

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y ACTITUD A CERCA DEL CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2018.**

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

AUTORAS:

ELIZABETH VILMA FLORES RAMOS

LOURDES PALOMINO BAUTISTA

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dr. PABLO GODOFREDO ARELLANO UBILLUZ PRESIDENTE
- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- Mg. GUIDO MERMA MOLINA VOCAL

ASESORA: Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 195

Fecha de Aprobación de tesis: 15/12/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1488-2018-CF/FCS de fecha 05 de diciembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios que iluminó mi camino.
A mi familia por su confianza e
hijos por su apoyo
incondicional.

Elizabeth

A mi hija quien es mi fuente de
fortaleza y amor para cumplir
todas mis metas

Lourdes

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional del Callao, a su plana docente por brindarnos sus sabios conocimiento en nuestra formación profesional y contribuir en la educación de nuestro país.

A las autoridades y al personal del Hospital Regional de Ayacucho, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación.

Agradecemos infinitamente a las personas que me rodean, que siempre sean ejemplo de fortaleza y apoyo incondicional en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

Las autoras

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN	06
I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación del problema	07
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.4 Justificación del estudio	13
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	15
2.2 Marco teórico	20
2.3. Definición de términos básicos	37
III VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Variables	38
3.2 Operacionalización de variables	39
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	41
IV METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de investigación	42
4.2 Diseño de la investigación	42
4.3 Población y muestra	43
4.4 Técnicas de recolección de datos	44
4.5 Procedimiento de recolección de datos	48
4.6 Procedimientos estadísticos y análisis de datos	48

V RESULTADOS	49
VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
VII CONCLUSIONES	56
VIII RECOMENDACIONES	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS:	61
• Matriz de consistencia	
• Instrumento de medición	
• Ficha de consentimiento informado	
• Validación de juicio de expertos	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 5.1: Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino	49
Tabla 5.2: Nivel de conocimiento sobre aspectos generales de Cáncer de cuello uterino	50
Tabla 5.3: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer de cuello uterino	51
Tabla 5.4: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino	52
Tabla 5.5: Actitud sobre el cáncer de cuello uterino	53

RESUMEN

La presente investigación titulada “**CONOCIMIENTO Y ACTITUD ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”, 2018**” tuvo como objetivo Identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.; para lo cual, la muestra de la investigación estuvo constituida por 44 enfermeras, obtenida a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Siendo una investigación de tipo aplicada, diseño no experimental descriptiva de corte transversal, donde se empleó dos instrumentos, uno para medir actitudes y otro para medir conocimiento. Los resultados muestran que un 66% de enfermeras tienen un nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, y el 77% tienen actitudes negativas al respecto. Finalmente, la conclusión fue que, el nivel de conocimientos de las enfermeras es medio, pero tienen actitudes negativas sobre el cáncer de cuello uterino del Hospital Regional de Ayacucho.

Palabras Clave: Cáncer de cuello uterino, conocimientos cáncer, actitudes cáncer

ABSTRACT

The present research entitled "KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT UTERINE NECK CANCER IN THE NURSING PROFESSIONALS OF THE REGIONAL HOSPITAL OF AYACUCHO" MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA ", 2018" aimed to identify the level of knowledge and attitudes about cervical cancer of the Nursing Professional of the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", 2018; for which, the sample of the investigation was constituted by 44 nurses, obtained through a simple random probabilistic sampling. Being a research of applied type, non-experimental descriptive cross-sectional design, where two instruments were used, one to measure attitudes and another to measure knowledge. The results show that 66% of nurses have a level of knowledge about cervical cancer, and 77% have negative attitudes about it. Finally, the conclusion was that the level of knowledge of nurses is medium, but they have negative attitudes about cervical cancer at the Regional Hospital of Ayacucho.

Keywords: cervical cancer, cancer awareness, cancer attitudes

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cuello uterino es el tumor maligno más frecuente, constituyendo el 21,4% del total de neoplasias malignas, el 33% de las cuales afectan a la mujer (25% son de origen ginecológico); además, es la primera causa de muerte en las mujeres a partir de los 45 años.

A pesar de contar con programas de detección precoz, la incidencia del carcinoma de cuello uterino sigue siendo elevada. Estudios epidemiológicos han demostrado la relación de determinados factores de riesgo con la aparición de la enfermedad siendo conocido que la edad temprana de inicio de relaciones sexuales y el tener múltiples compañeros sexuales. Recientemente, se ha reconocido la relación entre infección por el virus del papiloma humano (VPH, tipos 16 y 18) y el cáncer cervical. Otros factores de riesgo también son el uso prolongado de anticonceptivos orales, alta paridad, analfabetismo, tabaquismo y deficiencias nutricionales (ácido fólico y vitamina A). Sin embargo, es de saber que la etiología del cáncer es multifactorial en países subdesarrollados ciertos patrones culturales, el mínimo acceso a los servicios de salud y la educación limitada exponen a la mujer a los factores de riesgo señalados y probablemente a ello se deba la elevada morbilidad por esta enfermedad.

Aunque la disponibilidad de este método de detección es muy amplia, el 20% de las mujeres no lo realiza hasta los 30 años, mucho después de la edad promedio de la primera relación sexual, siendo menos común en mujeres de alto riesgo para cáncer cérvico-uterino.

Capítulo I Planteamiento del problema, Capítulo II Marco teórico, Capítulo III Variables e hipótesis, Capítulo IV Metodología, Capítulo V Resultados, Capítulo VI Discusión de resultados, finalmente Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y los anexos necesarios para el estudio

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

A nivel mundial, el cáncer al cuello Uterino (CCU) es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 ha habido 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo. (1)

Las razones para esto sucedan pueden deberse a las condiciones socioeconómicas que prevalecen en estos países donde los servicios de planificación familiar, el cuidado de salud obstétrico y ginecológico son escasos, así como la cultura preventiva y los programas de pruebas de rastreo de cuello uterino son insuficientes.

Como es de suponerse, África, América Central, América del Sur y el Caribe tienen la incidencia más alta. Las tasas más bajas se encuentran en Finlandia, Estados Unidos de América, Canadá, Australia, el Reino Unido y Holanda. La exploración sistemática a través de los programas de screening del cuello uterino en mujeres de riesgo ha demostrado claramente su contribución en la disminución de la incidencia de cáncer de cuello uterino en estos países. (2)

En el cáncer de cuello uterino la edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años.

Pero hay grandes diferencias entre los países más y menos desarrollados: mientras en estos últimos es el segundo tumor en frecuencia, tras el cáncer de mama, en los países desarrollados su frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas. (3)

En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos.

La incidencia en España se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 7,6 nuevos casos/100.000 habitantes/año), con un descenso muy importante desde los años 60, aunque actualmente está estabilizada.

Es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con un máximo entre los 40 y los 45. Hay un número significativo de casos desde los 30 años.

Entre el 85-95% de los casos son carcinomas escamosos (o epidermoides). El resto son adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos.

Entre el 80 y el 85% de los casos se registran en países en vías de desarrollo. Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de la incidencia de este tumor en desarrollados. Antes de las campañas de screening, la incidencia era similar en todos los países.

Según recientes investigaciones, la transmisión sexual del HPV (papiloma virus humano), se considera esencial para desarrollar la enfermedad. (4)

Fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras del HPV. El hábito creciente de fumar, sobre todo entre las jóvenes, hace temer un aumento en la incidencia de esta enfermedad. Por otro lado, al parecer que el uso prolongado de anticonceptivos también aumenta el riesgo en mujeres portadoras del HPV.

La supervivencia en España es superior a la media europea y semejante a la que se registra en EEUU.

La supervivencia ha mejorado en la última década (41% para casos diagnosticados entre 1980 y 1985, y 69% para los diagnosticados entre 1990 y 1994), existe una esperanza para que esto continúe.

En España han fallecido unas 550 mujeres al año por su causa (el 2% de todas las muertes por cáncer femenino y el 0,3 % del total de muertes entre las mujeres). La mortalidad en España se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 2,2 muertes/ 100.000 habitantes/año) y su tendencia es a disminuir. La edad media al fallecimiento por cáncer de cérvix en España es de 60 años.

El 85% de los fallecimientos por cáncer de cérvix se producen en países en vías de desarrollo, llámese países pobres. Es uno de los principales problemas de salud en estas zonas, mientras que, en los países desarrollados, gracias a las campañas de diagnóstico precoz, ha dejado de constituir una seria amenaza. (5)

Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2012 se diagnosticaron 83.000 casos nuevos, y 36 000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. (6)

La mayoría de ellas no fueron diagnosticadas, otras no tuvieron acceso a un tratamiento que las cure o les prolongue la vida; de mantenerse esta tendencia la tasa de mortalidad aumentará en un 45% para el 2030 a nivel mundial.

Existen algunos factores de riesgo que están relacionados con la prevalencia del cáncer de cuello de útero. El principal factor que participa en el desarrollo de lesiones pre malignas es la infección por virus del papiloma humano (VPH). Tal y como señala el Dr. Carlos Gómez Amoretti, responsable del Servicio de Colposcopia del Hospital Enrique Sotomayor, el VPH está presente en el 94 % de los casos de cáncer de cérvix.

El autor citado detalla que existen otros factores de riesgo que predisponen padecer este tipo de cáncer, estos son: el consumo de tabaco, la promiscuidad sexual, la edad precoz de inicio de relaciones sexuales, sistema inmunológico debilitado, la edad del primer parto, los anticonceptivos orales; y factores psicosociales.

Los síntomas del cáncer de cuello de útero aparecen 15 o 20 años después de haber adquirido el VPH, es decir, cuando la enfermedad está en estados avanzados y en muchos casos ya se ha extendido a otros tejidos y órganos.

La mujer una vez que inicie la actividad sexual, sin importar la edad debe ser evaluada por el especialista debido a que el cáncer de cuello uterino en sus primeras etapas no presenta síntomas ni dolor alguno, por lo cual es difícil de diagnosticar tempranamente, de ahí la importancia de realizarse la valoración por la técnica del Papanicolaou

La colposcopia es el procedimiento médico que permite realizar con mayor exactitud y seguridad la identificación de la lesión, que tejido está dañado, permite atender el caso sin dañar tejidos y órganos sanos que se encuentren cerca, o la toma de biopsias ante la presencia de células anormales que pueden ser cancerosas o precursoras de cáncer de cuello de útero. (7)

Según los últimos estudios a nivel nacional el cáncer de cuello uterino representó la primera causa de muerte en el Perú, registrándose más de 16 mil nuevos casos, llegando a ser la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer peruana y la segunda en Lima. (8)

Por otra parte, las Enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho conocen el programa en diferente grado normativo, aplicativo y de promoción; sin embargo, no se han estudiado los conocimientos y las actitudes que tienen hacia él.

Debe señalarse que la identificación de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería cobra importancia relevante, por un lado, desde el punto de vista de su condición de mujer para realizarse el estudio y, por otro, su papel como educadora de la salud es primordial para motivar a la población en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Se parte de la premisa de que, si el personal de salud está convencido de la gravedad del cáncer de cuello uterino, entonces existirá una conducta final deseada con la asistencia a un servicio médico de forma precoz y oportuna.

Como definición operacional para este trabajo se consideró el conocimiento y la actitud como la predisposición de ánimo de algún modo manifestada de manera mental y/o física en favor o en contra del cáncer de cuello uterino utilizando una escala de medición de conocimiento y actitud.

El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de Enfermería sobre el cáncer de cuello uterino y de modo secundario validar un instrumento que pueda aplicarse en futuros trabajos y que sea de utilidad para medir los cambios de actitudes y el nivel de conocimiento.

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud sobre cáncer de cuello uterino del profesional de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018

Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino según dimensiones aspectos generales, factores de riesgo y medidas preventivas del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018
- ¿Cómo es la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino según dimensiones aspectos generales, factores de riesgo y medidas preventivas del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.

- Describir la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación se constituirá en un antecedente para el inicio de nuevos estudios que divulgarían aspectos importantes, ampliando así los conocimientos de los investigadores sobre el tema.

Los resultados del presente estudio permitirán formular un proyecto de capacitación del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ayacucho.

Para la profesión de enfermería y las otras disciplinas encargadas de proveer servicios de salud y específicamente del sector salud, es importante determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el cáncer de cuello uterino en los profesionales de Enfermería. Es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería. Los resultados permitirán establecer estrategias para mejorar en los mismos.

El presente estudio tendrá relevancia social al asumir medidas preventivas y detección oportuna del cáncer de cérvix, dichos resultados permitirán dar relevancia a las capacitaciones del personal de salud quienes serán los facilitadores para realizar actividades que permitan una población femenina saludable.

Se justifica también porque la identificación de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería cobrará importancia relevante, por un lado, desde el punto de vista de su condición de mujer para realizarse la citología y, por otro, su papel como educadora de la salud es primordial para motivar a la población con respecto al programa de detección.

Y por último se considera importante la presente investigación, puesto que el conocimiento del cáncer de cuello uterino, de los factores de riesgo, medidas preventivas, la información oportuna y educación de prácticas preventivas primarias y secundarias del cáncer de cuello uterino permitirá realizar investigaciones posteriores que sean de utilidad para medir los cambios de actitudes del profesional de Enfermería.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A NIVEL INTERNACIONAL

Páez, Rodríguez et al; Paraguay (2012). Investigaron sobre: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). Paraguay 2012 cuyo **Objetivo** fue: Determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. La **Metodología** que utilizo fue: Un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando cuestionario estructurado auto administrado. Los **Resultados** fueron: La edad promedio de las encuestadas fue 42 años, la mayoría en unión libre o casadas (70%); 65% tienen educación básica y media, 56% son amas de casa. El 83% tienen seguro médico; 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, 74% de éstas en los centros de salud. El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90 % escuchó hablar sobre la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué consiste; 90% de las mujeres demostró actitud favorable y 56% prácticas favorables respecto a la prevención de la enfermedad. Las **Conclusiones** a las que llegaron ha sido que: El estudio permite conocer la percepción que tiene una población de mujeres de un barrio marginal de la capital del país, respecto al cáncer de cuello uterino y el principal factor de riesgo que lo produce, a fin de proponer el incremento de la prestación de servicios de prevención de este tipo de cáncer, además de propiciar el trabajo interinstitucional e intersectorial en la prevención y control de la enfermedad en el país. (9)

López, Calderón et al, Colombia (2012 -2013). Llevaron a cabo la investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, tuvo como **Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Los **Materiales y métodos** utilizados fueron: Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Se obtuvieron como **Resultados:** En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SISBEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Se afirma, por tanto, que existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. Como **Conclusión** de la investigación, se afirma que: No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos. (10)

Pazmiño F., Ecuador (2014). Llevó a cabo la investigación cuyo título fue: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer Riobamba Ecuador 2014. El presente trabajo, tuvo como **objetivo** saber el nivel de

conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Cáncer Cervicouterino, que poseen las mujeres atendidas en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer Riobamba 2014. La **metodología** utilizada fue un estudio descriptivo, transversal y la información requerida, se obtuvo por medio de encuestas tipo conocimientos, actitudes y prácticas. Las mismas que se aplicaron a 40 mujeres, de quienes se obtuvo información sobre características sociodemográficas, nivel de conocimiento, actitudes y prácticas a cerca del Cáncer Cervicouterino. Los **resultados** obtenidos muestran que el 40% de las mujeres encuestadas se encuentran entre 20 – 39 años, en su mayoría casadas, el 50 % con instrucción secundaria y el 77% vive en el área urbana. El nivel de conocimiento es mejor en mujeres jóvenes, independientemente de su estado civil, con mayor nivel de instrucción. La actitud de la población es positiva, frente a recibir información para la prevención del Cáncer Cervicouterino. El 37% de las encuestadas se ha realizado el Papanicolaou, de las cuales el 17% lo hace con la frecuencia adecuada y el 72% da seguimiento a los resultados. Con la información adquirida, se concluye que es indispensable implementar programas educativos para mejorar la cultura preventiva sobre el Cáncer Cervicouterino, debido a que en Ecuador es el segundo más frecuente. (11)

A nivel nacional se realizaron también investigaciones que se relacionan con el propósito del presente estudio.

A NIVEL NACIONAL

Llerena, Z., Perú (2013). Desarrolló el trabajo de investigación sobre: Relación entre el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino y la actitud hacia el Examen de Papanicolaou se realizó en la UCSM, Facultad de Enfermería y Administración de Empresas Arequipa Perú, 2013. Tuvo como **objetivo** determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el Cáncer de Cuello Uterino y la actitud hacia el Examen de Papanicolaou. Tuvo dos variables: Nivel de Conocimientos

sobre Cáncer de Cuello Uterino y Actitud hacia el Examen de Papanicolaou. La hipótesis da referencia que la actitud hacia el Examen de Papanicolaou de las estudiantes de la Facultad de Enfermería se relaciona directamente con conocimientos y mientras que la relación por parte de estudiantes de la Facultad de Administración de Empresas sea indirecta. **Metodología:** El estudio es de campo y de nivel relacional, de corte transversal. Como técnica e instrumento para la recolección de datos se usó Encuesta y Formulario de preguntas aplicada a estudiantes de ambas facultades en número de 80, 40 de cada facultad. Analizada la información se obtuvieron resultados que permitieron llegar a las siguientes **conclusiones**; el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino en las estudiantes de Enfermería es alto y en la de Administración de Empresas es mediana con tendencia a alta. La diferencia es de 70%. El nivel de actitudes hacia la práctica del Examen de Papanicolaou en la Facultad de Enfermería es en mayoría positiva y en la de Administración de Empresas en más de la mitad es negativa. La relación en ambas facultades es indirecta. (12)

Roque A, Perú (2014). Realizó una investigación cuyo título fue: Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando Lima Perú julio-agosto 2014, se planteó como **OBJETIVO:** determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre cáncer de cuello uterino con la toma de Papanicolaou en las usuarias que acuden al Centro de Salud San Fernando durante el periodo de Julio- agosto del 2014. La **METODOLOGÍA** utilizada fue: estudio observacional, analítico-correlacional, prospectivo de corte transversal. Se entrevistó a un total de 148 usuarias atendidas en el Centro de Salud San Fernando-Agustino, evaluando en ellas el nivel de conocimientos y actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y si esto influye en la toma de Papanicolaou durante el año 2014. Los datos obtenidos se registraron en el programa Statistics SPSS v.21. Para evaluar el grado de asociación, se utilizó la prueba Chi-

cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, considerándose significativo un valor $p \leq 0.05$. los **RESULTADOS** obtenidos fueron: de 148 usuarias con edades comprendidas entre 20-59 años, el 62.8% se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años, mientras que el 37.2% refiere que no se lo realizó en más de tres años o nunca lo hizo, siendo los motivos por falta de tiempo (41.9%) o por temor (25.8%). Respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población total fue: el 58.8% alcanzó un nivel “Medio” y el 20.9% “Bajo” y frente a las actitudes el 83.8% tuvo una actitud “Negativa” y el 16.2% “Positiva”. El nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fue “Medio” en un 50.5% y “Alto” en 25.8% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que obtuvieron un nivel “Medio” en un 72.7% y “Alto” en un 10.9%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.023$). Las actitudes frente al cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fueron “Negativas” en el 81.7% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que fueron “Negativas” en un 87.3%, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.376$). Las usuarias con una actitud “Positiva” frente al cáncer de cuello uterino, tuvieron un nivel de conocimientos “Medio” en el 70.8% y “Alto” en el 25% comparado con las usuarias con actitud “Negativa” que tuvieron un nivel “Medio” en el 56.5% y “Bajo” en el 19.4%, existiendo entre estos valores cierta significancia ($p=0.087$). Se arribó a la siguiente **CONCLUSIÓN**: existe relación significativa entre los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.023$), sin embargo, no se determinó relación entre las actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.376$), observándose una actitud negativa tanto en el grupo de pacientes que se tomaron y no se tomaron el Papanicolaou. (13)

2.2. Marco teórico

2.2.1 Conocimiento

El conocimiento es la capacidad de determinar una acción, procesar, interpretar y comunicar una información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. Bunge, se refiere al conocimiento científico como un saber crítico, metódico, verificable, racional, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable, que explica y predice hechos por medio de leyes. Éste utiliza modelos, métodos, procedimiento e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquiere del conocimiento científico son fundamentados en la realidad y en la investigación. (14)

Según Popper, el conocimiento tiene dos caminos: uno es la búsqueda sin fin en la que explica que toda teoría se puede cuestionar y por ello es necesario una búsqueda permanente de la investigación científica y la organización política y social. El segundo camino es el error fecundo. Éste aparece en aquel proceso donde se eliminan las teorías claras, cuando se encuentra errores se acerca poco a poco a la verdad. El error es fecundo cuando se hace todo lo posible por repararlo y aprender de él. El mismo autor habla también del conocimiento como plantear un problema, buscar soluciones al problema, descartar las soluciones menos satisfactorias, confrontar con la realidad, hacer que la formulación sea sostenible y consistente en el tiempo, a todo este proceso lo denomina contrastación. (15)

Según Hessen, el conocimiento se halla frente a frente la conciencia y el objeto, el sujeto y el objeto, se trata de la observación y descripción del objeto por el sujeto. El conocimiento se presenta como una relación entre estos dos miembros, que permanecen en ella eternamente separados el uno del otro. La relación entre el sujeto y el objeto pertenece a la esencia del conocimiento. La relación entre los dos miembros se denomina

correlación entre el objeto para un sujeto. Ambos sólo es lo que son en cuanto son para el otro. Pero esta correlación no es reversible. Ser sujeto es algo completamente distinto que ser objeto. La función del sujeto consiste en asimilar el objeto, la del objeto en ser asimilado y aprehendido por el sujeto, el sujeto sale de sí e invade a la esfera del objeto y captura las propiedades de ésta, por tanto, lo que hace el sujeto es captar la esencia del objeto. Se da como se señaló una especie de transferencia de las propiedades del objeto al sujeto. El objeto es determinado por el sujeto y viceversa, cabe resaltar que el sujeto tiene la capacidad de trascender al objeto. (16)

2.2.1.1 Clasificación del conocimiento

- Vulgar: Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, por experiencia, aquello que se transmite de generación en generación. El conocimiento es de modo superficial, surge de la opinión de los demás, se aprende del medio social y en el medio social.
- Científico: Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. Algunos autores proponen la coherencia, objetividad y universalidad como criterios para que una investigación sea científica. Este tipo de conocimiento intenta relacionar de manera sistemática los conocimientos adquiridos a través de la realidad, se utilizan razonamientos utilizando métodos adecuados. (17)

2.2.1.2 Tipos de conocimiento

- **Conocimiento artístico:** Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza adquirida en la relación sujeto - objeto. Por ello se habla de momentos de abstracción del conocimiento, en el entendido de que la metodología es una ciencia instrumental que permite leer la realidad y la filosofía es una disciplina totalizadora que ayuda a analizar, sintetizar y conceptualizar teóricamente el conocimiento científico. Lo que se hace en el conocimiento artístico es incorporar el mundo exterior a la personalidad de quien lo hace y también compartirlo o extenderlo fuera de su propio yo. Implica aprender técnicas artísticas que hacen posible el despliegue de las habilidades humanas y sociales. La relación entre el sujeto y objeto en el conocimiento artístico culmina con la experiencia y contemplación estética. (18)

2.2.1.3 Clasificación de los niveles de conocimiento

- **Nivel instrumental:** Primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda de información acerca de un objeto de estudio o investigación. Se denomina instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información. Es el punto de partida, en busca del conocimiento, los instrumentos que se usan son racionales para acceder a la información, este tipo de conocimiento en general se considera como funcional para otros fines.
- **Nivel técnico:** lo conforman las reglas para usar los instrumentos.
- **Nivel metodológico:** es el uso crítico del método para leer la realidad, se compone de secuencias establecidas para obtener información necesaria.

- Nivel teórico: representa el marco conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye es el objeto de estudio. Sirven como fuente para otras investigaciones, por su saber profundo.
 - Nivel epistemológico: son las maneras en que se realiza el proceso teórico. Es el fundamento de los saberes, formas de pensar que sustentan para la elaboración de un marco teórico, sirven de base para sustentar los saberes a estudiarse.
 - Nivel gnoseológico: son aquellas categorías que permiten la aproximación a la realidad.
 - Nivel filosófico: Es la concepción del mundo y del hombre que se sustenta. Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente, también tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica, por tanto, se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática. Busca explicar los primeros principios y últimos fines de una realidad, tratando de explicar las razones, el porqué de las realidades consideradas como problemas.
- (19)

2.2.1.4 Características del conocimiento

- ✓ El conocimiento es personal, en el sentido de que empieza y se halla en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su conocimiento personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y forma a sus distintas áreas.
- ✓ Se puede utilizar repetidamente sin que el conocimiento se acabe, como ocurre con otros bienes físicos. Recurrir una y otra vez no se desgasta.

- ✓ Sirve de guía para la acción de las personas, es práctico, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias. (20)

2.2.2. Actitud

Existen diferentes definiciones acerca de la actitud Fishbein y Ajzen, lo definen como la “predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado. (21)

Al referirse que es una predisposición, es algo que tiende hacia un objetivo, a la vez que resulta ser un hecho previo para realizar cualquier actividad, es también aprendida, es decir, del entorno familiar y social, lo que permite comportarse de modo favorable o desfavorable ante una persona, objeto o situación. (22)

Tomando en cuenta diversas definiciones de actitudes, se ha definido 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 definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, no se pueden observar directamente, pero sujetas a inferencias observables. Las actitudes son manifestaciones de la experiencia en general. El ser humano posee actitudes hacia objetos y situaciones diversas, están relacionadas al comportamiento respecto al objeto valorado, forman parte de la conducta, se considera como síntomas, señales no tanto como hechos. (23)

2.2.2.1 Componentes de la actitud

Las actitudes al ser un estado psicológico interno resultan difíciles para su estudio, sin embargo, se le atribuye los componentes cognitivo, afectivo y conativo.

- Componente cognitivo: Incluye el dominio de hechos, opiniones, pensamientos, valores conocimientos, expectativas acercar de lo

que se percibe como objeto, destaca lo que el objeto representa como valioso para el sujeto.

- Componente afectivo: Son aquellos procesos que refuerzan o van en contra de las creencias, manifestados a través de los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones, se manifiestan a través de estados emocionales tales como: tenso, feliz, preocupado, apenado y otros.
- Componente conativo: Se refiere a la actuación en favor o en contra del objeto tomado como actitud, lo que se trata es de la consideración, cuáles son las intenciones de la conducta, no tanto la conducta en sí. (24)

2.2.2.2 Las funciones de las actitudes

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al grupo interno, el propio grupo de referencia y el grupo externo, ego defensivo.

Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en diversos campos:

- Función de conocimiento, es el tipo de actitudes más asequibles, relacionado a la atención, percepción, donde se selecciona lo que se tiene que procesar para luego interpretarlo aquello que se ha procesado, luego se guarda la información congruente, dejando de lado la información incongruente.
- Función instrumental, conocida también como utilitaria o funcional, permite conseguir determinadas metas u objetivos, además de interpretarlos, además de clasificarlos, de acuerdo con los resultados que proporcionan las actitudes previas.

- Función defensiva del yo, contribuye a mejorar la autoestima, a través del mecanismo de defensa se puede avizorar lo que le puede afectar a la persona en su interior y lo rechaza en cuanto no le convenga.
- Función expresiva de valores, permite a la persona dar a conocer las creencias, valores personales tomados en cuenta como principios a la hora de actuar. (25)

2.2.3. Cáncer de cuello uterino

Según la OMS, el cáncer es la presencia de células malignas en el organismo del ser humano. Un proceso donde crecen y se diseminan de manera incontrolada las células malignas. Puede aparecer en cualquier parte del organismo. El tumor invade el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir, evitando la exposición a factores de riesgo comunes y teniendo un control adecuado sobre dichos factores. Un importante porcentaje de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, principalmente cuando se detectan en una fase temprana. (26)

El cáncer al cuello uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. (27) Antes de que aparezca el cáncer en el cuello del útero, las células atraviesan cambios conocidos como displasias, las células no son normales, empiezan a aparecer en forma desordenada, autónomas y dispersándose por el cuello uterino y las áreas del entorno, así mismo, invade el tejido subyacente y produce la metástasis a distancia. El cáncer de cérvix es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. El desarrollo del cáncer generalmente es muy lento, comienza como una afección precancerosa llamada displasia detectado por medio de una citología vaginal, pueden pasar años para que se convierta en cáncer. (28)

Existen principalmente dos tipos de cáncer de cérvix: carcinoma escamoso, de dice así, por ser planas y delgadas en el 85% de los casos y adenocarcinoma, que se origina en los tejidos glandulares en el 15%. Se manifiesta de dos formas según su sintomatología: cáncer cervicouterino no-agresivo, cuando las células anormales se limitan o se ubican solamente en la superficie del cérvix, y el cáncer cervicouterino agresivo, cuando las células anormales se encuentran profundamente en el cérvix o se han extendido más allá del cérvix a otros órganos o tejidos. (29)

La Organización Panamericana de la Salud, refiere que el índice de mortalidad por cáncer cervicouterino en todo el mundo son de 16 a 17 millones de personas. En América Latina y el Caribe, el cáncer cervicouterino constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de 15 a 65 años, con 5 a 6 defunciones por cada 100 000 mujeres y una morbilidad de 6800 casos nuevos cada año; las tasas más bajas se encuentran en Estados Unidos y Canadá, las más altas en Perú y Uruguay, en Argentina se producen 130 mil casos nuevos por año, en Cuba, representa el 10% de todas las causas de cáncer. (30)

2.2.4 Estadios del cáncer cervicouterino

Los estadios del cáncer cervicouterino, según su diseminación dentro del cuello uterino o hacia otras partes del cuerpo, se determina mediante una evaluación clínica propuesto por el Sistema de Estadificación FIGO que viene a ser un manual práctico para detectar las neoplasias cervicales, estos son:

- a) Estadio 0 o carcinoma in situ: que presenta células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino.
- b) Estadio I: el cáncer se limita estrictamente al cuello uterino, no se toma en cuenta la extensión al cuerpo uterino. Se halla a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado.

-Estadio IA: La invasión se limita al alcance del estroma, que tiene una medida con un máximo de profundidad de 5mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

-Estadio IB: Las lesiones se limitan al cérvix. Toda lesión macroscópicamente visible es un cáncer de estadio IB.

c) Estadio II: Se extiende más allá del cérvix, pero no alcanza las paredes pelvianas, afecta a la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

Estadio IIA: La invasión afecta los tercios superiores de la vagina.

Estadio IIB: Hay una afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

d) Estadio III: El carcinoma se extiende hacia la pared pelviana, cuando se hace el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIA: No hay extensión en la pared pelviana. Hay una afección en el tercio superior de la vagina.

Estadio IIIB: Hay extensión a la pared pelviana y también disfunción renal.

e) Estadio IV (T4): el cáncer se extiende más allá de la pelvis, está invadido hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo.

Estadio IVA: Cuando el tumor se ha extendido a los órganos pelvianos próximos.

Estadio IVB: Cuando se ha extendido a los órganos distantes. (31)

El cáncer cervicouterino, tiene un inicio silencioso porque empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan las células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anómalas en el tejido, precursoras del cáncer, que no causan

molestias, que solo es posible detectarlas si se realiza la citología de manera oportuna. Cabe mencionar que estas lesiones no necesariamente evolucionan a cáncer.

2.2.5 Teorías sobre el cáncer cervicouterino:

Se presenta algunas teorías que intentan explicar por qué sucede el cáncer al cuello uterino.

- a) Teoría del virus Cancerígeno:** fue propuesto por el estadounidense Peyton Rous, en 1911, al descubrir un virus asociado al cáncer en pollos, es la más antigua y aún sigue en vigencia, actualmente se sabe que los virus de las hepatitis B y C pueden causar tumores en el hígado, así como se conoce que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino, que el virus HTLV-1 familia del VIH está vinculado a las leucemias y el virus. Rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el Premio Nobel de Medicina. (32)

- b) Teoría del Oncogén:** cuyos autores son los estadounidenses Robert Huebner y George Todaro en 1969, postulando que había un gen en el organismo que **se** podía activar por los rayos X o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable del cáncer al cuello del útero. (33) Además, se ha descubierto que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en células cancerosas también aparece la teoría de la existencia de los denominados genes supresores de tumor, encargados de frenar el proceso de descontrol, que si fallan, pueden dejar que el cáncer avance.

c) Teoría Génica: apareció en la década de los noventa, postula que se produce una cascada de eventos que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores y esa combinación trágica puede ser activada por virus, químicos, tabaco, dietas con grasas en exceso, radiación ultravioleta y otros agentes que actuarían de la misma manera, sobre el código genético dañando algunos genes en el ADN genómico. (34) La transformación neoplásica se da por una serie de eventos mutagénicos.

d) Teoría de la Inflamación: donde tiene un papel protagónico el sistema inmune que defiende contra bacterias o virus, al generar una respuesta en forma de inflamación que puede ayudar o impedir el crecimiento de un tumor. Por ejemplo, el virus por papiloma humano puede producir inflamación crónica del cuello uterino y desencadenar en cáncer cervicouterino, es decir, hace falta una estimulación inflamatoria del microambiente para despertar el clon neoplásico y animar su proliferación. (35)

2.2.6 Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino.

La enfermedad en etapas tempranas no suele mostrar síntomas, en cambio la enfermedad en etapas tardías puede presentar sangrado genital, en ocasiones flujo similar al agua de lavar carne, también puede haber secreción serosa, purulenta y dolor. Otros síntomas que se pueden encontrar son: sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia; flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido; periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal; inapetencia; pérdida de peso; dolor en la pelvis, en las piernas, o en la espalda; fatiga; pérdida de apetito; sangrado muy abundante constante por la vagina y salida de orina o heces por la vagina. (36)

2.2.7 Factores de riesgo de cáncer de cuello uterino:

Conductas sexuales:

Edad del primer coito: El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. (37)

Número de parejas sexuales: Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. (38)

Características del compañero sexual: Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. (39)

Anticonceptivos orales: Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. (40)

La exposición a los siguientes hábitos:

Tabaquismo: Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo. (41)

Alimentación deficiente: Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. (42)

La exposición a determinadas características reproductivas:

Paridad: Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo. (43)

Se ha evidenciado a través de estudios, que los factores hormonales endógenos, como el embarazo, parecen estar implicados en la presencia de neoplasia cervical. La multiparidad se ha relacionado al cáncer de cuello

uterino, debido a que la infección por el VPH es la causa principal del cáncer de cuello uterino. Las suposiciones a través de las cuales se ha buscado establecer la asociación entre la multiparidad y el cáncer cervical están fundamentadas principalmente con el trauma obstétrico (parto vaginal), los cambios hormonales durante la vida y en particular en el embarazo, sobre el epitelio del cérvix y la prolongada inmunosupresión durante múltiples embarazos. (44)

Edad del primer parto: Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. Así también, Bosch demostró que la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino

Número de partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. (45)

2.2.8 Medidas preventivas del cáncer de cérvix

En cuanto a la prevención, como bien se ha descrito, el cáncer cervical se produce por el virus del papiloma humano mediante transmisión sexual y si bien es cierto el uso de condones y de prácticas sexuales seguras protege contra la mayoría de ITS, estas no son del todo efectivas en la prevención del VPH. Esto es debido a que el VPH vive en las células escamosas que cubren el área púbica, en el recubrimiento interno de la vagina, el cérvix, en la uretra y el ano. Los condones no cubren todas estas áreas ni bloquean el contacto, por lo que durante las relaciones sexuales incluso usando

preservativo las células epiteliales que contienen el VPH pueden entrar en contacto con la vulva o vagina de una mujer permitiendo que el virus llegue al cérvix. Las medidas de prevención incluyen:

Prevención Primaria: La forma más eficaz de prevenir el cáncer cervical es por medio de la vacuna contra el VPH, por lo que sería necesario efectuar la vacunación a una edad temprana antes del inicio de una vida sexual activa. Estas vacunas pueden ayudar a prevenir los casos de pre cáncer y cáncer del cuello uterino. Algunas de las vacunas del VPH también han sido aprobadas para prevenir otros tipos de cáncer, así como de las verrugas anales y genitales. Las vacunas requieren una serie de tres inyecciones por un periodo de seis meses. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunizaciones (Federal Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda de forma rutinaria que las niñas de 11 a 12 años se vacunen contra el VPH con la serie completa de las 3 inyecciones. La Sociedad Americana Contra El Cáncer también recomienda que la vacuna contra el VPH sea administrada de forma rutinaria a niñas entre 11 y 12 años. Asimismo, la prevención primaria debe basarse en evitar prácticas sexuales y comportamientos que aumentan el riesgo de una persona de infectarse, por ello la educación y la consejería relacionada a los factores de riesgo para el cáncer de cérvix. Debe transmitirse el retardo de inicio de relaciones sexuales, las relaciones monógamas, el no fumar, consumir una dieta en base a frutas y verduras, hacer ejercicios para evitar de este modo la exposición al virus del papiloma humano. (46)

Prevención Secundaria:

Prueba de Papanicolaou o citología cervical: Estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino. Se recomienda que esta prueba citológica sea realizada bajo las siguientes condiciones: ser tomada sin menstruación o sangrado, no deben efectuarse duchas

vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 48 horas previas a la toma de la muestra, no realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra y no haber tenido relaciones sexuales. (47) El procedimiento incluye colocar a la paciente en posición ginecológica para la toma de una muestra del exocérvix y endocervix mediante una lámina portaobjetos y un cito cepillo, con la finalidad de obtener células de la zona de transformación para la interpretación de alguna anormalidad. La muestra obtenida es fijada mediante alcohol al 70% o 96% durante 20 a 30 minutos, para luego retirarlo y dejarlo a que se seque al aire. En el caso de que sea mediante spray, se debe mantener una distancia de 25 a 30 cm entre la lámina y el atomizador, esparciendo de forma uniforme el fijador y posteriormente se deja secar unos 7 minutos. Los resultados pueden ser: Negativo para lesión intraepitelial o malignidad y anormalidades en células epiteliales. (48) La guía de práctica clínica de la American Cancer Society recomienda iniciar el Papanicolaou a los 3 años de las primeras relaciones sexuales o a partir de los 21 años. También recomienda controles trianuales cuando ha tenido 3 controles anuales consecutivos normales o pueden ser considerados 3 controles normales en los últimos 5 años. Debe finalizarse la toma en aquellas mujeres de 70 años que tienen 3 controles citológicos normales en los 10 últimos años. (49)

Pruebas complementarias: Si se observa un frotis sospechoso será necesario realizar otro frotis o si fuese necesario otros exámenes adicionales como el IVAA, prueba no invasiva, fácil de realizarse y de bajo costo que permite identificar la mayoría de lesiones pre cancerosas, mediante la aplicación de una solución de ácido acético al cérvix, con lo cual el examinador observará cambios en las células que cubren el cérvix (células epiteliales) por medio de la reacción “coagulación proteica” o reacción acetoblanca, que indicará signos de anomalías cervicales. También se pueden realizar otros exámenes complementarios como colposcopia o biopsia. (50)

Prueba de VPH: La prueba del VPH detecta el virus y no los cambios en las células. La prueba puede hacerse durante la misma vez en que se lleva a cabo la prueba del Papanicolaou, con la misma escobilla algodónada o con otra adicional. Una prueba de Papanicolaou junto con una prueba del VPH (lo que se conoce como “prueba conjunta”) es la manera preferida para la detección temprana de los precánceres y los cánceres de cuello uterino en las mujeres de 30 años o más. (51)

El tratamiento del cáncer de cérvix es complejo y depende de factores de la paciente, tipo de cáncer y estadio de desarrollo entre otros. La cirugía tiene la ventaja de un tiempo más corto de tratamiento, conocimiento preciso de la extensión de la enfermedad, exéresis de la lesión primaria, lesión tisular más limitada, potencialmente preservar los ovarios y, en casos especiales, incluso la función reproductiva. Además, la función sexual se verá menos afectada con la cirugía, sobre todo en pacientes jóvenes. La radioterapia, sin embargo, tiene la capacidad de tratar áreas amplias y zonas de riesgo de afectación microscópica.

El término “Histerectomía Radical” se refiere a la extirpación del útero con un manguito vaginal y con los tejidos de los parametrios y paracolpos. La Linfadenectomía pélvica también forma parte de la intervención quirúrgica. En cambio, la extirpación anexial no es un componente de la Histerectomía Radical. Se pueden conservar los ovarios en pacientes jóvenes en los estadios iniciales.

Estadíos: IA1, IA2, IB1, IIA no Bulky Las evidencias indican que tanto la cirugía como la radioterapia radical tienen resultados similares en los primeros estadios. La tendencia general actual es que estos estadios iniciales son subsidiarios de tratamiento quirúrgico si no hay contraindicación para ello, mientras que la RT radical se reserva para los casos localmente avanzados y para los iniciales, en enfermas de edad más

avanzada o con patología asociada que contraindique la cirugía por riesgo elevado. En estadíos avanzados Las guías prácticas clínicas recomiendan la Radioterapia externa y Braquiterapia concomitante con Quimioterapia. (52)

2.3. Definición de términos básicos

- **Cáncer de Cuello Uterino:** Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común. La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH). (53)
- **Conocimiento:** Es el grado de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que posee una persona respecto a un determinado tema. (54)
- **Actitud:** Son la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de las personas acerca de cualquier asunto específico. (55).

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Variables

V1: Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

Es el grado de información obtenida y preestablecida sobre temas relacionados al cáncer como las circunstancias que asociadas a determinadas situaciones aumentan las probabilidades de padecer de cáncer las cuales pueden ser modificables y el conjunto de acciones destinadas a la preparación y disposición que se hace con el fin de anticipar la aparición del cáncer a través del producto de las experiencias previas

V2: Actitud del profesional de enfermería.

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento del cáncer de cuello uterino.	Es el grado de información obtenida y preestablecida sobre temas relacionados al cáncer como las circunstancias que asociadas a determinadas situaciones aumentan las probabilidades de padecer de cáncer las cuales pueden ser modificables y el conjunto de acciones destinadas a la preparación y disposición que se hace con el fin de anticipar la aparición del cáncer a través del producto de las experiencias previas	Es el grado de información almacenada que posee una persona respecto a temas relacionados al cáncer de cérvix por el profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena	Conocimiento del Cáncer de cuello uterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino • Estadios • Teorías • Signos y síntomas 	<u>Ordinal:</u> Bajo Medio Alto
			Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas sexuales • Hábitos • Características reproductivas 	<u>Ordinal:</u> Bajo Medio Alto
			Medidas preventivas del cáncer de cuello uterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria: vacuna, retardo de relaciones sexuales, relaciones monógamas, no fumar, dieta y ejercicios. • Prevención secundaria: Prueba de Papanicolaou, pruebas complementaria, prueba de VPH y tratamientos 	<u>Ordinal:</u> Bajo Medio Alto

Actitud del profesional de Enfermería sobre el cáncer de cuello uterino	La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito	Comportamiento que emplea el profesional de Enfermería para hacer las labores. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del PAP en la vida sexual activa • Uso de preservativos • Exclusiones del PAP • Trato del personal • Importancia de resultados PAP • Operación curativa • Cercanía del hospital • Ausencia de dolor en el PAP • Factores de riesgo (relaciones sexuales) • Motivación de la explicación 	<u>Nominal:</u> Positiva Negativa
			Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Temores a resultados • Realización del PAP • Uso del preservativo • Alimentación adecuada • Higiene Genital 	<u>Nominal:</u> Positiva Negativa

3.3 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Ha. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino es bajo en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.

Ho. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino es Alto en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.

Ha. El tipo de actitud sobre el cáncer de cuello uterino es negativa en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.

Ho. El tipo de actitud sobre el cáncer de cuello uterino es positiva en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

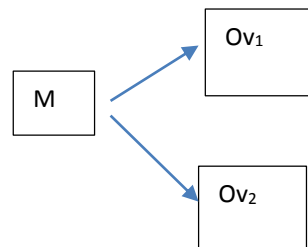
4.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo simple, transversal.

4.2 Diseño de investigación

Diseño no experimental transaccional porque no fue necesaria la manipulación premeditada de las variables, pues solo se estudiaron la relación entre los variables conocimiento y actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho.

El gráfico que corresponde al diseño que se empleó, en el presente estudio es la siguiente:



Dónde:

M = Muestra

V₁ = Variable conocimientos del cáncer uterino

V₂ = variable actitudes acerca del cáncer de cuello uterino

4.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por 100 profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho del distrito de Ayacucho de la provincia de Huamanga, del departamento de Ayacucho.

4.3.1 Muestra

La muestra estuvo conformada por 80 profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho.

Fórmula para calcular la Muestra

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

n = Tamaño de la Muestra

N = Valor de la Población

Z = para un nivel de confianza del 95% = 0.95

p = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento.

q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento

E = Error Maestral (0.05%)

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (100) (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (100-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

n= 80

Muestra ajustada:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Sustituyendo:

$$nf = \frac{80}{1 + 80/100}$$

$$nf = 44$$

4.3.2. Lugar de estudio

En el Hospital Regional de Ayacucho del distrito de Ayacucho de la provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho.

4.3.3. Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que aceptaron la aplicación del instrumento de investigación y firmaron la carta de consentimiento informado.

4.3.4 Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que no aceptaron participar en el estudio y se negaron a firmar la carta de consentimiento informado.
-

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el cuestionario de conocimiento de cáncer de cuello uterino en los aspectos de definición, factores de riesgo, medidas de prevención y cuestionario de actitud de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho.

Se utilizó dos tipos de instrumentos para el presente trabajo: Primer cuestionario estructurado para medir los conocimientos de cáncer de cuello uterino: cuestionario de 30 preguntas, las cuales han sido propuestas con la finalidad de cumplir con los objetivos de investigación. Este cuestionario

estuvo estructurado en tres segmentos, el primero segmento correspondió a preguntas que permitieron medir el conocimiento de cáncer de cuello uterino, el segundo segmento correspondió a preguntas con respecto a los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino y el tercer segmento correspondió a las medidas preventivas de cáncer de cuello uterino. Las preguntas tuvieron respuestas dicotómicas (Si, No), de las cuales, a la que sea correcta se le asignó un (1) punto y la que sea incorrecta se le asignó 0 puntos (Ver Anexo N°02).

El nivel de conocimiento hacia el cáncer de cuello uterino fue categorizado mediante la Escala de Stanones: ALTO, MEDIO y BAJO, de acuerdo a la utilización de una constante de 0.75; la campana de GAUSS, la media aritmética (y la desviación estándar del puntaje total (30 pts.) según corresponda, con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$ (Anexo N° 05). Dando como resultados:

Categorización:

Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

Alto: Mayor de 26 puntos

Medio: De 22 a 26 puntos

Bajo: Menor de 22 puntos

Además, considerando las dimensiones del nivel de conocimiento: Cáncer de cuello uterino, factores de riesgo y medidas preventivas se hace necesario categorizar cada dimensión también en ALTO MEDIO y BAJO haciendo uso de la Escala de Stanones

a. Conocimiento Dimensión aspecto general de cáncer de cuello uterino: (Anexo N° 5.1)

Media: 7.5; desviación estándar: 1.2; dando como resultados:

Alto: Mayor de 8 puntos

Medio: De 7 a 8 puntos

Bajo: Menor de 7 puntos

b. Conocimiento Dimensión factores de riesgo: (Anexo N° 5.2)

Media: 7.2; desviación estándar: 1.7; dando como resultados:

Alto: Mayor de 9 puntos

Medio: De 6 a 9 puntos

Bajo: Menor de 6 puntos

c. Conocimiento Dimensión medidas preventivas: (Anexo N° 5.3)

Media: 9.1; desviación estándar: 1.0; dando como resultados:

Alto: Mayor de 9 puntos

Medio: De 8 a 9 puntos

Bajo: Menor de 8 puntos

Segundo se utilizó el cuestionario estructurado para medir la actitud del profesional de enfermería, escala Likert, conformado por 20 proposiciones, nos proporcionó información sobre las actitudes que poseen las profesionales de Enfermería sobre el cáncer de cuello uterino; de los cuales 14 evalúan el componente afectivo y 06 el componente conductual, asignándose un puntaje a cada pregunta cuyos valores son desde 1 a 3. (Anexo N° 03)

Para la medición de la variable se elaboró una tabla de códigos asignándole un valor de 1 a 3: en desacuerdo (1), indiferente (2), de acuerdo (3). El valor mínimo resultado de la multiplicación del número de ítems por 1 y el valor

máximo dado por el número de ítems multiplicado por 3, obteniéndose un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 60 puntos.

El nivel de actitud hacia el cáncer de cuello uterino fue categorizado mediante la Escala de Stanones: EN DESACUERDO, INDIFERENTE y DE ACUERDO, de acuerdo a la utilización de una constante de 0.75; la campana de GAUSS, la media aritmética ($x=48.2$) y la desviación estándar ($s=4.9$) del puntaje total (60 pts.) según corresponda, con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$ (Anexo N° 06). Dando como resultados:

Categorización:

Actitud sobre el cáncer de cuello uterino.

De acuerdo: Mayor de 52 puntos

Indiferente: De 45 a 52 puntos

En desacuerdo: Menor de 45 puntos

De otro lado, a efectos de tener mayor información respecto a las respuestas a las proposiciones del nivel de actitud según dimensión, que fluctúan entre: De acuerdo, Indiferente y en desacuerdo se ha considerado en base a la estadística descriptiva a través de frecuencias, clasificarlas en positiva y negativa según corresponda. El criterio de indiferente al enunciado se considerará negativo.

4.4.1 Validación de instrumentos

El cuestionario fue validado mediante un juicio de expertos (6 expertos en el tema), los cuales emitieron sus puntos de vista respecto al instrumento, por lo que se obtuvo concordancia entre los evaluadores ($p<0.05$). (Ver Anexo 07).

Se consideró para la presente investigación, el instrumento fue validado por juicio de expertos, el cual reveló significaciones igual a 0,93, certificando de este modo la validez estadística significativa antes de aplicar el instrumento a los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho (ver anexo 08).

4.4.2 Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad fue hallada de una muestra piloto de 20 profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho. Cuyo resultado fue significativo con un valor de Alfa Cronbach de 0,818 para conocimiento del cáncer de cuello uterino; y 0,855 para la actitud del profesional de enfermería; (ver en anexo 09).

4.5 Procedimientos de recolección de datos.

Con el permiso respectivo de la Jefatura de Capacitación e Investigación del Hospital Regional de Ayacucho y las profesionales de enfermería, se aplicaron el cuestionario estructurado correspondiente en el Hospital Regional de Ayacucho, para evaluar los conocimientos de cáncer de cuello uterino y actitud del profesional de enfermería.

4.6. Procedimientos estadísticos y análisis de datos

El proceso de tabulación se realizó empleando Excel para el procesamiento respectivo. Los resultados se presentan en tablas y gráficos, haciendo uso de las frecuencias absolutas y relativas simples y así realizar el análisis e interpretación tomando en cuenta el marco teórico revisado.

CAPITULO V
RESULTADOS

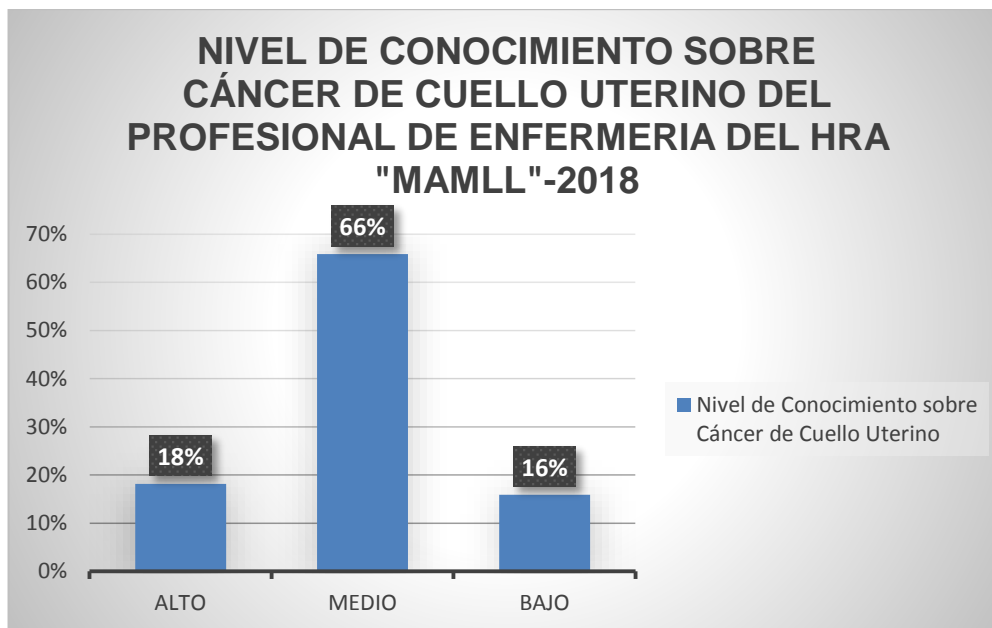
TA BLA N° 5.1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE CUELLO
UTERINO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HRA
"MAMLL", 2018**

Nivel de Conocimiento	N°	%
Alto	8	18
Medio	29	66
Bajo	7	16
Total	44	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

GRAFICO N° 5.1



Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

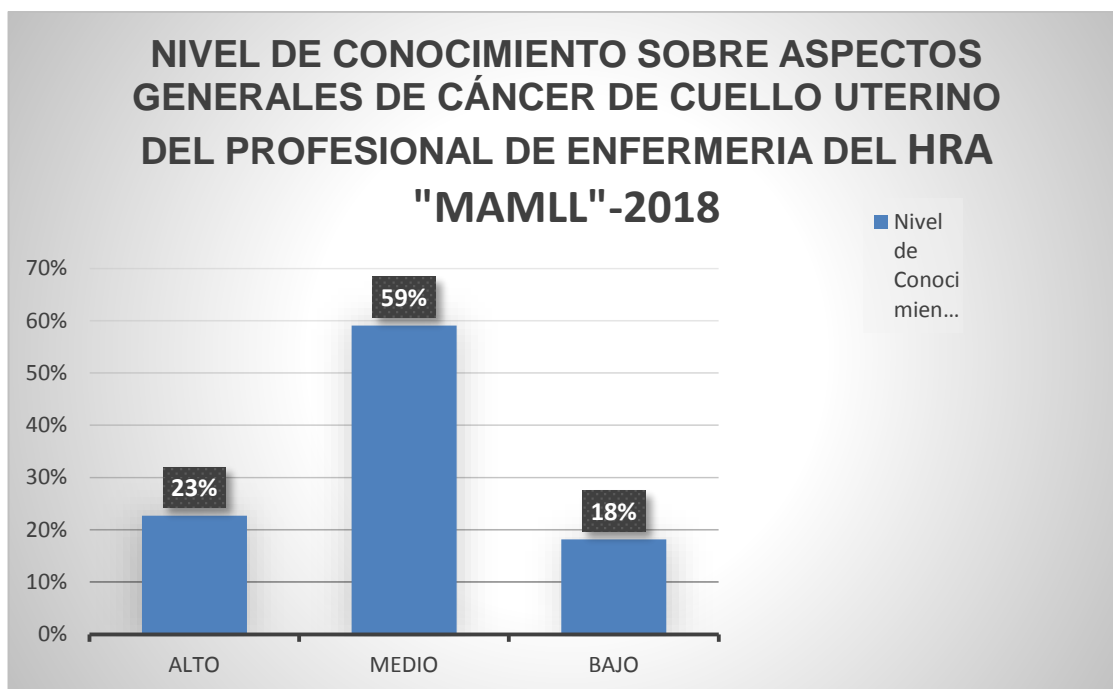
Se observó que el 66% del profesional de Enfermería tienen un nivel de conocimiento medio sobre el cáncer de cuello uterino, un 18% tienen un nivel de conocimiento alto y un 16% tienen un nivel de conocimiento bajo respectivamente.

TABLA 5.2
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DE
CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DEL HRA "MAMLL", 2018

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	10	23
Medio	26	59
Bajo	8	18
Total	44	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

FIGURA 5.2



Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

Se observó en la tabla y grafico 5.2, que el 59% del profesional de Enfermería tienen un conocimiento medio en aspectos generales sobre en cáncer de cuello uterino, el 23% tienen un nivel de conocimiento alto y un 18% nivel de conocimiento bajo respectivamente.

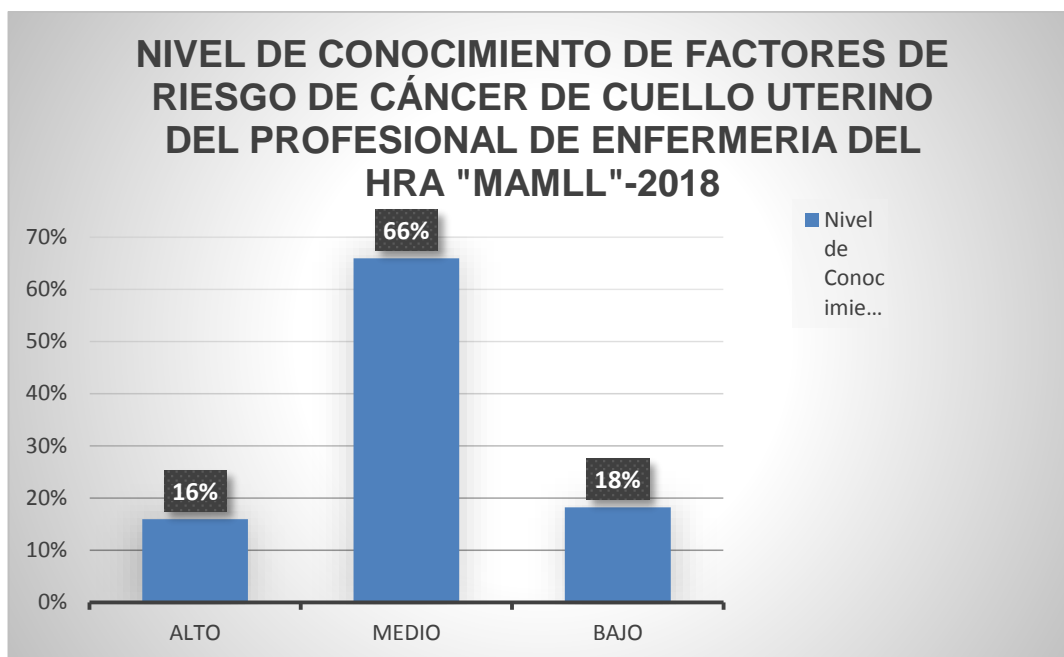
TABLA 5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HRA "MAMLL", 2018

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	7	16
Medio	29	66
Bajo	8	18
Total	44	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

FIGURA 5.3



Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla y gráfico N° 5.3 se observó que el 66% del profesional de Enfermería tienen un nivel de conocimiento medio sobre factores de riesgo de cáncer de cuello uterino, un 18% tienen un nivel de conocimiento bajo y un 16% tienen un nivel de conocimiento alto respectivamente.

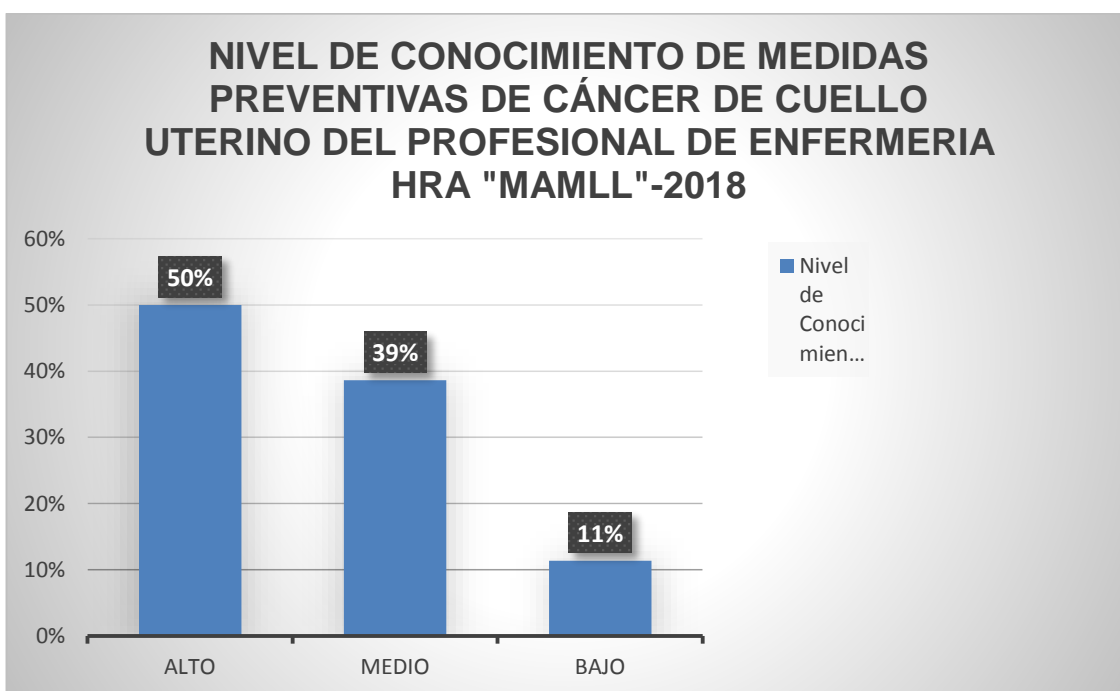
TABLA 5.4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HRA "MAMLL", 2018

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	22	50
Medio	17	39
Bajo	5	11
Total	44	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

FIGURA 5.4



Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

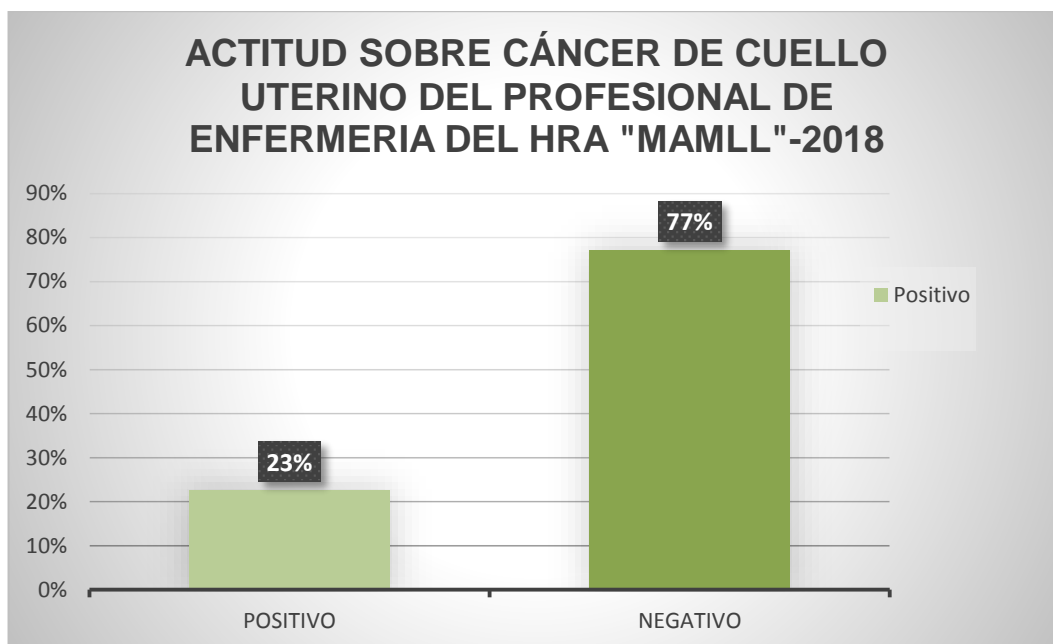
En la tabla y gráfico N° 5.4 se observó que el 50% del profesional de Enfermería tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino, un 39% tienen un nivel de conocimiento medio y un 11% tienen un nivel de conocimiento bajo respectivamente.

TABLA 5.5
ACTITUD SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HRA "MAMLL", 2018

Actitud	N°	%
Positivo	10	23
Negativo	34	77
Total	44	100

Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

FIGURA 5.5



Fuente: cuestionario aplicado al personal de enfermería

En la tabla y gráfico N° 5.5 se observó que el 77% del profesional de Enfermería tienen una actitud negativa y un 23% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino respectivamente.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de los resultados con estudios similares

En nuestro estudio se evidenció que los profesionales de enfermería mostraron que el 66% tienen un nivel de conocimientos medio sobre cáncer de cuello uterino y actitudes de tipo negativa en el 77% de la población de enfermeras encuestadas.

En un estudio de Llerena (12) se estudiaron el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino y la actitud hacia el Examen de Papanicolaou se realizó en la UCSM, Facultad de Enfermería, y se observó el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino en las estudiantes de Enfermería es alto y el nivel de actitudes hacia la práctica del Examen de Papanicolaou en la Facultad de Enfermería es en mayoría positiva. Estos resultados son diferentes de la investigación realizada.

Las enfermeras poseen niveles de conocimiento medio sobre el cáncer de cuello uterino con respecto a aspectos generales y factores de riesgo, en cambio tienen un nivel de conocimiento mayor en la dimensión de medidas preventivas, pero presentan actitudes negativas frente al cáncer de cuello uterino, es decir por más que hay conocimiento la actitud especialmente preventiva no está presente en el profesional del Hospital Regional de Ayacucho, por tanto los conocimientos no se asocian con las actitudes al cáncer de cuello uterino. De esta manera, se podría decir que el nivel de conocimientos no repercute en una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino (frecuencia de realización de la citología; la periodicidad con la cual visita al médico y al ginecólogo, etc.). Este resultado nos demuestra que el personal de salud está convencido de la prevención del cáncer de

cuello uterino pero la conducta final deseada por la población con respecto a la prevención del cáncer no es la adecuada.

Estos resultados son similares a reportados por Roque (13), se estudiaron conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias, respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población total fue: el 58.8% alcanzó un nivel "Medio" y el 20.9% "Bajo" y frente a las actitudes el 83.8% tuvo un actitud "Negativa" y el 16.2% "Positiva". Estos resultados concuerdas con la investigación realizada solo que la población es diferente.

La identificación del nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería cobra importancia, por un lado, por su condición de mujer del profesional de enfermería para realizarse el PAP(Papanicolaou) o citología y por otro, el papel que tiene como educadora de la salud; es primordial para motivar a la población con respecto a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, aunque también, la demanda está sujeta en gran parte a la difusión, promoción y campañas de detección temprana del cáncer de cuello uterino.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- a) Se ha planteado dentro de la Hipótesis General como hipótesis alterna que hay un nivel bajo respecto al nivel de conocimiento del profesional de enfermería, sin embargo, en el cuadro 5.1 se observa que un 66% de los evaluados que se sitúan en el nivel de conocimiento medio, por lo que no se aceptan ninguna de las hipótesis.

- b) También se planteado dentro de la Hipótesis General como hipótesis alterna que hay una actitud negativa del profesional de enfermería; en el cuadro 5.5 se observa que un 77% de los evaluados poseen una actitud negativa, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

- c) El 59% del profesional de Enfermería tienen un conocimiento medio en aspectos generales sobre en cáncer de cuello uterino

- d) El 66% del profesional de Enfermería tienen un nivel de conocimiento medio sobre factores de riesgo de cáncer de cuello uterino.

- e) El 50% del profesional de Enfermería tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino.

- f) El 77% del profesional de Enfermería tienen una actitud negativa y un 23% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino respectivamente.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la dirección general y departamento de enfermería implementar y ejecutar capacitaciones para reforzar conocimientos y fomentar actitudes positivas en el profesional de Enfermería sobre el cáncer de cuello uterino desde el punto de vista de su condición de mujer para realizarse el estudio y, por otro, su papel como educadora de la salud para motivar a la población en la prevención del cáncer de cuello uterino.
2. Se recomienda a la dirección del HRA brindar facilidades en coordinación con el área de bienestar social para realizar actividades de prevención y promoción en bien de la salud del personal de Enfermería sobre el cáncer de cuello uterino (tamizaje de PAP)
3. Se sugiere al departamento de enfermería promover la concientización del personal de enfermería ya que, si está convencido de la gravedad del cáncer de cuello uterino, entonces existirá una conducta final deseada con la asistencia a un servicio médico de forma precoz y oportuna y así también se reflejarán en capacitaciones futuras al paciente.
4. Se sugiere continuar investigaciones similares con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, para el diagnóstico oportuno.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Papiloma virus humano (PVH) y cáncer cervicouterino. [Online].; 15 febrero 2018 [cited 2018 setiembre 01. Available from: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail7human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail7human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
2. Epidemiología del cáncer al cuello uterino. [Online].; 2014 [cited 2018 setiembre 01. Available from: <https://www.eurocytology.eu/es/course/467>.
3. La policlinica. VPH, el principal causante del cáncer de cervix. [Online].; 25 octubre 2016 [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://poloclinicavaldemoro.com/revista/index.php/es/indice-de-contenido/394-vph>.
4. X. C. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. Gynecol Oncol. [Online].; 2008 [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmed/18760711>.
5. Asociación Española contra el cáncer. Evolución del cáncer de cervix. [Online]. [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix>.
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer, datos y cifras. [Online].; 01 febrero 2018 [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
7. Junta de beneficencia de Guayaquil. El cáncer del cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer. [Online]. [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://www.juntadebeneficencia.org.ec/en/home/2927-segun-la-oms-el-cancer-del-cuello-de-utero-es-el-segundo-tipo-de-cancer-mas-frecuente-en-la-mujer>.
8. Liga contra el cáncer. Cáncer de cuello uterino. [Online]. [cited 2018 setiembre 01. Available from: <http://www.ligacancer.org.pe/tiposdecancer.html>.
9. Paez R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción Paraguay (Bañado Sur). [Online].; 2012 [cited 2018 setiembre 02. Available from: https://www.researchgate.net/publication/295098473_conocimientos

actitudes y practicas sobre virus de papiloma humano VPH y cancer de cuello uterino en mujeres de 30 y mas años de edad de un barrio ribereño de Asuncion Banado Sur.

10. Lopez Co. Conocimientos, actitudes y practicas respecto al cancer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia Colombia. [Online].; 2012-2013 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8059>.
11. F. P. Conocimiento, actitudes y practicas sobre cancer cervicouterino en mujeres atendidas en la sociedad de lucha contra el cancer Riobamba, Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://dspce.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7317>.
12. Llerena Z. Relacion entre el nivel de Conocimiento sobre Cancer de cuello uterino y la Actitud hacia el examen de papanicolaou en las estudiantes de las Facultades de Enfermeria y Administracion de Empresas de la Universidad Catolica de Santa Maria, Arequipa, Peru. [Online].; 2013 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/54221042.pdf>.
13. A. R. Conocimientos y actitudes sobre cancer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando, Lima-Peru. [Online].; Julio-agosto 2014 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/cybertesis/3610>.
14. M. B. Sistemas sociales y filosofica Buenos Aires: Sudamericana S.A.; 1995.
15. R. PK. La logica de la investigacion cientifica Madrid: Tecnos; 1962.
16. J. H. El fenomeno del conocimiento y los problemas contenidos en èl. [Online].; 2011, edicion popular, pgs. 25-33 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <https://dehaquizgutierrez.files.wordpress.com/2011/01/lectura-anexa-3a.pdf>.
17. P. HSyD. Introduccion. Filosofia de la ciencia. San Jose, EUNED. [Online]. [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1389/1/La%20clasificaci%C3%B3n%del%20conocimiento%20acad%C3%A9mico.pdf>.

18. A. L. La experiencia estetica como genero supremo del conocimiento. N° XXIII ed. Madrid: Anales del seminario de metafisica; 1989.
19. J. G. Los niveles de conocimiento. Eleph en la innovacion curricular. Instituto Politecnico Nacional. Vol.14 N° 65. [Online].; 2014 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>.
20. E. M. Gestion del conocimiento. Guia basica para la aplicacion de las TICs en PYMES. Zamudio. [Online].; 2003 [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://www.bizkaia.eus/Home2/Archivos/DPTO8/Temas/Pdf/ca GT capitulo2.pdf?has=0806b4ce8c1f6bb6045c75feca14706d>.
21. Belief FMyAI. Attitude, intention and behavior:"An introduction theory and research": Addison Wesley; 1995.
22. Ortego M. C. LSyAML. Ciencias psicosociales I Universidad de Cantabria. [Online]. [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema04.D>.
23. A. R. Interpretacion de las actitudes. Creencias, actitudes y valores Madrid: Alhambra; 1989.
24. P. M. Capitulo: Actitudes. Madrid: McGraw-Hill; 1999.
25. Psikipedia. Funciones de las actitudes. [Online]. [cited 2018 setiembre 02. Available from: <http://psikipedia.com/libro/psicologia-social/1150-funciones-de-las-actitudes>.
26. OMS. Temas de salud. Cancer. [Online].; 2018 [cited 2018 setiembre 03. Available from: <http://www.who.int/cancer/es/>.
27. World Health Organization. Cancer. [Online]. [cited 2018 setiembre 03. Available from: <http://www.who.int/genomics/directions/en/>.
28. N. ZDEDSSyW. Cancer cervical. Hospital general de Massachusetts, EE.UU. [Online].; 2012 [cited 2018 setiembre 03. Available from: <https://medlineplus.gov/%20spanish/%20ency/article/000893.htm>.
29. Dmedicina. Cancer de cuello uterino. Unidad editorial. Madrid. [Online].; 2009 [cited 2018 setiembre 03. Available from: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancercuello-utero>.

30. E. G. Cancer de cuello uterino. Lima, Peru. [Online].; 2009 [cited 2018 setiembre 03. Available from: <http://www.ceprecyt.org/entrevistas/eduardoGotuzzo.htm>.
31. Switzerland LSaC. TNM Classification of malignant tumours. Internation Union against. [Online].; 2002 [cited 2018 setiembre 03. Available from: <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>.
32. Rous P. Sarcoma of the fowl transmissible by an agent separable from the tumor cells. [Online].; 1997 [cited 2018 setiembre 04. Available from: <https://www.ourcivilisation.com/aids/hivexist/notes/008.htm>.
33. B. S. Contrary to Nature. Bethesda MD:NIH; 1977.
34. Rt. P. Stimulatory effects of immune reactions upon the growth of untransplanted tumors. : Cancer Res; 1994.
35. Bosch Fx. LA,MN,MCySK. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer.: J. Clin Pathol; 2002.
36. Ahued R. Ginecologia y Obstetricia Aplicada. segunda edicion ed. Mexico; 2003.
37. Bosch Fx MMMSMJAPJea. Prevalence of human papilomavirus in cervical cancer; 1995, 87,796-802.
38. Ortiz R UCDDY. Factores de riesgo para cancer de cuello uterino. Revista colombia de Obstetricia y Ginecologia. 2004; 55(2)(146-160).
39. Bosch Fx LAMNMCSK. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol; 2002;55:244-65.
40. American Cancer Society. Cancer de cuello uterino (cervical), Atlanta. [Online].; 2014 [cited 2018 octubre 01. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>.
41. Thun MJ ALHS. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths. 28470612th ed.: Confounding in the courtroom; 2000.
42. Tema 2: Habitos y estilos de vida saludable. [Online]. Available from: http://www.figuerspacheco.com/CEED/DEPARTAMENTOS/EDUCACIONFISICA/Educacionfisica17Unidad_1/EF1_U1_T2_contenidos.pdf

43. Prevention AfCC, editor. Aliance for Cervical Cancer Prevention. Prevencion del cancer cervicouterino USA; 2004.
44. M. C. El cancer como problemas de salud publica en mujeres mexicanas y su relacion con el virus de papiloma humano España: Universidad Autonoma de Barcelona. Facultad de medicina (Tesis); 2005.
45. Ortiz R UCDDLY. Factores de riesgo para cancer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. 2004; 55(2):146-160.
46. Ovalle L PSRPHRLJAE. Manual para tamizaje del cancer cervicouterino, Guatemala: Ministerio de salud publica y asistencia social. Programa de salud reproductiva. [Online]. [cited 2018 octubre 02. Available from: <http://portal.mspas.god.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf>.
47. S. V. Citologia cervical : Rev. Med Hondur; 73:131-136; 2005.
48. Miraval M MC. Manual de procedimientos para el diagnostico en citologia cervico uterina. 43rd ed. Lima: Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud; 2005.
49. Junta de Andalucia. Protocolo Cancer de Cervix: Cribado, diagnostico y tratamiento. Cordova: Hospital Unniversitario Reina Sofia. Servicio Andaluz de Salud. 2006.
50. Ovalle L PSRPHRLJAE. Manual para tamizaje del cancer cervicouterino. Guatamala: Ministerio de salud publica y asistencia social, Programa de salud reproductiva. [Online]. [cited 2018 octubre 03. Available from: <http://portal.mspas.god.gt/files/Descargas/ProteccciondelaSalud/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE/20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf>.
51. Americam Cancer Society. El VPH y las pruebas para el VPH. Atlanta: American Cancer Society. [Online].; 2014 [cited 2018 octubre. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-043358-pdf.pdf>.

52. Junta de Andalucía. Protocolo Cáncer de cérvix: Cribado, diagnóstico y tratamiento. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio Andaluz de Salud; 2006.
53. Instituto Nacional del Cáncer E.E.U.U.. Cáncer de cuello uterino. [Online].; 2012 [cited 2018 octubre 10. Available from: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=444973>.
54. P. B. Conocimiento: la ventaja competitiva. 1st ed.: Blue Eagle; Group 2005.
55. ONU SIDA-OIM. Estudio de Conocimiento, Actitudes y Prácticas en relación al VIH y Sida y otras ITS en la población Ngabe-Bugle. [Online]. [cited 2018 noviembre 02. Available from: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unfpa.or.cr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F104-vih-y-otras-its-en-indigenasngabe-bugle&ei=fFa-UlnqCILo8QTW7YGYAg&usq=AFQjCNGyL6-gobgxdcVoXYXe40O.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTO Y ACTITUD A CERCA DEL CANCER DE CÉRVIX EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud sobre cáncer de cuello uterino del profesional de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino según dimensiones aspectos generales, factores de riesgo y medidas preventivas del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho 	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino según dimensiones aspectos generales, factores de riesgo y medidas preventivas del</p>	<p>Ha. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino es bajo en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.</p> <p>Ho. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino es Alto en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino</p> <p>Variable 2:</p> <p>Actitud del profesional de enfermería</p>	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativo no experimental</p> <p>Nivel de Investigación: descriptivo</p> <p>Diseño del Estudio: No experimental Descriptivo transversal</p> <p>Población: 100 profesionales de enfermería.</p> <p>Muestra: Conformada por 80 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital regional de Ayacucho “MAMLL”.</p> <p>Muestra ajustada: Conformada por 44 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital regional de Ayacucho “MAMLL”.</p> <p>Técnica de recolección de datos:</p> <p>Variable Conocimiento del cáncer.</p> <p>Técnica e Instrumento: encuesta-cuestionario estructurado</p>

<p>“Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018</p> <p>•¿Cómo es la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018</p>	<p>profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.</p> <p>Describir la actitud sobre el cáncer de cuello uterino del profesional de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, 2018.</p>	<p>Ángel Mariscal Llerena” 2018.</p> <p>Ha. El tipo de actitud sobre el cáncer de cuello uterino es negativa en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.</p> <p>Ho. El tipo de actitud sobre el cáncer de cuello uterino es positiva en el profesional de Enfermería en el hospital regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2018.</p>	<p>Alto: Mayor de 26 puntos</p> <p>Medio: De 22 a 26 puntos</p> <p>Bajo: Menor de 22 puntos</p> <p>Variable actitud del profesional de Enfermería:</p> <p>Técnica e Instrumento: Encuesta-cuestionario estructurado.</p> <p>Positivo: mayor a 52 puntos</p> <p>Negativo: menor a 52 puntos</p>
--	--	--	---

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

A continuación se le presenta una serie de preguntas que cuidadosamente debe leer y responder de la manera más objetiva posible. La finalidad de la encuesta es recabar la información con fines de investigación, respecto al cáncer de cuello uterino.

Marque con un **(X)** La respuesta que considere correcta.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
Aspecto general de cáncer de cuello de uterino			
01	El cáncer de cuello de uterino es producido por el crecimiento descontrolado de las células del epitelio cervical		
02	La causa del cáncer de cuello uterino son los tipos de "alto riesgo" del virus del papiloma humano (VPH)		
03	El virus del papiloma humano (VPH) se transmite a través de las relaciones sexuales		
04	El cáncer de cuello uterino es curable durante el estadio I		
05	Cuando las células cambian, primero se vuelven "precancerosas", una enfermedad denominada también "displasia" o NIC (Neoplasia intraepitelial cervical)		
06	Los principales síntomas del cáncer de cuello uterino son el sangrado o secreciones vaginales inusuales (sobre todo después del coito) y dolor durante las relaciones sexuales		
07	Los síntomas del cáncer de cuello uterino se evidencian cuando se encuentra en estadio I y II		
08	¿Una persona que ha contraído la infección por el virus de papiloma humano, será portadora del virus para siempre?		
09	¿Las personas que han tenido múltiples parejas sexuales son las únicas que pueden transmitir el VPH?		
10	El tiempo que pasa normalmente es de 10 a 15 años para que se desarrolle el cáncer de cuello de uterino invasivo		
Factores de riesgo			
11	El inicio temprano de las relaciones sexuales implica un factor riesgo		
12	Tener muchos embarazos a término (hijos).		
13	Edad del primer parto antes de los 22 años aumentan el riesgo de padecer el cáncer de cuello uterino		
14	Una alimentación con pocas frutas y verduras incrementa el riesgo		
15	El uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad) es un factor de riesgo		
16	La exposición al humo del cigarrillo también es un factor de riesgo de cáncer al cuello uterino		
17	La promiscuidad		

18	Las mujeres con inmunosupresión por el virus de inmunodeficiencia humana tienen mayor riesgo de contraer las infecciones con VPH		
19	¿Contraer una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) implica un alto riesgo de desarrollar cáncer de cérvix?		
20	El antecedente familiar de cáncer de cuello uterino incrementa el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino		
Medidas preventivas			
21	Evitar tener muchas parejas sexuales disminuye el riesgo		
22	Retrasar el inicio de la actividad sexual hasta el fin de la adolescencia o después		
23	No fumar es otra forma importante de reducir el riesgo		
24	Vacunarse contra el VPH disminuye el riesgo		
25	Evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas sexuales disminuye el riesgo		
26	La citología (Papanicolaou) es la prueba ideal para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino		
27	Evitar las relaciones sexuales con personas que obviamente presentan verrugas genitales u otros síntomas disminuye el riesgo		
28	¿El uso de preservativos reduce el riesgo de transmisión del VPH?		
29	Los hábitos alimenticios adecuados fortalecen el sistema inmunitarios		
30	Es importante evitar el sedentarismo		

¡Muchas Gracias!

ANEXO 03

CUESTIONARIO DE ACTITUD SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Estimada enfermera, el presente cuestionario es anónimo, cuyo propósito es únicamente científico, sus respuestas sinceras serán de mucha utilidad en la investigación.

Marque con un **(X)** la respuesta que considere correcta: **(3)** De acuerdo. **(2)** Indiferente. **(1)** En desacuerdo.

N°	PREGUNTAS	3	2	1
Dimensión Afectiva				
01	Pienso que realizarse el Papanicolaou es un procedimiento importante			
02	Solo me dejaría tomar el Papanicolaou si es una mujer quien lo realiza.			
03	Pienso que tener más de un compañero sexual influye para desarrollar cáncer de cuello uterino			
04	No usar condón en las relaciones sexuales aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino			
05	Las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual deben hacerse el Papanicolaou			
06	Pienso que todas la mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse el PAP			
07	El trato del Ginecólogo y/o Obstetra influye para que decida realizarme el Papanicolaou			
08	Considero que no hay necesidad de conocer los resultados del Papanicolaou			
09	La demora en la entrega de los resultados ocasiona mi falta de interés en realizarme el Papanicolaou			
10	Estaría dispuesta a operarme si fuera necesario			
11	La lejanía al hospital Es Salud influye para no acudir a realizarme el Papanicolaou			
12	El dolor o incomodidad que ocasiona el examen del Papanicolaou influye para no realizarlo.			
13	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que solo da a las mujeres promiscuas.			
14	La explicación que brinda el Ginecólogo y/o Obstetra motiva a realizarme el Papanicolaou			
Dimensión Conductual				
15	El miedo a un Papanicolaou anormal evita que acuda a conocer mis resultados			
16	Me realizo el Papanicolaou periódicamente para prevenir del cáncer de cuello uterino			
17	Uso condón en las relaciones sexuales porque disminuye el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino			
18	Mi alimentación a base de verduras reduce el posible riesgo de cáncer de cuello uterino			
19	Realizarse la higiene genital diaria previene el cáncer de cuello uterino			
20	Informarse continuamente sobre el cáncer de cuello uterino es importante			

¡Muchas Gracias!

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulado:

Habiendo sido informada(o) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena que la información brindada será solo y exclusivamente para fines de investigación, respetando mi confidencialidad.

Firma del participante en la investigación

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada Licenciada en Enfermería:

La investigación del estudio para el cual Ud., ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le aseguro que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE,

ANEXO 05

CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES NIVEL DE CONOCIMIENTO

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

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

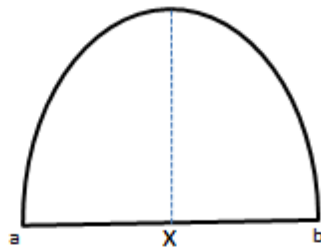
1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 23.9$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 2.8$$

3. Se establecieron los valores de "a" y "b".



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

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

$$a = 23.9 - 0.75 (2.8)$$

$$a = 22$$

$$b = 23.9 + 0.75 (2.8)$$

$$b = 26$$

Alto: Mayor de 26 puntos

Medio: De 22 a 26 puntos

Bajo: Menor de 22 puntos

ANEXO 5.1

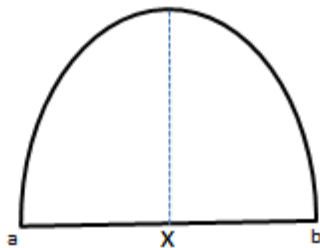
CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES CONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN DE ASPECTOS GENERALES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

4. Se determinó el promedio. (x)
 $x = 7.5$
5. Se calculó la desviación estándar. (DS)
 $S = 1.2$
6. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$\begin{aligned} a &= x - 0.75 (s) \\ b &= x + 0.75 (s) \\ a &= 7.5 - 0.75 (1.2) \\ a &= 7 \\ b &= 7.5 + 0.75 (1.2) \\ b &= 8 \end{aligned}$$

Alto: Mayor de 8 puntos

Medio: De 7 a 8 puntos

Bajo: Menor de 7 puntos

ANEXO 5.2

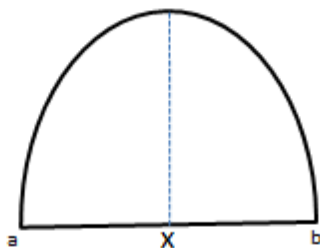
CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES CONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN DE FACTORES DE RIESGO

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

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

4. Se determinó el promedio. (x)
 $x = 7.2$
5. Se calculó la desviación estándar. (DS)
 $S = 1.7$
6. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$\begin{aligned} a &= x - 0.75 (s) \\ b &= x + 0.75 (s) \\ a &= 7.2 - 0.75 (1.7) \\ a &= 6 \\ b &= 7.2 + 0.75 (1.7) \\ b &= 9 \end{aligned}$$

Alto: Mayor de 9 puntos

Medio: De 6 a 9 puntos

Bajo: Menor de 6 puntos

ANEXO 5.3

CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES CONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS

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

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

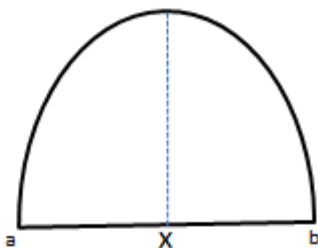
4. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 9.1$$

5. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 1.0$$

6. Se establecieron los valores de "a" y "b".



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

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

$$a = 9.1 - 0.75 (1.0)$$

$$a = 8$$

$$b = 9.1 + 0.75 (1.0)$$

$$b = 9$$

Alto: Mayor de 9 puntos

Medio: De 8 a 9 puntos

Bajo: Menor de 8 puntos

ANEXO 06

CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES ACTITUD

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

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

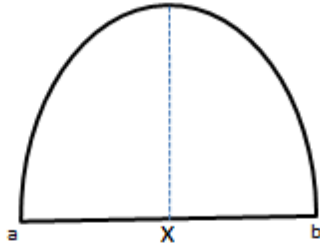
1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 48.2$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 4.9$$

3. Se establecieron los valores de "a" y "b".



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

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

$$a = 48.2 - 0.75 (4.9)$$

$$a = 45$$

$$b = 48.2 + 0.75 (4.9)$$

$$b = 52$$

Positivo: Mayor de 52 puntos

Indiferente: De 45 a 52 puntos

Negativo: Menor de 45 puntos

ANEXO N° 07

CUADRO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD POR JUICIO DE EXPERTO

Formato	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	Suma	P Valor
item1	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item2	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item3	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item4	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item5	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item6	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item7	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item8	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item9	1	1	0	0	0	0	6	0.015625
item10	1	1	1	1	1	0	6	0.015625
item11	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
P=								0.02864583

Debido a que el P valor f es > de 0.05 el instrumento es válido.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional de Enfermería
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombres y Apellidos:..... MONTA ESCOBAR KARIM
 1.2 Lugar de Centro laboral:..... HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
 1.3 Cargo que desempeña:..... MEDICO
 1.4 Instrumento a validar: **Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix**
 1.5 Autores: **Elizabeth Vilma Flores Ramos**
Lourdes Palomino Bautista

ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?		✓	
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (X) No ()

Fecha: 02/10/2018



Firma y sello
N° DNI: 21555223

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional de Enfermería

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombres y Apellidos: ANACE MUNAYLLA MENDOZA

1.2 Lugar de Centro laboral: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

1.3 Cargo que desempeña: GINECOLOGA

1.4 Instrumento a validar: Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix

**1.5 Autores: Elizabeth Vilma Flores Ramos
Lourdes Palomino Bautista**

ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?		✓	
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (X) No ()

Fecha: 04/10/2018

HOSPITAL REGIONAL AYACUCHO
DRA. ANACE MUNAYLLA MENDOZA
GINECOLOGA
CNP 47464 - RNE 27422

Firma y sello
N° DNI: 40995612

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional de Enfermería

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombres y Apellidos: LAURA SAIRE BOCÁNGEL

1.2 Lugar de Centro laboral: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

1.3 Cargo que desempeña: GINECO-OBSTETRA

1.4 Instrumento a validar: Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix

1.5 Autores: Elizabeth Vilma Flores Ramos
Lourdes Palomino Bautista

ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?		✓	
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (✓) No ()

Fecha: 06/1/09/18


 Laura L. Saire Bocángel
 GINECO-OBSTETRA
 C.M.P. 40012 RNE 23803

Firma y sello
N° DNI: 01323627

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional de Enfermería

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombres y Apellidos: JORGE MIGUEL CEVALLOS SÁEZ

1.2 Lugar de Centro laboral: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

1.3 Cargo que desempeña: GINECO-OBSTETRA

1.4 Instrumento a validar: Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix

**1.5 Autores: Elizabeth Vilma Flores Ramos
Lourdes Palomino Bautista**

ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?	✓		
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (✓) No ()

Fecha: 08/09/18


 Jorge Miguel Cevallos Sáez
 N° DN GINECO-OBSTETRA
 C.M.P. 21518 - R.N.E. 15736
06/06/17

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional de Enfermería

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombres y Apellidos:...WALTER E. MELGAR SALCEDO.....

1.2 Lugar de Centro laboral:...HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.....

1.3 Cargo que desempeña:...GINECO-OBSTETRA.....

1.4 Instrumento a validar: Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix

1.5 Autores: Elizabeth Vilma Flores Ramos
Lourdes Palomino Bautista

ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?	✓		
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (X) No ()

Fecha: 12.1.09.18



 Firma y sello
 N° DNI: 21555315

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela profesional de Enfermería

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombres y Apellidos: Dra. Lindaura Costa Uaya

1.2 Lugar de Centro laboral: HPG - UNICE

1.3 Cargo que desempeña: Directora

1.4 Instrumento a validar: Conocimiento y actitud sobre el cáncer de Cérvix

**1.5 Autores: Elizabeth Vilma Flores Ramos
 Lourdes Palomino Bautista**


ITEM	PREGUNTE	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?	✓		
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?		X	
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?		X	
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

III. Procede su ejecución:

Si (X) No ()

Fecha: 16/09/2018


 Firma y sello
 N° DNI: 06012955