

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE  
CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, DEL  
DISTRITO DE MARÍA-LUYA AMAZONAS 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**Autora : Bach. Rosaura del Pilar Ocampo Inga**

**Asesor : MsC. Yshoner Antonio Silva Díaz**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por concederme la vida, por darme la fortaleza necesaria para poder continuar y sobresalir de los obstáculos.

A mis padres, por su gran amor que me brindan y que cada momento de mi vida están para guiarme y apoyarme en mi formación profesional convirtiéndose en mi apoyo en todo momento; depositando toda su confianza sin dudar ni un solo momento de mi capacidad.

A mis hermanas: Luciana, Emelit y Jhanelit quienes me brindaron su apoyo, cariño lo cual me dieron la fortaleza y estímulo para poder seguir superándome profesionalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos los docentes de la escuela profesional de Enfermería de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas por haber compartido sus conocimientos y experiencias con sus estudiantes.

A la población del Distrito de María-Luya Amazonas, por brindarme su colaboración para poder realizar el trabajo de investigación.

Al Mg. Yshoner Antonio Silva Díaz, por su apoyo condicional y por sus enseñanzas como asesor en el desarrollo de la elaboración del trabajo de investigación.

Y a todas las personas que contribuyeron en la realización de este informe de investigación.



**ANEXO 3-K**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO DE TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

Yo Rosaura del Pilar Ocampo Inga  
identificado con DNI N° 48259631 Estudiante( )/Egresado (X) de la Escuela Profesional de  
Enfermería de la Facultad de:  
Ciencias de la Salud  
de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

1. Soy autor de la Tesis titulada: Nivel de Conocimiento Sobre Cáncer de Cuello  
Uterino en Mujeres en edad fértil, del distrito de María - Luya -  
Amazonas - 2017.

que presento para  
obtener el Título Profesional de: Licenciada en Enfermería

2. La Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, y para su realización se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La Tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La Tesis presentada no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. La información presentada es real y no ha sido falsificada, ni duplicada, ni copiada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la Tesis para obtener el Título Profesional, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la Tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que la Tesis para obtener el Título Profesional haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 22 de Enero de 2019

Bertha Parra T.

Firma del(a) tesista



## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

**Rector**

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

**Vicerrector Académico**

Dra. Flor Teresa García Huamán

**Vicerrectora de Investigación**

Dr. Edwin Gonzales Paco

**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Mg. Wuilfredo Amaro Cáceres

**Director de Escuela profesional de Enfermería**

## **VISTO BUENO DEL ASESOR**

Yo, Yshoner Antonio Silva Díaz, identificado con DNI N° 06805383, con domicilio legal en Av. Aeropuerto N° 1275, Docente Asociado a Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, asesor de la tesis titulada “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, DEL DISTRITO DE MARÍA-LUYA AMAZONAS 2017”, presentado por el tesista en enfermería ROSAURA DEL PILAR OCAMPO INGA.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, ya que ha ejecutado la tesis mencionada, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas, 12 de abril del 2018.

.....  
Mg. Yshoner Antonio Silva Díaz

DNI N° 06805383

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

.....

Dr. Sonia Tejada Muñoz

PRESIDENTE

.....

Mg. Carmen Currillo Ccanto

SECRETARIA

.....

Mg. Clyde Cowan Muñoz Vargas

VOCAL

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicat3ria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades	iii
Visto Bueno del asesor	iv
Hoja de jurado	v
Índice	vi
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	6
III. MARCO TEÓRICO	7
IV. MATERIAL Y MÉTODO	38
4.1. Dise3o de la investigaci3n	38
4.2. Poblaci3n, muestra y muestreo	38
4.3. M3todos, t3cnicas e instrumentos de recolecci3n de datos	40
4.4. An3lisis de datos	42
V. RESULTADOS	43
VI. DISCUSI3N	47
VII. CONCLUSIONES	61
VIII. RECOMENDACIONES	62
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	67



## ÍNDICE DE TABLAS

**Pág.**

Tabla 1	Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.	43
Tabla 2	Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.	45

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Pág.**

Gráfico 1	Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.	44
Gráfico 2	Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.	46

<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>		<b>Pág.</b>
<b>Anexo 01</b>	Operacionalización de variable.	67
<b>Anexo 02</b>	Matriz de consistencia	69
<b>Anexo 03</b>	Instrumento de recolección de datos	72
<b>Anexo 04</b>	Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos)	78
<b>Anexo 05</b>	Evaluación de la validez de los instrumentos de medición	79
<b>Anexo 06</b>	Tabulación para la confiabilidad.	83
<b>Anexo 07</b>	Para sacar la confiabilidad del nivel d conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil se utilizó la fórmula: Split Halves.	84
<b>Anexo 08</b>	Tablas	86

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo; de tipo observacional; cuyo objetivo general es: determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017. La muestra estuvo constituida por 81 mujeres en edad fértil que viven en el Distrito de María y sus anexos Cuchapampa, Quizango y Mangalpa –Luya Amazonas 2017. Se utilizó la guía del cuestionario del nivel de conocimiento, con una validez de  $VC= 4.76844 > VT=1.6449$  y una alta confiabilidad con un puntaje de  $Rip=1$ . Los resultados evidencian que del 100 % (81) de las mujeres de edad fértil del Distrito de María- Luya Amazonas 2017, el 63.0% (51) tienen un nivel de conocimiento medio, el 19,8% (16) tienen un nivel de conocimiento bajo y solo el 17.2% (14) tienen un conocimiento alto, con respecto a la dimensión generalidades el 39,5%(32) tienen un nivel de conocimiento medio, y con respecto a la dimensión factores de riesgo el 42,0% (34) tienen un nivel de conocimiento bajo, el 60.5% (49) tienen un conocimiento medio en cuanto a la dimensión prevención de cáncer de cuello uterino. En conclusión la mayoría de las mujeres de edad fértil del Distrito de María presentan un nivel de conocimiento medio en cuanto a cáncer de cuello uterino.

**Palabras claves:** Nivel, conocimiento, cáncer, cuello uterino y mujeres en edad fértil

## ABSTRACT

The present research work of quantitative, descriptive approach; of observational type; whose general objective is: to determine the level of knowledge about cervical cancer in women of childbearing age, of the District of María-Luya Amazonas 2017. The sample consisted of 81 women of childbearing age who live in the District of María and its annexes Cuchapampa, Quizango and Mangalpa -Luya Amazonas 2017. The guide of the knowledge level questionnaire, with a validity of  $VC= 4.76844 >VT=1.6449$  and a high reliability with a score of  $Rip =1$ . The results show that 100% (81) of the women of fertile age of the District of María- Luya Amazonas 2017, 63.0% (51) have an average level of knowledge, 19.8% (16) have a low level of knowledge and only 17.2% (14) have a knowledge high, with respect to the general dimension, 39.5% (32) have an average level of knowledge, and with respect to the risk factors dimension 42.0% (34) have a low level of knowledge, 60.5% (49) have a medium knowledge as regards to the cervical cancer prevention dimension. In conclusion, most of the women of childbearing age in the District of María have a medium level of knowledge about cervical cancer.

**Key words:** Level, knowledge, cancer, cervix and women of childbearing age.



## **I. INTRODUCCIÓN**

El cáncer de cuello uterino, es tan frecuente que ocupa el segundo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a la población femenina en la mayor parte del mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, y representa la principal causa de muerte por cáncer en estas mujeres. Mundialmente cada año se presentan 370.000 casos nuevos, de los cuales el 80% aparecen en países en vías de desarrollo como el nuestro, al parecer por sistemas de salud deficitarios, que ubican este problema como de interés para la salud pública. Así mismo, el 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Además, se dan 490,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año, con más de 270,000 muertes en las mujeres que padecen la enfermedad. Aproximadamente el 85 por ciento de las mujeres que están muriendo de cáncer de cuello uterino residen en los países en vías de desarrollo (Serrano, 2013, p. 6-7).

La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades del mundo se ha disminuido y el cáncer pre invasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología. Este fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento de un programa de detección masivo de alcance nacional; uno de los descubrimientos más importantes en la investigación etiológica del cáncer. En estos últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello uterino está causado por el Virus Papiloma Humano (VPH) (Review, 2012. p, 34-35).

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevee que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se

producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar (OMS, 2013, p, 15).

En África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sudeste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año. La incidencia más baja para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia. Esto se debe a programas especiales disponibles en esos países que tienen como objetivo atraer a las mujeres a hacerse pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, como la prueba de Papanicolaou, para identificar células precancerosas tratables. Esta iniciativa busca proteger a las mujeres para evitar que desarrollen el cáncer de cuello uterino. Las tasas de incidencia de cáncer del cuello uterino altas se han encontrado en el África Sub sahariana, Asia del Sur, el Caribe y América Latina y varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo; sin dejar de mencionar que las tasas más altas están en las regiones del este africano, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; en América Latina, la incidencia más baja para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia; mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Israel (población no judía) con 2.4 por 100,00 y en Egipto con 2.1 por 100,000 (Review, 2014, p, 8-9).

El cáncer de cuello uterino, constituye una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina de Latinoamérica, donde además las tasas de incidencia se ubican entre las más altas del mundo. Las lesiones pre invasoras e invasoras del cuello uterino se han establecido como un problema de salud pública, debido a la alta prevalencia de las mismas, la elevada mortalidad femenina por estas causas y la ausencia de programas eficientes y permanentes de pesquisa y educación a la población, unido a los efectos físicos, psicológicos y sociales que produce el cáncer cervical uterino en las mujeres afectadas (MINSa, 2014, p, 168-169).

El cáncer del cuello uterino está altamente concentrada en la parte sur del hemisferio. La concentración más elevada está en el centro de América del Sur, con



aproximadamente 71.000 casos por año; En América Latina y el Caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, y la segunda en las mujeres, con 24 casos por 100,000 mujeres; se ubica también en segundo lugar en importancia en mortalidad. En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100,000 mujeres, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas (Serrano, 2013, p, 55).

Las tasas de cáncer de cuello uterino están disminuyendo en un 10% entre las mujeres en todos los grupos étnicos en los Estados Unidos, aunque la incidencia se mantiene alta entre las mujeres Hispanas/Latinas. Los países latinoamericanos reportaron una incidencia de 68,220 casos (tasa: 23.5 casos/100,000 mujeres) y una mortalidad de 31,712 casos (tasa: 10.8 casos/100,000 mujeres). Para Colombia el panorama no es diferente, esta patología es catalogada como un grave problema de salud pública, ya que la mortalidad por cáncer del cuello uterino constituye la cuarta causa a nivel general y la segunda más frecuente en mujeres (después del cáncer de mama), siendo la incidencia para el país de 6,815 casos (tasa: 36.4 casos/100,000 mujeres) con una mortalidad de 3,296 casos (tasa: 18.2 casos/100,000 mujeres) (OMS, 2013 p, 10).

En Colombia, según las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, de los 4.196 casos de cáncer diagnosticados en 1999 en mujeres y hombres de todas las edades, el 16,4% correspondían a cuello uterino, ubicándolo como la principal localización de cáncer y en este mismo año fue además la principal causa de muerte por neoplasias en la población femenina colombiana (Parkin, 2012 p, 3).

En Venezuela, para el año 1999, el CCU se ubicó en el primer lugar de causa de muerte en mujeres con un total de 1512 defunciones (20.37%). Asimismo, el CCU obtuvo mayor incidencia entre el periodo 1999 - 2001 con 27.26%, seguido del cáncer de mama y pulmón con 18,44% y 6,62% (OMS, 2014, p, 14).

No cabe duda que el cáncer en Perú ha cobrado importancia como problema de salud Pública no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombre, mujeres y sus familias, habiéndose convertido en la segunda causa de muerte entre las mujeres registradas en nuestro país; la incidencia de cáncer cervical en Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres, con una tasa de mortalidad de 19,9 por mil mujeres, siendo este tipo de cáncer, la causa principal de muerte entre las mujeres, donde la ciudad de Trujillo reporta el nivel más alto (43.9 por 100,000) (MINSA, 2013 p, 16).

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa del CCU. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres. En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al período 1968-1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer, Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma, éste último representó el 36.7% de los casos recolectados para cuello uterino en Lima (OMS, 2014, p, 15).

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten estimar que para el año 2011 se diagnosticaron en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2015, se diagnosticarían 46 264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100 000 versus 183.1 por 100 000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento “Cáncer incidence in five continents”,

encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190.3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma) (MINSa, 2013, p, 16).

El análisis de la situación de cáncer en el Perú en Amazonas en el año 2006 al 2011 se diagnosticaron un total de 231 (18,9%) de casos de cáncer de cuello uterino que viene siendo más frecuente en el sexo femenino, ocasionando una tasa de mortalidad de (39, 5%) del año 2006- 2011 (MINSa, 2013, p, 50-75).

Mientras que a nivel local no se encuentra información epidemiológica acerca del cáncer de cuello uterino pero si se puede ver que existe un problema que cada día se está volviendo un dolor de cabeza para la sociedad ya que el cáncer de cuello se ha convertido en una de las enfermedades más frecuentes llegando a causar la muerte, causando tristeza a diferentes familias. Se vio la realidad problemática que existe en la comunidad de María que las mujeres desconocen que es el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo, ni las medidas de prevención que existe, por lo que tomo de gran interés realizar un estudio de investigación para así poder saber cuánto sabe las mujeres del cáncer de cuello uterino.

Considerando la realidad problemática que está ocasionando el cáncer de cuello uterino tanto a nivel internacional, nacional, y local se planteó el problema de la investigación ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017?, porque mediante la investigación que se realizó en el Distrito de María se logró realizar un diagnóstico situacional respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, encontrándose en este caso que ellas presentan un nivel de conocimiento medio en cuanto a cáncer de cuello uterino; y también se sabe que diagnóstico situacional presentan las mujeres de edad fértil del Distrito de María sobre cáncer de cuello uterino. Y que sigue siendo un problema que está afectando a las mujeres que ya iniciaron su vida sexual, enfatizando los factores de riesgo y desencadenantes en la morbilidad del cáncer de cuello uterino para poder desarrollar las acciones necesarias a fin de disminuir los índices de morbimortalidad de cáncer del cuello uterino, porque a pesar de que se ha realizado actividades para la prevención del cáncer estos siguen apareciendo. Por otra parte, la población afectada es una población joven y en edad reproductiva, y por lo

general sostén económico de sus familias. Además, el cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano.

## **II. OBJETIVOS.**

### **2.1. Objetivos generales.**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.

### **2.2. Objetivos específicos.**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: generalidades. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: factores de riesgo. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: prevención. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.
- Caracterizar a la población objeto de estudio.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **2.4.1. Bases teóricas.**

##### **A. Conocimiento.**

##### **A.1) Concepto.**

El conocimiento en la realidad es uno de los factores que más han contribuido al éxito adaptativo del hombre como especie animal, ya que permite anticipar lo que va a suceder y a partir de ahí controlar el curso de las cosas y actuar sobre ellas de una manera eficaz para lograr sus objetivos. En definitiva, el conocimiento es el arma principal de la que dispone el hombre para controlar la naturaleza y sobrevivir. El conocimiento constituye un aspecto tan esencial para la vida de los hombres es una parte importante de su actividad a adquirir nuevos conocimientos. Por ello en todas las sociedades los adultos ponen un gran énfasis en conseguir que los niños adquieran los conocimientos que se consideran indispensables para la vida social y para la supervivencia, transmitiéndoles las adquisiciones que esa sociedad ha ido acumulando a lo largo del tiempo y que constituyen lo que solemos denominar la cultura. El conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado buscando de valor agregado, por ello, a la luz de esta visión, nace una tercera forma de conocimiento, el conceptual, donde la realidad externa es el objeto de conocimiento y el individuo la introyecta para alcanzar a comprender su estructura causal, lo cual el conocimiento implica acción y se mide en el resultado (Llusar, 2014, p, 8).

Para que haya conocimiento verdadero tiene que haber una estructuración lógica de la realidad sobre la que se pretende influir; por ello una actitud marginal en una situación evita poder tener conocimiento. Para poder alcanzar el conocimiento es necesario primero ser capaz de reconocer la realidad (Llusar, 2014, p, 9).

##### **A.2) Dimensiones.**

Existen dos, la epistemología y la ontología.

- **Epistemológica:** la primera hace referencia a la naturaleza del conocimiento, lo cual puede categorizarse en tácito y explícito.
- **Ontológica:** son las fuentes y ubicación del conocimiento individuos grupos y organizaciones y contexto (Resco, 2006, p, 99).

### A.3) Elementos del conocimiento.

Se tiene tres elementos que se utiliza y que son de gran importancia.

- **Sujeto cognoscente:** Viene a ser la persona que se enfrentara al objeto, la que se pondrá en contacto con él, quien obtendrá información de él, todos los sujetos tenemos la facultad para aprender (tomar, captar, capturar, etc.). Nos auxiliamos de nuestros cinco sentidos y el entendimiento para comprender y explicar el entorno, el contexto.
- **Objeto:** Se refiere a la cosa que vamos a conocer, es la contraparte del sujeto en la relación que se registra como consecuencia del proceso de conocimiento. En el objeto sus características no se modifican; en cambio, en el sujeto su proceso cognitivo ya que se asimilan en sus estructuras mentales y este día a día se acomodan para dar lugar a unas nuevas.
- **La operación cognoscitiva:** Esta operación se lleva a cabo en el instante mismo en que se ponen en contacto el sujeto y el objeto. Es un proceso meramente intelectual, por lo que no lo veras nunca reflejado de manera externa o en el medio ambiente. Para concretar este elemento no se requieren medios o técnicas específicas, aquí participa muy activamente la experiencia externa del sujeto, es decir la información previa y la experiencia externa que se obtiene a través de los sentidos.
- La representación o pensamiento: son las expresiones mentales del objeto conocido (Gutiérrez, 2012, p, 45).

### A.4) Tipos de conocimientos.

- **Conocimiento empírico.-** Se define como el conocimiento basado en las experiencias y en la percepción que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces

por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes (Socarrás, 2013, p, 66).

- **Conocimiento científico.**- Es crítico, trasciende los hechos, es racionalista, explica los hechos mediante principios básicos, (leyes fundamentales) y sistemas de hipótesis (teoría), es claro y preciso, sistemático y metódico, verificable, requiere de análisis, es explicativo y predictivo (Cegarra, J, 2014, p, 55).
- **Conocimiento filosófico.**- Busca el porqué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistémica para descubrir y explicar, se asemeja bastante al conocimiento científico; puesto que, la reflexión racional, añade un carácter sistemático y crítico (Rodríguez, 2013, p, 70).

#### **Existen otros tipos de conocimientos.**

1.- Señala cinco tipos de conocimientos en función del lugar donde se ubica el conocimiento

- Conocimiento cerebral.
- Conocimiento corporal.
- Conocimiento incorporado en la cultura.
- Conocimiento incrustado en las rutinas.
- Conocimiento codificado.

2.- Proponen cuatro tipos de conocimientos derivados de la interacción social ante el conocimiento tácito y explícito.

- Conocimiento armonizado
- Conocimiento conceptual
- Conocimiento operacional
- Conocimiento sistémico

3.- Construye una clasificación de tipos de conocimientos que representa en una matriz en la que diferencia dos dimensiones: tácito-explícito, individual-social, por una parte destaca la dimensión ontológica del conocimiento, diferenciando entre carácter tácito y explícito

- Conocimiento consciente.
- Conocimiento objetivo.

- Conocimiento automático.
- Conocimiento colectivo.

4.- Considera que la naturaleza del conocimiento y la forma en que puede ser comprado y vendido determinan su naturaleza estratégica.

- Conocimiento tácito
- Conocimiento observable
- Conocimiento positivo
- Conocimiento sistémico

5.- distingue tres tipos de conocimientos de la naturaleza explícita y compartida que corresponden a tres tipos de fenómenos. Este autor diferencia entre; conocimiento declarativo, conocimiento procedimiento y conocimiento causal.

- Conocimiento declarativo
- Conocimiento de procedimiento
- Conocimiento causal

6.- Apunta tres tipos de conocimientos:

- Conocimiento humano
- Conocimiento social
- Conocimiento estructurado (Llugar, 2014, p, 10-20).

#### **A.5) Configuración Básica.**

De las dimensiones del conocimiento se obtuvo cinco dimensiones que han sido ampliamente estudiadas y aplicadas en las investigaciones sobre gestión del conocimiento, como son:

- ✓ Tácito- explícito
- ✓ Complejo- simple
- ✓ Organizacional- individual
- ✓ Específico- no específico
- ✓ Dependiente- independiente (Llugar, 2014, p, 10-20)

#### **1.-Caracter Tácito y Explícito.**

La distinción entre ambos conceptos fue introducida en el campo de la dirección de empresas por Nelson y Winter (1982) señalando que las organizaciones evolucionan adaptando el conocimiento compartido por sus miembros, y en muchos de los procesos tienen lugar en un nivel tácito. A partir



de estas aportaciones, ambos conceptos han evolucionado hasta concretarse de la siguiente forma, por una parte el conocimiento tácito es personal, difícil de formalizar, por tanto, difícil de comunicar, en cambio, el conocimiento explícito es formal y sistemático, por lo que es más fácil de comunicar y compartir (Llusar, 2014, p, 45).

## **2.- Grado de Complejidad.**

Es la forma general, donde la complejidad se deriva de dimensiones que incrementan la dificultad de comprender como un sistema funciona o produce un resultado determinado, número de elementos que comprenden el sistema son distintos y de importancia similar, saber cómo funciona cada elemento rebela muy poco de cómo trabaja el sistema en su conjunto (Llusar, 2014, p, 30).

## **3.- Carácter Organizacional e Individual.**

Distintos autores señalan que el conocimiento está presente en multitud de depósitos individuales y colectivos en la organización, el conocimiento individual, es el conocimiento personal depositados en los individuos; sin embargo distintos autores definen que una parte fundamental del conocimiento de la organización está localizada en redes formales e informales, Badaracco (1991) apunta que el conocimiento socialmente complejo recibe principalmente en relaciones especializadas entre individuos y grupos, y en normas particulares, actitudes y flujos de información, y formas de tomar decisiones que dibujan sus relaciones. Esta diversidad de depósitos del conocimiento hace necesario diferenciar entre conocimiento individual y conocimiento organizacional (Llusar, 2014, p, 45).

## **4.- Grado de Especificidad.**

Define el carácter específico de un activo como “el grado en el que un activo puede ser reemplazado en usos alternativos y por usuarios alternativos sin sacrificar su valor productivo”. De esta forma cuando mayor sea el carácter específico de un activo, menor será su valor en ampliaciones alternativas, puesto que si el poseedor de un activo específico abandona su uso actual incurre en costes de salida que comparten costes hundidos, puesto que parte de

las inversiones realizadas no serán recuperables. La teoría de recursos y capacidades sostiene que la especificidad de los activos es una fuente de ambigüedad causal, y por tanto, fuente de ventajas competitivas sostenibles (Llusar, 2014, p, 45).

### **5.-Grado de Dependencia.**

Es aquella que hace referencias a las relaciones de dependencia que mantiene un conocimiento con otros sistemas de conocimiento que poseen diferentes individuos o grupos en la empresa. En cambio, el conocimiento autónomo o independiente se relaciona con la posibilidad que tiene un conocimiento de ser operativo por sí mismo (Llusar, 2014, p, 83).

### **A.6) Fenomenología del Conocimiento.**

El conocimiento es un hecho del cual no podemos dudar, de lo que podemos dudar es del valor del conocimiento. Ese hecho se nos da en forma bruta y debemos llegar a ver en qué consiste formalmente el conocimiento, cuál es su estructura, para poder ver en ella enraizados todos los problemas que suscita el proceso cognoscitivo para poder escoger la teoría más adecuada, de modo que las soluciones a dichos problemas sean modelos de la teoría. Para ello tenemos que realizar una descripción del conocimiento (Llusar, 2014, p, 85).

### **A.7) Problemas del Conocimiento.**

1. Posibilidad del Conocimiento. Este problema apunta al "cumplimiento" del conocimiento , es decir , que el conocer no es una actividad mental vacía , sino que tiende a su término , a captar la realidad ; pero ese problema no hay que examinarlo desde el punto de vista psicológico (cómo se "cumple") , sino desde el gnoseológico (si se "cumple"). En fin, es el problema de la verdad. La posibilidad, pues, se plantea porque lo fundamental del conocimiento es que la relación cognoscitiva (sujeto - objeto) se lleve a buen término. Ante esta cuestión se han dado respuestas radicales:

- Escepticismo: El conocimiento no es posible, o mejor, no es posible saber si un conocimiento es verdadero o falso aun cuando éste lo sea. Es una actitud pesimista (Llusar, 2014, p, 45).
- Dogmatismo: Viene del griego (opinión), y se aplicó a aquellos filósofos que sostenían una opinión "fundada en principios". En este sentido Kant

opone el conocimiento dogmático de la razón cuando hace ciencia "rigurosamente "demostrativa, al dogmatismo, es decir "la pretensión de avanzar con un conocimiento puro formado de conceptos; sin una previa crítica de su propio poder (de la razón)" Según Ferrater Mora, ciñéndonos al uso gnoseológico de "dogmatismo", tiene tres sentidos:

a) Como la posición propia del realismo ingenuo: no sólo podemos conocer las cosas en su verdadero ser, en sí, sino que efectivamente este conocimiento se da en el trato diario con ellas, sin mayores problemas (Llugar, 2014, p, 45).

b) Como confianza en algún órgano especial del conocimiento como la razón, el "nous" o alguna facultad intuitiva (Llugar, 2014, p, 45).

c) Como la sumisión acrítica a unos principios o sistema filosófico. Formas moderadas de escepticismo y dogmatismo: En la historia las posiciones escépticas y dogmáticas se han dado de forma moderada. Aunque pueden llegar a posiciones coincidentes, sin embargo el punto de vista de una y de la otra es distinto, y por tanto diferente (Llugar, 2014, p, 45).

- Escepticismo Moderado: Se preocupa fundamentalmente por el origen y límites del conocimiento y utiliza un lenguaje psicológico que manifiesta el peso que los análisis psicológicos del proceso cognoscitivo tienen en esta posición. Sería el escepticismo propio de algunos empiristas.

- Dogmatismo Moderado: Afirma que el conocimiento es posible dentro de ciertos supuestos (que hay que encontrar y poner de manifiesto). Utiliza un lenguaje "crítico - racional" que indica el intento de establecer los límites abstractos del conocimiento; es decir, los límites propios del conocer humano.

- Fundamentalistas: Otros autores no se han adherido a ninguna de las dos posiciones anteriores, sino que han buscado un fundamento independiente de cualquier supuesto, limitación: Descartes con el "cogito", Kant con la "trascendentalidad", Husserl con la "intuición de fenómenos" y Wittgenstein con el lenguaje como "pintura" del mundo (Llugar, 2014, p, 45).

### **A.8) Educación.**

Es el proceso de facilitar el aprendizaje en todas las partes. Conocimientos, habilidad, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas las cuales también son transferidas a otras personas, a través de la narración de cuentos,

la discusión, la enseñanza, la formación o investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de los educadores (profesores), pero los estudiantes también pueden educarse así mismo en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente, o actúa puede considerarse educativo.

El derecho a la educación ha sido reconocido por algunos gobiernos. A nivel global, el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 de las Naciones Unidas reconoce el derecho de toda persona a la educación. Aunque en la mayoría de los lugares hasta una cierta edad la educación sea obligatoria, a veces la asistencia a la escuela no lo es, y una minoría de los padres eligen la escolarización en casa, a veces con la ayuda de la tecnología educativa electrónica moderna (también llamado e-learning). La educación puede tener lugar en contextos formales o informales (Martínez, 2013, p, 1).

#### **A.9) Medición del conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.**

Para la medición de los conocimientos se medirá en nivel. Esto se trabajara con categorías: alto, medio, bajo:

- **Alto:** Se refiere a que la persona conoce de forma óptima sobre que es el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo que existe, la prevención pero en cambio y lo ponen en práctica.
- **Medio:** Lo conocen pero no en su totalidad.
- **Bajo:** cuando la persona no conoce el significado del cáncer de cuello uterino, ni de los factores que existe, ni a quienes lo afectan, ni mediadas de prevención que existe sobre esta enfermedad del cáncer de cuello uterino.

### **B. Cáncer del cuello uterino:**

#### **B.1) concepto:**

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y proliferación anormal de las células. De los diferentes tipos de cáncer que afectan a las mujeres, el de cuello uterino (CCU) es una de las enfermedades más

frecuentes. Esta patología aparece en la unión escamo celular entre el epitelio columnar del endocervix y el epitelio escamoso de la extocervix, donde ocurren los cambios metaplásicos (Gago, 2013, p, 180).

El cáncer del cuello uterino es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres de todas partes del mundo, hallazgo que resulta paradójico si se tiene en cuenta que el cuello uterino es de fácil acceso y existen estrategias debidamente probadas que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz. En esta revisión se describe detalladamente la epidemiología del cáncer del cuello uterino, en especial los factores de riesgo relacionados con la génesis de la neoplasia y su diagnóstico tardío. El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de unas células anormales. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa (Serrano, 2014, p, 2-5).

## **B.2) Factores de Riesgo:**

Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

### **b.1) Infección por Virus del Papiloma Humano.**

El virus del papiloma humano son miembros de la familia Papillomaviridae; estos virus son pequeños (diámetro de 60 nm), replican su genoma dentro del núcleo de las células del huésped infectado, carecen de envoltura y poseen una cápside icosaédrica que está compuesta por 72 capsómeros (60 hexámeros y 12 pentámeros).

La naturaleza infecciosa de este virus fue corroborada en el año de 1930, cuando se caracterizó el primer modelo mamífero con cáncer, causado por este virus (virus de papiloma Shope). En 1960, las investigaciones avanzaron hacia el estudio de la replicación del virus del papiloma humano, seguidas de la

hipótesis postulada por el médico Alemán Harald Zur Hausen en 1976, que mostraba al VPH como el agente causal del CCU; finalmente, este mismo científico en 1983, demostró la presencia de ADN de Virus de Papiloma Humano en las lesiones precursoras del cáncer genital (OMS, 2013, p, 29-30).

Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas. La infección con Virus del Papiloma Humano se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones ano genitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por Virus del Papiloma Humano en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por Virus del Papiloma Humano son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones.

El Virus del Papiloma Humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas (Gago, 2013, p, 180-190).

El virus del papiloma humano es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por Virus del Papiloma Humano y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la

infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a Virus del Papiloma Humano sería aproximadamente un 50%. Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe (Gago, 2013, p, 180-190)

### **b.2) Tabaquismo.**

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinomas de células escamosas, predominante en el cáncer cérvicouterino, pulmonar y laríngeo. Se ha propuesto la hipótesis de que los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina) al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puedan iniciar o actuar como carcinógenos en las células ya afectadas por agentes transformantes posiblemente por transmisión sexual como el VPH y el Herpes virus tipo II (Martínez, 1990, p, 1183-1187).

Los fumadores activos y pasivos están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias alteran el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH (Review, 2014, p, 25).

### **b.3) Infección por Clamidia.**

La clamidia es una bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección por clamidia puede causar inflamación de la pélvica inflamatoria que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de la bioquímica hemática indican una infección anterior o actual por clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con resultados dentro de los parámetros normales. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia son asintomáticas. De hecho, puede que no sepan que están

infectadas a menos que se les practique un examen de laboratorio para descartar infección por clamidia (Serrano, 2014, p, 26).

#### **b.4) Sobrepeso.**

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino (Review, 2014 p, 27).

#### **b.5) Anticonceptivos.**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. 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. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida así mismo, al comparar el uso de anticonceptivos con los métodos de barreras, se ha observado que este último brinda cierta protección contra el cáncer de cérvix por reducir la exposición a agentes infecciosos. La combinación del diafragma y crema espermicida es una alternativa para reducir cáncer del cuello uterino por contener agentes con acción antiviral.

Existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el Virus del Papiloma H. Uno de ellos es que en ausencia de hormonas, el receptor para estas es inactivo y se localiza en el núcleo de la célula blanco como un gran complejo molecular asociado a muchas proteínas de shock térmico. Cuando la hormona se une a su receptor, se produce un cambio conformacional que provoca la dimerización del receptor, adquiriendo capacidad de unión a secuencias específicas de ADN.



Existen regiones de regulación de la transcripción del ADN viral que contienen elementos de reconocimiento a hormonas<sup>7</sup> y que aumentan el nivel de expresión de dos genes virales el E6 y el E7.

Otro mecanismo descrito es su acción sobre determinados genes asociados a la regulación del ciclo celular y al programa de muerte celular. Estas hormonas inhiben la transactivación, transcripcional mediada por 53 de genes involucrados en el arresto del ciclo celular y la apoptosis. También los esteroides inhiben la efectiva respuesta inmunológica contra las lesiones inducidas por VPH, particularmente a través de la inhibición de la expresión del MHC I y II, moléculas encargadas del reconocimiento y presentación de péptidos virales (Martínez, 1990, p, 1183-1187).

#### **b.6) Dispositivo Intrauterino (DIUN).**

Un estudio encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos. El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los riesgos y beneficios potenciales. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (Review, 2014, p, 42-46).

#### **b.7) Embarazos múltiples.**

Las mujeres multíparas tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas

inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral (Review, 2014, p, 25).

#### **b.8) Inicio temprano de la actividad sexual.**

Constituye un factor de riesgo para la promiscuidad implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado 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 (Bosch, 2012, p, 28).

#### **b.9) Número de compañeros 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 (Bosch, 2012, p, 40).

#### **b.10) Estado civil.**

Las mujeres solteras estad, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sean permanentes u ocasionales (Hart, 2013, p, 56).

#### **b.11) Pobreza.**

La pobreza también es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres y cánceres de cuello uterino (Review, 2014, p, 33).

#### **b.12) Inmunosupresión.**

La respuesta inmune está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el

crecimiento y progresión de los mismos. La infección viral es común en pacientes con supresión/defecto en él se ha demostrado por linfopenia, con la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida (Roseen, 2013, p, 33).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV), que causa el SIDA (AIDS), ocasiona daño al sistema inmunológico y provoca que las mujeres se expongan a un mayor riesgo de infección por Virus del Papiloma Humano. Esto podría, en parte, explicar el riesgo aumentado de cáncer de cuello uterino en las mujeres con AIDS. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres con un sistema inmunológico que se encuentra deteriorado debido al VIH, un precáncer de cuello uterino podría transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquéllas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquéllas que han tenido un trasplante de órgano (Jastreboff, 2012, p, 37).

### **B.3) Signos y Síntomas.**

Las mujeres con cáncer de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente son asintomáticas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado post coito vaginal, sangrado menopausia, sangrado y manchado entre periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia).

Estos síntomas pueden asociarse a infecciones. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si usted presenta cualquiera de estos problemas, debe consultar inmediatamente a su médico (aunque se haya estado haciendo regularmente las pruebas de Papanicolaou). Si es una infección, necesitará tratamiento. De ser cáncer, ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz (Serrano, 2014, p, 62).

#### **B.4) Diagnóstico.**

Un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou es a menudo el primer paso para encontrar el cáncer de cuello uterino. Este resultado conducirá a pruebas adicionales que pueden diagnosticar el cáncer de cuello uterino. También se puede sospechar de cáncer de cuello uterino si usted presenta síntomas, como sangrado vaginal anormal o dolor durante el coito. Su médico de cabecera o ginecólogo a menudo puede realizar las pruebas necesarias para diagnosticar los cánceres y los precánceres. Es posible que también pueda tratar los pres cánceres. Si existe un diagnóstico de cáncer invasivo, su doctor le debe referir a un oncólogo ginecólogo, un doctor que se especializa en los cánceres de sistema reproductor femenino (Serrano, 2014, p, 63).

- **Antecedentes médicos y examen físico.**

Primero, el médico le preguntará sobre sus antecedentes médicos familiares y personales. Esto incluye información relacionada con los factores de riesgo y los síntomas del cáncer de cuello uterino. Un examen físico completo ayudará a evaluar su estado general de salud. El médico realizará un examen pélvico y puede que ordene una prueba de Papanicolaou si aún no se ha realizado. Además, se examinarán minuciosamente sus ganglios linfáticos en busca de evidencia de metástasis (propagación del cáncer). La prueba de Papanicolaou es una prueba de detección, no de diagnóstico. Por lo tanto, el resultado anormal de una prueba de Papanicolaou podría significar que es necesario realizar otras pruebas, incluyendo a veces pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer. Las pruebas que se usan incluyen una colposcopia (con biopsia) y un raspado endocervical. Si una biopsia muestra un precáncer, los

médicos toman medidas para evitar que se origine un verdadero cáncer (Review, 2014, p, 74-75).

- **Colposcopia.**

Si presenta ciertos síntomas que sugieren la presencia de un cáncer, o si la prueba de Papanicolaou muestra células anormales, será necesario realizarle una prueba llamada colposcopia. Usted se acuesta en una camilla como lo hace cuando se hace el examen pélvico. Se coloca un espéculo en la vagina para ayudar al médico a observar el cuello uterino. El doctor usará el colposcopio para examinar el cuello uterino. Este instrumento que permanece fuera del cuerpo, tiene lentes de aumento como los binoculares. El colposcopio permite que el doctor vea de cerca y claramente la superficie del cuello uterino. Por lo general, el médico aplicará a su cuello uterino una solución diluida de ácido acético (parecida al vinagre) para que sea más fácil ver cualquier área anormal. La colposcopia en sí no causa más molestias que cualquier otro examen con espéculo. Además, no causa efectos secundarios y se puede realizar en forma segura incluso si usted está embarazada. Al igual que la prueba de Papanicolaou, es mejor no hacerla durante su periodo menstrual. Se hace una biopsia si se observa un área anormal en el cuello uterino (Revier, 2014, p, 75).

Para una biopsia, se extirpa un pequeño fragmento de tejido del área que luce anormal. La muestra se envía a un patólogo para que la examine bajo el microscopio. Una biopsia es la única manera de determinar si un área anormal es un precáncer, un cáncer o ninguno de los dos. Aunque el procedimiento de colposcopia usualmente no es doloroso, la biopsia cervical puede causar molestias, calambres e incluso dolor en algunas mujeres (Review, 2014, p, 76).

- **Biopsias Cervicales.**

Se pueden usar varios tipos de biopsias para diagnosticar los cánceres o los precánceres de cuello uterino. Si la biopsia puede extirpar completamente todo el tejido anormal, éste puede que sea el único tratamiento necesario (Review, 2014, p, 76).

- **Biopsia Colposcópica.**

Para este tipo de biopsia, se examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales. Se utilizan unas pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor con calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiar el cuello uterino antes de la biopsia (Review, 2014, p, 76).

- **Curetaje Endocervical (raspado endocervical).**

Algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección con VPH y precáncer) no se puede ver con el colposcopio y se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocérnix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (la parte del cuello uterino más cercana al útero). La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, las pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado (OMS, 2013, p, 55).

- **Biopsia de Cono.**

En este procedimiento, también conocido como conización, el doctor extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La base del cono está constituida por el exocérnix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación (el límite entre el exocérnix y el endocérnix, donde hay más probabilidad de que los cánceres y los precánceres se originen). Una biopsia de cono también se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Realizar una biopsia de cono no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, pero si se les extirpa una gran cantidad de tejido, pueden tener un mayor riesgo de partos prematuros. Los métodos que se utilizan comúnmente para las biopsias de cono son el procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa, también conocido como escisión con asa grande de la

zona de transformación (LLETZ), y la biopsia de cono con bisturí frío (OMS, 2013, p, 55).

- **Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica con Asa (LEEP, LLETZ).**

En este método, se extirpa el tejido con un asa de alambre delgado que se calienta mediante corriente eléctrica y que sirve como escalpelo. Para este procedimiento se emplea anestesia local, y puede llevarse a cabo en el consultorio del médico. Sólo requiere unos 10 minutos. Usted podría presentar calambres ligeros durante el procedimiento y después del procedimiento, y puede presentar sangrado de leve a moderado por varias semanas (OMS, 2013, p, 56).

- **Biopsia de Cono con Bisturí Frío.**

Este método utiliza un bisturí quirúrgico o un láser en lugar de un alambre calentado para extirpar el tejido. Durante la operación, usted recibirá anestesia (ya sea anestesia general, en la que usted está dormida, o anestesia espinal o epidural, en la que se coloca una inyección en el área que rodea la médula espinal para adormecer de la cintura hacia abajo). Este procedimiento se lleva a cabo en un hospital, aunque no se requiere hospitalización. Después del procedimiento, tal vez usted presente calambres y algo de sangrado durante algunas semanas (OMS, 2013, p, 56).

- **Cistoscopia, Proctoscopia y Examen Bajo Anestesia.**

Estos procedimientos se hacen con más frecuencia en mujeres que tienen tumores grandes. Los mismos no son necesarios si el cáncer es detectado a tiempo. En la cistoscopia se introduce en la vejiga a través de la uretra un tubo delgado con una lente y una luz. Esto permite al médico examinar su vejiga y uretra para ver si el cáncer está creciendo en estas áreas. Se pueden extraer muestras de biopsia durante la cistoscopia para realizar pruebas patológicas (microscópicas). La cistoscopia se puede hacer usando anestesia local, pero algunas pacientes pudieran requerir anestesia general. Su médico le indicará qué esperar antes y después del procedimiento. La proctoscopia es una inspección visual del recto a través de un tubo iluminado para determinar si el cáncer de cuello uterino se ha propagado al recto. Su médico también puede realizar un

examen de la pelvis mientras usted está bajo los efectos de la anestesia para determinar si el cáncer se ha propagado más allá del cuello uterino (Review, 2014 p, 58).

- **Estudios por Imágenes.**

Si su doctor encuentra que usted tiene cáncer de cuello uterino, se podrían realizar ciertos estudios por imágenes. Éstos incluyen imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada. Estos estudios pueden mostrar si el cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino (OMS, 2013, p, 58).

- **Tomografía Computarizada.**

La tomografía computarizada, es un procedimiento de rayos x, que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. En lugar de tomar una fotografía, como con una radiografía convencional, un tomógrafo toma varias imágenes a medida que gira alrededor de usted. Luego una computadora combina estas fotografías en una imagen de una sección de su cuerpo (imagine las rebanadas que forman una barra de pan). La máquina toma muchas imágenes de la parte de su cuerpo bajo estudio. Esta prueba puede ayudar a determinar si su cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos en el abdomen y la pelvis. También se puede usar para saber si el cáncer se ha propagado al hígado, los pulmones, o a cualquier otro lugar en el cuerpo. El tomógrafo computarizado que se utiliza para este estudio consiste en un anillo similar a una rosca (dona) grande, con una camilla estrecha que se encuentra en la abertura central. Usted tendrá que acostarse inmóvil sobre la camilla mientras se realiza el examen. Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías convencionales, y usted puede sentirse un poco confinado por el anillo mientras se toman las fotografías. Antes de realizar el estudio, se le podrá solicitar que beba aproximadamente entre 1 y 2 pintas (entre medio y un litro) de un líquido llamado contraste oral. También es posible que le apliquen una línea intravenosa mediante la cual se le inyecte una clase diferente de contraste. Esto ayuda a delinear mejor las estructuras en su cuerpo. El contraste intravenoso puede causar sensación de rubor (una sensación de calor con algo de enrojecimiento en la piel). Algunas personas son alérgicas al tinte y presentan ronchas. En raras ocasiones, se pueden presentar reacciones más graves, como dificultad para



respirar y baja presión arterial. Se le pueden administrar medicamentos para prevenir y tratar las reacciones alérgicas. Asegúrese de informar a su médico si usted ha tenido alguna vez una reacción al material de contraste utilizado en las radiografías. Además, es importante que usted informe al médico sobre cualquier otra alergia que tenga. Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías comunes. Usted tendrá que permanecer inmóvil en una camilla mientras se realiza el procedimiento. Además, es posible que se sienta un poco encerrado por el anillo bajo el cual permanece acostado durante la toma de imágenes. Algunas veces, las tomografías computarizadas se pueden usar para guiar con precisión la aguja de una biopsia hacia un área donde se sospecha propagación del cáncer. Para este procedimiento, llamado biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada, usted permanece en la camilla, mientras un radiólogo hace avanzar una aguja de biopsia hacia la ubicación de la masa. Las tomografías computarizadas se repiten hasta que los médicos estén seguros de que la aguja se encuentra en la masa. Una muestra fina de la biopsia con aguja (un pequeño fragmento de tejido) o una muestra de biopsia por punción con aguja gruesa (un tejido delgado cilíndrico de aproximadamente media pulgada de largo y menor a un octavo de pulgada de diámetro), son extraídas y examinada con un microscopio (MINSAs, 2013, p, 57-58).

- **Imágenes por Resonancia Magnética.**

Las imágenes por resonancia magnética utilizan ondas de radio e imanes muy potentes en lugar de rayos x para obtener las imágenes. La energía de las ondas de radio es absorbida y luego liberada en un patrón formado por el tipo de tejido y por determinadas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de las ondas de radio generado por los tejidos en una imagen muy detallada de las partes del cuerpo. Las imágenes por resonancia magnética no sólo producen imágenes transversales del cuerpo al igual que la tomografía computarizada, sino que también producen secciones a lo largo de su cuerpo. Los exámenes de MRI son muy útiles para examinar los tumores pélvicos. También son útiles para encontrar el cáncer que se ha propagado al cerebro o a la médula espinal. Al igual que en la tomografía computarizada, se puede inyectar en una vena un material de contraste, aunque con menos frecuencia. Las imágenes por resonancia magnética toman más tiempo que las tomografías computarizadas, a

menudo hasta una hora. Además, usualmente usted debe colocarse en el interior de un tubo, lo cual restringe el movimiento y esto puede molestar a las personas que padecen de claustrofobia (temor a lugares cerrados). Para algunos pacientes son una opción las máquinas de MRI especiales “abiertas” y que no restringen tanto el movimiento; la desventaja de estas máquinas consiste en que tal vez las imágenes no sean de tan buena calidad. La máquina también produce un ruido martillante que podría ser molesto para algunas personas. En algunos centros se proporcionan audífonos para escuchar música y bloquear estos ruidos. Un sedante suave puede ayudar a algunas personas (MINSa, 2014, p, 59).

- **Urografía Intravenosa**

La urografía intravenosa (también conocida como pielograma intravenoso o IVP) consiste en una radiografía del sistema urinario, tomada después de inyectar un colorante especial en una vena. Este colorante es extraído del torrente sanguíneo por los riñones y pasa por los uréteres hasta la vejiga (los uréteres son los conductos que conectan a los riñones con la vejiga). Esta prueba encuentra anomalías en el tracto urinario, tales como cambios causados por la propagación del cáncer de cuello uterino a los ganglios linfáticos de la pelvis, que pueden comprimir o bloquear un uréter. Actualmente, este examen se usa pocas veces en la evaluación de las pacientes con cáncer de cuello uterino. Generalmente usted no necesitará un pielograma intravenoso si ya se le ha realizado una tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética (Serrano, 2014, p, 49).

### **b.1) Etapas.**

Agrupación de las etapas. Para asignar una etapa a la enfermedad, se combina la información sobre el tumor, los ganglios linfáticos y cualquier propagación del cáncer. Este proceso se conoce como agrupación por etapas. Las etapas se describen usando el número 0 y con números romanos del I al IV. Algunas etapas se dividen en sub etapas indicadas por letras y números. Las etapas FIGO son las mismas que las etapas AJCC, excepto que la clasificación por etapas FIGO no incluye los ganglios linfáticos hasta la etapa III. Además, la etapa 0 no existe en el sistema FIGO.

- Etapa 0: Las células cancerosas sólo se encuentran en las células de la superficie del cuello uterino, sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos del cuello uterino. Esta etapa también se llama carcinoma in situ (CIS), y es parte de neoplasia intraepitelial cervical en grado 3 (CIN3). La etapa 0 no está incluida en el sistema de FIGO.
- Etapa I: En esta etapa el cáncer creció hacia (invadió) el cuello uterino, pero no fuera del útero. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IA: Esta es la forma más temprana de la etapa I. Hay una cantidad muy pequeña de cáncer que es visible solamente bajo el microscopio. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IA2: El cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IB: Incluye los cánceres en etapa I que se pueden ver sin un microscopio, así como los cánceres que sólo se pueden ver con microscopio, si se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o tienen más de 7 mm de ancho. Estos cánceres no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa II: En esta etapa, el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina.
- Etapa IIA: El cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio). Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la vagina. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IIA2: El cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.
- Etapa III: El cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.

- Etapa IIIA: El cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IIIB: El cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o ha bloqueado uno o ambos uréteres (una afección llamada hidronefrosis).
- Etapa IV: Esta es la etapa más avanzada del cáncer de cuello uterino. El cáncer se ha propagado a órganos adyacentes o a otras partes del cuerpo.
- Etapa IVA. El cáncer se propagó a la vejiga o al recto, que son órganos cercanos al cuello uterino. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos ni a sitios distantes.
- Etapa IVB. El cáncer se propagó a órganos distantes más allá del área pélvica, tales como los pulmones o el hígado (Koniak, 2012, p, 1978).

#### **B.5) Tratamiento.**

Las opciones para tratar a cada paciente con cáncer de cuello uterino dependen de la etapa de la enfermedad. La etapa de un cáncer de cuello uterino describe su tamaño, la profundidad de invasión (cuán profundamente ha crecido hacia el cuello uterino) y hasta dónde se ha propagado. Después de que se ha establecido la etapa de su cáncer de cuello uterino, su equipo médico le recomendará sus opciones de tratamiento. Considere sus alternativas sin apresuramientos. Si hay algo que no entienda, pida que se lo expliquen. Aunque la elección del tratamiento depende en gran medida de la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico, otros factores que pueden influir en sus opciones son su edad, estado general de salud, circunstancias individuales y preferencias. El cáncer de cuello uterino puede afectar su vida sexual y su capacidad para tener hijos. Estas inquietudes también se deben tomar en cuenta a medida que usted toma decisiones sobre el tratamiento. Dependiendo del tipo y la etapa del cáncer, puede que necesite más de un tipo de tratamiento.

Los médicos en su equipo de atención al cáncer pueden incluir:

- Un Ginecólogo: Médico que trata enfermedades del sistema reproductor femenino.

- Un Oncoginecólogo: Médico especializado en los cánceres del sistema reproductor femenino.
- Un Oncólogo Especialista en Radioterapia: Un médico que usa radiación para tratar el cáncer.
- Un Médico Oncólogo: Un médico que usa quimioterapia y otras medicinas para tratar el cáncer.

Puede que muchos otros especialistas también participen en su atención, incluyendo enfermeras practicantes, enfermeras, sicólogos, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación y otros profesionales de la salud.

Los tipos de tratamientos del cáncer de cuello uterino comunes incluyen:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia (quimio)
- Terapia dirigida

Para las etapas más tempranas del cáncer de cuello uterino, se puede emplear cirugía o radiación combinada con quimioterapia. Para las etapas más avanzadas, usualmente se emplea radiación combinada con quimioterapia como tratamiento principal. A menudo, la quimioterapia se usa (por sí sola) para tratar el cáncer de cuello uterino avanzado. Casi siempre es buena idea buscar una segunda opinión, especialmente con médicos experimentados en el tratamiento de cáncer de cuello uterino. Una segunda opinión puede proporcionarle más información y le ayudará a sentir más confianza al seleccionar un plan de tratamiento. Algunas compañías de seguro médico requieren una segunda opinión antes de aprobar el pago de ciertos tratamientos. Casi todas pagarán por una segunda opinión. Aun así, puede que primero usted quiera verificar su cobertura para que sepa si tiene que pagar por la consulta. Es importante hablar con el médico sobre todas sus opciones de tratamiento, incluyendo sus objetivos y posibles efectos secundarios, para ayudarle a tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus necesidades. También es importante que haga preguntas si hay algo que no entiende bien. Usted puede encontrar algunas buenas preguntas en la sección, “¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer de cuello uterino?”. Los especialistas en cáncer que lo atienden tienen como meta su recuperación. Si no es posible obtener una cura, la meta

puede ser extirpar o destruir tanto cáncer como sea posible para ayudarle a vivir más tiempo y a sentirse mejor. A veces el tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas. Esto se conoce como tratamiento paliativo (Rivew, 2014, p, 60-67).

## **B.6) Prevención**

**La vacuna contra el VPH.** La vacuna contra el virus del papiloma humano, tiene actualmente dos presentaciones, tetravalente (contra el carcinoma y contra las verrugas genitales) y bivalente (contra el carcinoma). En ambos casos se vacuna contra dos de los quince virus de alto poder oncogénico. Son los tipos 16 y 18, que se asocian al 70% de los carcinomas (12,14-16). Es una vacuna “profiláctica”, no terapéutica. Se vacuna contra la cápsula, no contra las proteínas oncogénicas. No se modifica la inmunidad celular (que permite eliminar las células infectadas), tan sólo se producen anticuerpos en la sangre que eliminan el virus por mecanismos que no conocemos (12-16). Se recomienda en niñas de 9 a 12 años, se administra por inyección intramuscular (una forma de administración que podemos considerar extraña para presentar antígenos en una infección que se contagia por contacto), son tres dosis, con cierta flexibilidad en su calendario (Gervás, 2000, p, 507).

La forma más común de cáncer de cuello uterino comienza con cambios precancerosos, y existen maneras de detener el origen de esta enfermedad. La primera, tratar los precánceres antes de que se tornen en verdaderos cánceres, y prevenir los precánceres.

- **Detección de precánceres de cuello uterino.**

Una manera bien comprobada para prevenir el cáncer de cuello uterino consiste en hacerse pruebas de detección para encontrar precánceres antes de que se tornen en cánceres invasivos. La prueba de Papanicolaou y la prueba del virus de papiloma humano (VPH) se usan para diagnosticar el cáncer del cuello uterino. Si se encuentra un precáncer, se puede tratar al detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. La mayoría de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho la prueba de Papanicolaou con regularidad. La prueba de Papanicolaou es un

procedimiento que se usa para obtener células del cuello uterino con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer. Estas células también se pueden usar para la prueba de VPH. Una prueba del Papanicolaou se puede realizar durante un examen pélvico, aunque no todos los exámenes pélvicos incluyen una prueba de Papanicolaou. Se puede hacer una prueba de VPH en la misma muestra de células obtenidas para la prueba de Papanicolaou.

Qué hacer para prevenir los precánceres.

También hay algunas medidas que puede tomar para prevenir los precánceres, tales como:

- Evitar la exposición al VPH
- Vacunarse contra el VPH
- No fumar
- No tener varias parejas.
- Evitar tener muchos hijos.
- Tener una buena alimentación
- Realizar ejercicios.
- No utilizar por mucho tiempo los anticonceptivos.
- Utilizar preservativo durante su actividad sexual (MINSA, 2013, p, 50-52).

✓ **Primaria.**

La prevención primaria de acuerdo al patrón de enfermedad interviene en el periodo preclínico y parte del periodo subclínico del cual consiste en acciones que evita la causa y los factores de riesgo de la enfermedad para así evitar que esta aparezca. La prevención primaria del cáncer del cuello uterino es evitar el contagio y la infección del VPH mediante la aplicación de la vacuna ya que está en eficaz protectora y con alta inmunogenicidad (Madrid, 2013, p, 92).

✓ **Secundaria.**

Se basa en un correcto control ginecológico para detectar las lesiones del cuello del útero antes de que se desarrollen, y así poder tratarlas.

- **El Papanicolaou:** Es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que

posteriormente puede llegar a convertirse en cáncer, es la prueba más común y se recomienda llevarla a cabo anualmente.

- **Inspección Visual:** Existen dos tipos, uno es con ácido y el otro es con solución del lugol, ambos detectan las lesiones precancerosas. Está indicada en mujeres postmenopáusicas.
- **Cervicografía:** Consiste en tomar fotografías del cuello uterino con una cámara especialmente equipada para ello. Las fotografías (llamadas cervigramas) son reveladas y se proyectan como preparaciones para ser interpretadas por un experto por colposcopías. Si bien la sensibilidad de la cervicografía es comparable a la de la citología, al igual de que sucede con otras técnicas de inspección visual, la especialidad.
- **Citología vaginal:** La citología vaginal es una prueba que consiste en la toma de las muestras de las células epiteliales que recubren el cuello del útero para su posterior estudio con microscopio, y así poder observar precozmente cambios en las células que, tras la aplicación de medidas oportunas impidan una posible progresión hacia el cáncer: Según la OMS define tres puntos claves de como fomentar la salud, las células involucran a la prevención primaria, educación sanitaria y orientación y que esta de ser integrante de todos los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino.
- **Educación sanitaria:** Es la comunicación de información general actualizada y mensajes sobre cambios de conducta en el lenguaje simple y comprensible personas y grupos. Los mensajes deben comunicarse en un lenguaje local y culturalmente apropiado y han de elaborarse en colaboración con la comunidad y de acuerdo con las directrices nacionales. Es importante que el núcleo de los mensajes sea simple el mismo, con independencia de donde, por quien ya quien se den. La educación sanitaria no es un acontecimiento aislado; debe ser una actividad continua y requiere el esfuerzo constante de administradores y dispensadores para mantener sus conocimientos al día.
- **Orientación:** Es una comunicación directa, personal y confidencial ya que sirve de guía y de ayuda al cliente a tomar decisiones y actuar en consecuencia. La orientación requiere aptitudes para escuchar y conversar un conocimiento del tema en cuestión. Para ello el personal de salud o dispensadores deben



recibir capacitación en técnicas de orientación solo puede ayudar a una persona a tomar decisiones si:

- ✓ Existe una confianza mutua entre el cliente y el consejero.
- ✓ Existe una transferencia bidireccional de información pertinente, precisa y completa (OMS, 2014, p, 46).

## **C. Teorías y modelos.**

### **C.1. Teoría de Dorotea Orem.**

Define tres teorías.

- **Teoría del autocuidado:** Define autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, el cual ayuda a regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en su beneficio de su vida, salud o bienestar”.
  
- **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de salud o relaciones con ella no puede asumir el autocuidado es así cuando determina cuándo y por qué se necesita de la intervención.

#### **Define además tres requisitos del autocuidado:**

- ✓ Requisito de autocuidado universal: son comunes a muchos individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración de la actividad humana.
- ✓ Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- Teorías de los sistemas de enfermería: En la que se explica los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
  - ✓ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suple al individuo.

✓ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

✓ Sistema de enfermería de apoyo- educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, (Marriner, 2007, p, 40).

Esta teoría aporta para este trabajo de investigación debido a que señala el autocuidado lo cual se sabe que para poner en práctica el autocuidado se tiene que tener un conocimiento previo ante un riesgo o un factor, el cual puede afectar desarrollo y funcionamiento de las personas; además, la autora menciona tres sistemas, lo que dentro de las cuales se encuentran parcialmente compensador, el de apoyo y educación en donde la enfermera puede apoyar y educar para un entorno saludable en beneficio de su vida, salud o bienestar.

#### **D. El modelo de la promoción de la salud de Nola J. Pender.**

Define el objetivo del autocuidado de la enfermería como la salud óptica de un individuo. Desarrolla la idea de que la promoción de una salud óptica; el cual es más importante que la prevención de enfermedades; además, identifica los factores cognitivos-perceptivos del individuo, así, como la importancia de las conductas que favorecen la salud y derrotan a los obstáculos, estos factores cambian según las características biológicas y demográficas, las influencias interpersonales, y los factores de situación y de conducta que ayudan a predecir la participación en la promoción de la salud (Marriner, 2007, p, 50).

La teoría aporta a la investigación por que la autora menciona la promoción de la salud la cual se basa en la educación para mantener una salud adecuada, lo cual es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud, fomentando en las personas con respecto a la motivación y habilidades necesarias para adoptar medidas destinadas a conservar y mejorar la salud; asimismo, se sabe que la educación para la salud es

un método e instrumento de trabajo en la actividad de los educadores y de los profesionales de salud; como también, el individuo para que adquiriera un conocimiento científico sobre riesgos o factores que pueden afectar a la salud de las personas.

#### **E) Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino.**

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina.

Esta norma también está basada en la atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, lo que corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

La norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Tiene como objetivo dar a conocer sobre la detección temprana de cáncer de cuello uterino, identificando oportunamente las neoplasias del cuello uterino y orientando a las mujeres afectadas hacia el servicio de diagnóstico definitivo para definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, para que las mujeres puedan tener una vida de calidad (INEI, 2009).

#### **2.4.2. Definición de Términos Básicos.**

- **Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino:** Es el conjunto de datos, verdades, informaciones que tienen las mujeres sobre cáncer del cuello uterino y que están almacenadas a través de la experiencia a lo largo de la vida y que originan cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades que favorecen estilos de vida saludables.
- **Cáncer del cuello uterino:** Se caracteriza por un crecimiento anormal de células que al desarrollar en forma incontrolada, invaden los tejidos normales y los destruye, provocando una alteración en el funcionamiento del cuello del útero, causando un fenómeno que se llama displasia.

- **Multiparidad:** El mayor número de embarazos y partos vaginales se ha asociado a mayor prevalencia de cáncer de cuello uterino, como consecuencia del comportamiento sexual, también el estado de mayor susceptibilidad durante los embarazos, por las alteraciones nutricionales y el efecto hormonal.
- **El Virus del Papiloma Humano:** Es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas.

## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1. Diseño de la investigación:**

El diseño de investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencia, (Supo, 2014, p, 55).

**ESQUEMA :**

$$M \longleftarrow O$$

**DONDE :**

M= Personas de sexo femenino en edad fértil.

O= Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

#### 4. 2. Población, muestra y muestreo:

##### **Población:**

Estuvo conformado por la población de sexo femenino de edad fértil de la jurisdicción del Distrito María- Luya Amazonas, incluyendo los tres anexos: Cuchapampa (37) mujeres, Quizango (49) mujeres, Mangalpa (23) mujeres y en María (99) mujeres que hacen el total de 208 personas que pertenecen al Distrito de María- Luya Amazonas (INE, 2007).

- **Muestra:**

Para determinar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot pqN}{(N)(e^2) + (z^2)pq}$$

n= muestra

Z= 1.96, coeficiente de confianza asociada al 95%

P= 0.50

Q= 0.50 resta aritmética

e= 0.05 nivel de precisión

N= población 208

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.50 * 0.50 * 208}{(208) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 135$$

##### **Reajuste de la muestra:**

$$f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$F = \frac{135}{1 + \frac{135}{208}}$$

$$f = 81$$

**Muestreo:**

Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, para que los resultados de su aplicación se puedan generalizar a la población teniendo en cuenta la muestra, quedando de la siguiente manera:

<b>LOCALIDADES</b>	<b>POBLACIÓN (f.h): 0.3894</b>	<b>MUESTREO</b>
María	99	39
Cuchapampa	37	14
Quizango	49	19
Mangalpa	23	9
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>81</b>

**Criterios de inclusión:**

- Personas de sexo femenino en edad fértil (de 14 a 49 años de edad) del Distrito de María-Luya Departamento Amazonas.
- Personas de sexo femenino que deseen participar voluntariamente.

**Criterios de Exclusión:**

- Personas de sexo femenino que no residan dentro del Distrito de María-Luya Departamento Amazonas.
- Personas con trastornos mentales y discapacidad.
- Personas analfabéticas.
- Personas que no deseen participar en dicho estudio de investigación.

**4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos****4.3.1. Método:**

El método que se utilizó fue la encuesta (Hernández, 1994).

**4.3.2. Técnica**

Para medir la variable en estudio se utilizó la técnica del cuestionario, que ayudo a la recopilación de datos a través de preguntas cerradas (Hernández, 2010).

### 4.3.3. Instrumento:

Para obtener la información básica a fin de cumplir con los objetivos propuestos, se utilizó el instrumento, para identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino que consta de 3 dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención.

Se aplicó la guía de cuestionario que consta de 25 ítems, Las respuestas de los ítems estuvo constituido según la escala dicotómica de distorsión con respuestas múltiples como a, b, c, d; de los cuales una solo es la respuesta correcta, por lo tanto la respuesta final fue: pregunta correcta = 3 puntos; pregunta incorrecta = 0.

Donde las personas de sexo femenino tuvieron que marcar según su criterio. El tiempo para el llenado del instrumento fue de 10 minutos. Se asignó un puntaje tal como se detalla:

#### **Puntaje total:**

Alto = 50 a 75 puntos

Medio = 25 a 49 puntos

Bajo = 0 a 24 puntos

#### **Generalidades:**

Alto = 15 a 21 puntos

Medio = 8 a 14 puntos

Bajo = 0 a 7 puntos

#### **Factores de riesgo**

Alto = 15 a 21 puntos

Medio = 8 a 14 puntos

Bajo = 0 a 7 puntos

#### **Prevención:**

Alto = 24-33 puntos

Medio = 12-22 puntos

Bajo = 0-11 puntos

Para su validez, el instrumento fue sometido a juicio de expertos (5 expertos), donde se aplicó las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítems (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación del instrumento; donde el  $VC= 4.76844 > VT= 1.6449$  (adecuado) lo que se puede ver en el anexo N° 05 (Hernández, 2010).

Para determinar la confiabilidad se aplicó la prueba piloto con el 10% de la muestra (8), se realizó en el Distrito de María las cuales no formaron parte del estudio y se sometió a la prueba estadística Split Halves, se tuvo como resultado final según Spermán Brown:  $Rip= 1$  (alta confiabilidad) lo que se puede verificar en el anexo N°6 y 7.

#### **4.4. Procedimiento**

- Se solicitó la autorización respectiva al Alcalde y al encargado del Puesto de Salud del Distrito de María solicitando autorización para la ejecución del proyecto de investigación en su jurisdicción.
- Se solicitó autorización a las mujeres de edad fértil que viven en el Distrito de María y sus anexos ( Cuchapampa, Quizango, Mangalpa)
- Se elaboró el instrumento que lleva por título guía de cuestionario para identificar el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.
- La recolección de datos se realizó en los meses de setiembre y octubre del 2017.
- Se aplicó el instrumento en el Distrito de María y sus anexos: Cuchapampa, Quizango, Mangalpa; visitando casa por casa identificando a las mujeres de edad fértil, a quienes se les aplicó la guía de cuestionario sobre cáncer de cuello uterino. En un tiempo de 10 minutos, previo consentimiento informado.
- Se elaboró la tabulación de las mediciones con respecto a las dimensiones para su respectivo análisis estadístico.
- Se elaboró las tablas y gráficos para que se presente con su respectiva interpretación.

#### **4.5. Análisis de Datos.**

Primero se revisó la consistencia de la información a través de la revisión de los datos primarios obtenidos en las guías de cuestionario, se clasificó la



información de acuerdo a las dimensiones consideradas en la operacionalización de la variable en estudio y se codificó los datos y fue aplicado en el paquete estadístico SPSS V. 19. Los resultados finales son presentados en tablas estadísticas (tablas y gráficos), mediante la distribución de

frecuencia,	Nivel de conocimiento	fi	%
-------------	-----------------------	----	---

(frecuencia  
s absolutas  
y relativas),

donde se realizó su respectivo análisis e interpretación. Tuvo como margen de error 0.05 y un nivel de significancia del 95%.

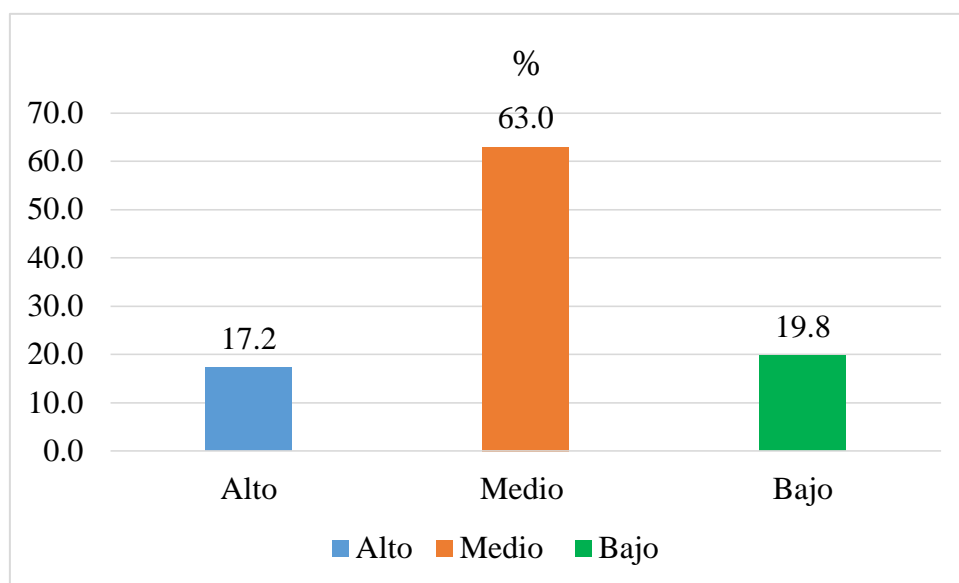
## V. RESULTADOS.

**Tabla n° 01: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

Alto	14	17.2
Medio	51	63.0
Bajo	16	19.8
Total	81	100.0

*Fuente:* instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

**Gráfico n° 01: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**



*Fuente:* tabla N° 01

### **Interpretación**

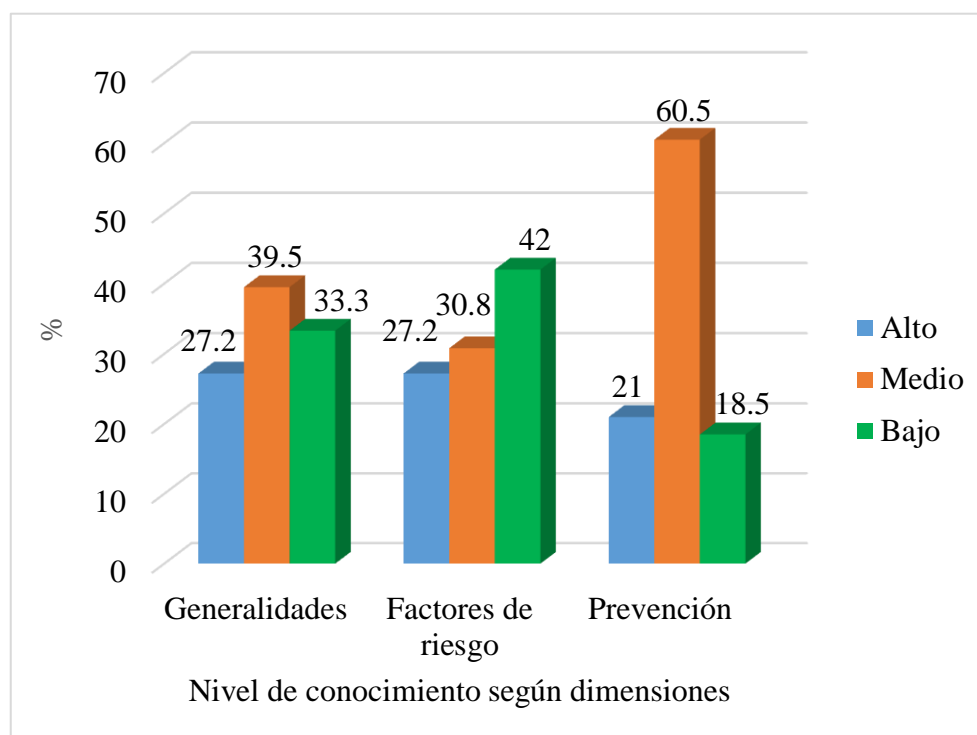
En el gráfico N° 01 se puede ver que del 100% (81), las mujeres de edad fértil del Distrito de María y sus anexos: Cuchapampa, Quizango, Mangalpa con respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino el 63.0% (51) tienen un nivel de conocimiento medio, el 19,8% (16) tienen un nivel de conocimiento bajo y solo el 17.2% (14) tienen un conocimiento alto sobre cáncer de cuello uterino.

**Tabla n° 02: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

<b>Nivel de conocimiento según dimensiones</b>			
		<b>Fi</b>	<b>%</b>
<b>Generalidades</b>	Alto	22	27.2
	Medio	32	39.5
	Bajo	27	33.3
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Factores de Riesgo</b>	Alto	22	27.2
	Medio	25	30.8
	Bajo	34	42.0
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>
<b>Prevención</b>	Alto	17	21.0
	Medio	49	60.5
	Bajo	15	18.5
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

*Fuente:* instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

**Gráfico n°2: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**



*Fuente:* tabla N° 02

### **Interpretación**

Se puede observar en la tabla y gráfico N°02 en cuanto a nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensiones: generalidades, factores de riesgo, prevención. Distrito de María-Luya Amazonas 2017. Que en la dimensión: generalidades del 100% (81) de las encuestas que fueron aplicadas, el 27,2% (22) tiene un nivel de conocimiento alto; el 39,5%(32) tienen un nivel de conocimiento medio, y un 33,3%(27) de las mujeres encuestadas del Distrito de María presentan un nivel de conocimiento bajo. Y en la dimensión: factores de riesgo, del 100% (81) de las mujeres que fueron encuestadas un 27,2% (22) tiene un nivel de conocimiento alto, el 30,8% (25) presentan un nivel de conocimiento medio, y el 42,0% (34) tienen un nivel de conocimiento bajo en cuanto a los factores de riesgo sobre cáncer de cuello uterino; y en la dimensión: prevención solo un 21.0% (17) tienen un nivel alto, el 60.5% (49) tienen un conocimiento medio, y un 18.5% (15) tienen un conocimiento bajo en cuanto a la dimensión prevención de cáncer de cuello uterino.

## VI. DISCUSIÓN

En la tabla N° 01 con respecto al objetivo general se dice que las mujeres de edad fértil del Distrito de María y sus anexos: Cuchapampa, Quizango y Mangalta tienen un nivel de conocimiento medio en cuanto cáncer de cuello uterino.

Determinando que las mujeres de edad fértil del Distrito María presentan un nivel de conocimiento medio; lo que indica que estas mujeres en su mayoría tienen una idea o en algún momento han escuchado hablar sobre cáncer de cuello uterino, lo que se puede ver en el anexo N° 8 el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: generalidades las mujeres del Distrito de María tienen un nivel de conocimiento medio; según la dimensión: factores de riesgo presentaron un nivel de conocimiento bajo, según la dimensión: prevención presentaron un nivel de conocimiento medio.

Al respecto Martínez y Review, (2013 y 2014), quienes indican que la educación, la pobreza y la cultura son importantes para que la población esté informada y conozca, también refieren a que la población está desinformada y no muestra interés es porque la cultura, el nivel socioeconómico son diferentes, la educación influye bastante ya que existen personas que son analfabetas, no tienen primaria ni secundaria completa; lo que es imposible lograr una buena concientización para el cuidado del cuerpo, sabiendo así según la (OMS,2014), donde refiere que el cáncer de cuello uterino es tan frecuente que ocupa el segundo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a la población femenina; pero se sabe que esta enfermedad se puede prevenir y tratar si se detecta a tiempo, lo que implica que se debe de realizar actividades de prevención y promoción, educando a la población, y así aumentar progresivamente el nivel de conocimiento a la población femenina.

Haciendo la comparación de los resultados de la presente investigación se puede decir que se coincide con el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017, donde presentaron un nivel de conocimiento medio, el cual se debe a la despreocupación, desinterés, el tipo de cultura y costumbre, la pobreza, el nivel de educación que tienen las personas, en este caso las mujeres del Distrito, lo que hace que tengan dificultades para saber sobre cáncer de cuello uterino, lo que es preocupante porque en un futuro se puede incrementar los casos y produciendo mortalidad por cáncer de

cuello uterino. El nivel de conocimiento es medio respecto al cáncer de cuello uterino porque las mujeres de edad fértil viven en una comunidad rural, donde no tienen acceso a la información sobre temas o actividades educativas sobre cáncer de cuello uterino lo que va llevar a que muestren poco interés por conocer sobre aspectos preventivos, como también no se puede dejar de mencionar el nivel educativo que tiene las mujeres del Distrito de María ya que se puede evidenciar en el anexo N° 08 (tabla N°05) donde del 100% (81) el 58% (47) tienen solo primaria lo que nos estaría indicando una de las causas de que exista un conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino.

La Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino se basa en la detección temprana del cáncer de cuello uterino que corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina.

Se evidencia que para prevenir el cáncer de cuello uterino involucra realizar diferentes actividades, intervenciones, y procedimientos dirigidos a las mujeres y así prevenir y tratar el cáncer del cuello uterino, proporcionando al individuo un entorno saludable para su familia, lo que implica las actividades preventivas y promocionales que repercute en el nivel de conocimiento de las mujeres que han iniciado su actividad sexual.

Rodas, R, (2014); en Chachapoyas: Las mujeres en edad fértil del barrio Higos Urco, el 57.4% (35) tienen conocimiento deficiente acerca de las medidas preventivas de cáncer de cuello uterino, el 31.1% (19) tienen un conocimiento regular y el 11.5% (7) tienen conocimiento bueno. Con respecto a medidas preventivas primarias el 60.7% (37) presenta un nivel de conocimiento deficiente

Al comparar los resultados de Rodas .R (2014) que realizó en la ciudad de Chachapoyas en el barrio de Higos Urco se puede evidenciar que existe una gran diferencia con la investigación actual que se realiza en el Distrito de María; por ejemplo el 60,7% (37) tienen un nivel de conocimiento deficiente; en cambio en la investigación que se está realizando en el Distrito de María, presentan un nivel de

conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino determinando así que las mujeres de edad fértil del Distrito de María y sus anexos presentan un nivel de conocimiento medio; en donde se debe tener en cuenta que la muestra, la población, la cultura, el nivel de educación son diferentes en cuanto a las investigaciones. Con los resultados obtenidos de la presente investigación se puede evidenciar que el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil del Distrito de María es medio, lo que se puede decir que existe mujeres que aún tienen una deficiente concientización y que el nivel educativo que presenta la comunidad en este caso es un nivel bajo e incompleto, asimismo también un gran factor es la cultura y costumbres de las personas, lo que incluye el desinterés y despreocupación sobre informarse e investigar sobre lo que ocasiona el cáncer, sus factores de riesgo, las medidas de prevención que se tiene que saber en cuanto al cáncer de cuello uterino.

Asimismo según Gago y Serrano, quienes refieren que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal de las células causando una incidencia de mortalidad a todas las mujeres del mundo, en donde los conocimientos que tengan las personas es primordial para prevenir ésta enfermedad; se puede decir que mediante los resultados adquiridos que fueron aplicados a las mujeres de edad fértil en el Distrito de María se evidencia desconocimiento sobre el ¿Por qué? se desarrolla el cáncer de cuello uterino ya que las mujeres de edad fértil del Distrito de María no tienen una buena información y desconocen sobre cáncer de cuello uterino, lo que estaría justificando el por qué se tuvo como resultado un nivel de conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino.

**En la tabla N° 02** en cuanto a la primera dimensión generalidades; las mujeres del Distrito de María presentan un nivel de conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino; lo que nos da conocer que las mujeres desconocen sobre ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? ¿A quiénes afecta?, ¿Cómo se diagnostica? ¿Qué síntomas presentan?, ¿Cuáles son las causas que conlleva a tener cáncer de cuello uterino? y el tratamiento que se debe de llevar cuando diagnostican que tiene cáncer de cuello uterino.



En la investigación de Lazcano, E, (2013). México tiene como conclusiones. Que el tamizaje en cáncer de cuello uterino se ofrece predominantemente en forma oportunista, por lo que el antecedente de utilización de los servicios de salud constituye el principal determinante para la utilización del programa de detección oportuna de cáncer (DOC).

Al comparar al estudio de Lazcano, se puede decir existe similitud con la presente investigación ya que Lazcano dice que por más que existan programas donde se ofrece en forma oportunista que las mujeres se realicen el tamizaje sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres muestran desinterés, no se realizan ningún tamizaje ni hacen uso de los programas sobre cáncer de cuello uterino. Como se puede ver los resultados de la presente investigación que las mujeres de edad fértil que fueron encuestadas tienen un nivel de conocimiento medio, sin dejar de recalcar que también se debe a que sus anexos no puedan tener la oportunidad de que las mujeres utilicen los programas donde realicen tamizaje; por motivo a que en el lugar no existe un centro de salud que pueda brindarles información completa y acudir a que lo realicen un tamizaje, sabiendo que es un centro de salud de nivel I que cuenta el Distrito de María y que los profesionales que laboran solo brindan información acerca de cáncer de cuello uterino pero no existe un programa específico donde las mujeres tengan la posibilidad a que se realicen el tamizaje sobre cáncer de cuello uterino; como también se debe de tener en cuenta la distancia 2-3 horas que queda el centro de salud a los anexos por lo que se encuentra lejos y no puedan asistir e informarse sobre los programas que se brinda a las mujeres y la importancia que es que se realicen el tamizaje sobre cáncer de cuello uterino, lo que implica a que sigan apareciendo casos de morbilidad y mortalidad de las mujeres que ya iniciaron su vida sexual activa. Mediante los resultados de diferentes estudios donde siguen existiendo casos de cáncer de cuello uterino a nivel internacional, nacional, local, y que se ha venido implementado diferentes servicios de salud que contribuyen al tamizaje de cáncer de cuello uterino y así poder disminuir la incidencia de casos de mujeres con cáncer de cuello uterino y/o la detección temprana de los mismos para su tratamiento oportuno.

Van, K, (2012): tuvo como resultado que el 64% de la población estudiada refiere haber recibido información sobre la prevención de cáncer de cuello de útero, el

mayor porcentaje corresponde a mujeres de 30 años o más. El 40% de la población considera que existe relación entre infección por HPV y cáncer de cuello de útero, el 91% sabe que el PAP sirve para detectar HPV y el 61% sabe que existe una vacuna para prevenir el HPV.

La investigación de Van, K (2012) con la presente investigación se puede decir que existe una gran diferencia ya que los resultados fueron: que el estudio que realizó Van en México la población está informada del cáncer de cuello uterino; en cambio la presente investigación que se realizó en el Distrito de María-Luya Amazonas las mujeres de edad fértil tienen un nivel de conocimiento medio en cuanto a la dimensión: generalidades sobre cáncer de cuello uterino. Lo que se puede decir que los resultados no son similares, porque el tipo de muestra es diferente, su población y el lugar en donde se realiza las investigaciones son distintos, teniendo en cuenta que México es un país en donde su culturas y creencias, nivel de educación es diferente y sobre todo que las encuestas que se realizó fue en el Hospital José María Gomendio, de tal manera que se puede decir que las personas que frecuentan a los hospitales van a tener un nivel de conocimiento diferente sobre cáncer de cuello uterino, donde se evidencia que en la zona urbana existiría mayor nivel educativo, reciben diferentes tipos de información acerca al cáncer de cuello uterino mediante (afiches, programas radiales, etc.); como también el profesionales de la salud se encarga de brindarles información acerca del cáncer de cuello uterino que está ocasionando mayor casos de morbilidad y mortalidad a todas las mujeres que ya iniciaron su vida sexual activa; lo que hace que existe mayor difusión en los medios de comunicación.

En cambio en la presente investigación las encuestas que se realizó fue en el Distrito de María que es una zona rural en donde solo cuentan con un centro de salud de nivel 1 y que los profesionales que laboran no se interesan en brindarles información sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres presentan en su mayoría un bajo a medio nivel educativo e incompleto; la cultura y sus costumbres son diferentes, y no tienen la oportunidad de recibir información constante de las enfermedades que están ocasionando una gran realidad problemática a las mujeres que han iniciado su vida sexual activa, ni el lugar cuenta con un hospital, los anexos están aislados del Distrito de María lo que hace que la población no esté informada y desconozcan, donde la accesibilidad a acudir al hospital es otro inconveniente ya que para que puedan ser atendidas necesitan de 2-3 días, donde se necesitaría de un presupuesto económico

para cubrir los gastos durante esos días, lo que muchas mujeres no podrán acudir a los hospitales, como tampoco ponen en práctica los niveles de prevención contra el cáncer de cuello uterino.

Paredes, E, (2013). Perú; tuvo como objetivo: evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino en donde pudo concluir. La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente.

Realizando la comparación del estudio de Paredes con el presente estudio son diferentes los resultados; en donde Paredes tuvo un resultado: buen conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, en cambio el resultado de la presente investigación es diferente porque el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: generalidades. Distrito de María-Luya Amazonas 2017 es medio.

Al analizar los resultados de la presente investigación; se dice que es un estudio diferente: el tipo de muestra, el nivel de educación, donde se sabe que cumplen una gran ayuda para ver en qué nivel se encuentra la persona o la población estudiada; lo que no se puede ver en la población del Distrito de María ya que la mayoría de las mujeres cuentan solo con primaria, como también existe personas sin estudios, lo que se debe a que sus anexos del Distrito de María solo cuenta con instituciones educativas primaria y que para poder estudiar la secundaria tienen que trasladarse al Distrito de María que queda a 2-3 horas de camino, lo que hace que sea un obstáculo para que las personas puedan estudiar. por lo que van a tener un conocimiento diferente en comparación a las personas que tienen estudios superiores; y de esta manera se puede decir que va existir una despreocupación de tener conocimiento sobre cáncer de cuello uterino y así se convierte en una de las causas que presentan las mujeres del Distrito de María para no saber sobre qué es lo que tienen que conocer y poner en práctica en su vida diaria en cuanto cáncer de cuello uterino, y que de esta manera no sea un problema para la población femenina.

Delgado, J, (2015). Chiclayo en su investigación nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou concluye que el 40.5 % de mujeres

encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5% presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas.

Comparando la investigación de Delgado con la presente investigación donde se tuvo como resultado: el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según la dimensión: generalidades en mujeres de edad fértil del Distrito de María-Luya Amazonas 2017, tienen un nivel de conocimiento medio. Lo que se puede decir que sus resultados van a ser diferentes ya que el tipo de estudio de Delgado tiene como objetivo evaluar actitudes y prácticas y la presente investigación quiere saber el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: generalidades, pero cabe recalcar que ambos estudios están relacionados con cáncer de cuello uterino que solo causa problema a las mujeres de edad fértil; lo que se ve presente también en el Distrito de María porque siguen mostrando desinterés, desconocen y no ponen en práctica para obtener actitudes favorables en cuanto al autocuidado, también se debe de mencionar la manera de pensar de sus esposos, la cultura y costumbres, el nivel educativo, la religión también va impedir a que las mujeres de edad fértil tengan actitudes favorables ya que en el Distrito de María también existe la religión adventista y eso ocasiona a que no frecuenten al centro de salud, el no contar con los medios de información como: televisión radio, etc. lo cual son motivos de que las mujeres no estén informándose sobre las causas que pueden predisponer a que se contraiga el cáncer de cuello uterino y así aumentando los casos de morbilidad y mortalidad de las mujeres de edad fértil por cáncer de cuello uterino. Como también se puede decir que tanto el Ministerio de Salud del Perú (MINSU), no realizan diferentes programas de salud brindando temas donde se pueda educar a la población femenina que se encuentran viviendo en la zona rural.

En cuanto a la dimensión factores de riesgo las mujeres del Distrito María y sus anexos tienen un conocimiento bajo. Lo que se debe a que las mujeres del Distrito de María desconocen cuando se habla sobre los factores de riesgo como por ejemplo: infección por virus del papiloma humano, tabaquismo, infección por clamidia, sobrepeso, anticonceptivos, embarazos múltiples, etc.

Contrastando con los autores Review, Martínez, Bosch, Hart con la presente investigación se dice que coinciden ya que los autores mencionan a los factores de riesgo como por ejemplo: tabaquismo, sobrepeso, anticonceptivos, embarazos múltiples, inicio temprano de la actividad sexual, número de compañeros sexuales, estado civil, pobreza; son factores que las mujeres de edad fértil desconocen y que son los responsables que las mujeres estén expuestas a contraer el cáncer de cuello uterino. Donde se puede decir por ejemplo se tiene como resultado en la presente investigación que las mujeres que fueron encuestadas en el Distrito de María presentan un nivel de conocimiento bajo en cuanto a los factores de riesgo.

Con los resultados que se tuvo en las encuestas aplicadas sobre el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según la dimensión: factores de riesgo en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017; presenta un nivel de conocimiento bajo; lo que se puede decir y coincidir con los autores Review, Martínez, Bosch, Hart; que las mujeres en su mayoría desconoces acerca de los factores de riesgo, y que en la actualidad estos factores de riesgo se ve presente en el Distrito de María y también en toda la población femenina ya que desconocen, no muestran interés, inadecuado estilo de vida, fuman, relaciones sexuales a temprana edad, numerosos hijos, tienen parejas sexuales más de uno, uso de los anticonceptivos por más de 5 años consecutivos, la gran mayoría de las mujeres presentan sobrepeso, como también se debe de recalcar que la pobreza también es un factor de riesgo importante ya que las mujeres de recursos económicos deficiente están expuesta a contraer el cáncer de cuello uterino, todos estos factores de riesgo no permite que se pueda disminuir los casos de cáncer de cuello uterino, como tampoco lograr que las mujeres de edad fértil conozcan y que presenten un nivel de conocimiento alto en cuanto a factores de riesgo.

Chacón, J, (2012). EE.UU". En su investigación obtuvo sus resultado: que el grupo de edad más frecuente es el de 16 a 30 años de edad (50,76% y 49,23% en los casos y en los controles). La edad de comienzo de las relaciones sexuales no mostró diferencias entre los grupos estudiados y la mayoría se ubicó en menores de 19 años de edad, el 78,45% de los casos tenían 2 o más parejas sexuales mientras que en los controles sólo estuvo presente en el 32,29%; la múltiparidad fue de 50,79% y 43,07% en casos y controles, la baja frecuencia de examen citológico vaginal fue

mayor (49,24%) en los casos que en los controles (30,77%), con OR = 2,18 y p = 0,0316864, el 60% de los casos y 40% de los controles eran analfabetas; el tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales fueron bajos en los dos grupos.

En la investigación que se realizó se puede ver que los resultados fueron diferentes a los resultados de Chacón. Las mujeres de edad fértil del Distrito de María se está abarcando a todos los factores de riesgo que predisponen a que las mujeres contraigan cáncer de cuello uterino en donde se tuvo como resultado que las mujeres del Distrito de María tienen un nivel de conocimiento bajo en cuanto a los factores de riesgo sobre cáncer de cuello uterino. De igual manera se puede recalcar que la presente investigación su resultado no fueron de acuerdo a las edades ya que la muestra de estudio fue dirigida a las mujeres de edad fértil; donde se puede decir que las mujeres del Distrito de María no conocen los factores de riesgo como: la multiparidad, el examen citológico vaginal, examen del Papanicolaou, el inicio temprano de su actividad sexual, tener más de dos parejas sexuales, que son factores que se ve presente en la investigación que se realizó en el Distrito de María, y que siguen siendo la causa principal de ocasionar un problema a la población femenina. Mostrando desinterés, vergüenza, o por la imponencia de sus esposos, el nivel educativo que tienen, su procedencia, el nivel socioeconómico y la religión son causas que hace que las mujeres desconozcan sobre los diferentes factores de riesgo que predispone a tener cáncer de cuello uterino.

También se tiene en cuenta que la presente investigación que fue realizada en diferente zona rural, la muestra fue diferente, pero sin embargo se tuvo resultados similares a las otras investigaciones y se puede ver que aún existe un bajo nivel de conocimiento en cuanto a factores de riesgo sobre cáncer de cuello uterino; ya que la presente investigación que se realizó en el Distrito de María, se tuvo como resultado un bajo conocimiento en cuanto los factores de riesgo que son los que conllevan a contraer cáncer de cuello uterino y que la población en general desconoce y que aun en la actualidad siguen ocasionando morbilidad y mortalidad a la población femenina en todo el mundo.

Castro, E, (2014).Trujillo. El resultado fue: que la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20).

Con el estudio de Castro con la presente investigación se dice que son diferentes; Castro menciona a dos factores de riesgo: inicio coitales antes de los 18 años y al número de compañeros sexuales indica que son factores que ocasiona cáncer de cuello uterino; en cambio la presente investigación los resultados es de manera general en cuanto a los factores de riesgo por ejemplo; en las encuestas aplicadas en el Distrito de María a las mujeres de edad fértil con un gran porcentaje presentan un nivel de conocimiento bajo; ya que en el Distrito de María, el inicio de las relaciones sexuales es antes de cumplir 18 años, el número de compañeros sexuales no es uno sino a partir de dos a mas lo que se convierte en un factor de riesgo de que las mujeres que ya realizaron su vida sexual activa y que tiene diferentes parejas se expuestas con mayor probabilidad a contraer el cáncer de cuello uterino. Esto se puede decir que a medida que va pasando el tiempo se va ver más casos en donde las mujeres inician su vida sexual activa antes de cumplir 18 años, el número de parejas sexuales y que también no se puede dejar de percibido que las mujeres que venden su cuerpo (prostitutas) van a ser las que más contraigan cáncer de cuello uterino; ya que vivimos en una sociedad en que las mujeres tengan más de dos compañeros sexuales, inicien a temprana edad su vida sexual es normal.

También se puede decir que la Dirección Regional de Salud Amazonas no se está enfocando en realizar diferentes actividades donde se aborde temas demostrativos haciendo conocer a la población femenina los diferentes factores de riesgo que ocasionan que se produzca el cáncer de cuello uterino, como también las diferentes actividades se debe de realizar en diferentes zonas rurales como en la población femenina del Distrito de María y sus anexos, que no tienen posibilidad de estar viajando hasta las ciudades para poder participar en las diferentes campañas que se realiza.

En cuanto a la dimensión prevención se puede decir que las mujeres del Distrito de María tienen un nivel de conocimiento medio en cuanto a prevención sobre cáncer de cuello uterino.

Squillaci, S, (2013). Venezuela en su investigación los resultados fueron: Que la población presentó una edad promedio de 28 años el 52% correspondía al intervalo de 20 a 30 años, sin pareja estable y alcanza un nivel de instrucción máxima de secundaria completa; el 73% escucho hablar del virus del papiloma humano en la escuela, televisión, radio; el 66% refería que sabe lo que es el virus del papiloma humano; el 86% señaló que se contagia por vía sexual; el 52,5% que afecta a hombres y mujeres ; el 74% que el virus del papiloma humano produce verrugas en región genital y ano ; el 65% refiere que puede producir cáncer ( de esos el 97,7% especifica cáncer del cuello uterino, el 71,5% no recibió ningún tipo de información. En la conclusión llegaron que la mayoría de la población, tenía conocimiento acerca del virus del papiloma.

Realizando la comparación con el autor Squillaci y la presente investigación se puede decir que existe una gran diferencia ya que los resultados de las investigaciones son diferentes por ejemplo en la conclusión que obtuvo Squillaci menciona que la mayoría de la población tiene conocimiento acerca del virus del Papiloma Humano, en cambio en la presente investigación el resultado que se obtuvo es: que la mayoría de la población presentan un nivel de conocimiento medio; sin dejar de recalcar que las muestras son diferentes ,es aplicada en diferente país, diferente nivel educativo, cultura y costumbres diferentes; lo que hace que los resultados no coincida ya que la presente investigación que se realizó en el Distrito de María el nivel de conocimiento acerca de la prevención es medio, porque la mayoría de las mujeres en cuanto a su grado educativo, donde se puede evidenciar en el anexo N° 8 (tabla N° 06), solo con un (58%) cuentan con primaria y un (28,3) cuentan con secundaria; lo que va ocasionar que desconozcan y no pongan en práctica no entiendan cuales son las medidas de prevención.

Beltrán, M, (2012). Trujillo. De las mujeres encuestadas el 96.35% aceptaron voluntariamente la toma de prueba de Papanicolaou. Conclusión: El nivel de



conocimiento acerca de la prueba de Papanicolaou influye en el grado de aceptación de la toma de muestra.

Haciendo la comparación de las investigación de Beltrán con la investigación que se está realizando se puede decir que son diferentes en cuanto a la presente investigación donde se puede ver mediante los resultados: donde el estudio de Beltrán el 96.35% aceptaron voluntariamente la toma de prueba de Papanicolaou; en cambio en la presente investigación el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino según la dimensión: prevención en mujeres de edad fértil. Distrito de María-Luya Amazonas 2017. Las mujeres tienen un nivel conocimiento medio, lo que se dice que son diferentes por el tipo de muestras donde el estudio de Beltrán se puede ver que las mujeres de edad fértil aceptan voluntariamente la prueba de Papanicolaou; en cambio en la presente investigación las mujeres de edad fértil no conocen de que trata la prueba de Papanicolaou, ya que no reciben información sobre las medidas de prevención que deben de realizar de una vez que iniciaron su vida sexual activa, sin dejar de mencionar que una de las razones que no se realicen la prueba de Papanicolaou es porque en el Distrito de María el centro de salud no cuenta con ese servicio en donde las mujeres puedan realizarse la prueba de Papanicolaou.

Rodas, R, (2014). En Chachapoyas las mujeres en edad fértil del barrio higos Urco, el 57.4% (35) tienen conocimiento deficiente acerca de las medidas preventivas de cáncer de cuello uterino, el 31.1% (19) tienen un conocimiento regular y el 11.5% (7) tienen conocimiento bueno. Con respecto a medidas preventivas primarias el 60.7% (37) presenta un nivel de conocimiento deficiente. En Conclusión: El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del barrio de Higos Urco es deficiente.

En cuanto a la investigación a nivel local que realizó Rodas el 2014 en Chachapoyas con la presente investigación son diferentes ya que Rodas tuvo como resultado que el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil del barrio Higos Urco es deficiente en comparación con la presente investigación el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de

cáncer de cuello uterino en el Distrito de María y anexos la gran mayoría de las mujeres de edad fértil tienen un nivel conocimiento medio.

Donde nos da a comprender que las mujeres del Distrito de María conocen lo básico sobre las medidas de prevención y que lo tienen que poner en práctica; mencionando también que va existir diferencia entre los estudios ya que el tipo de muestra es diferente, el nivel de educación, el año que se ha realizado el estudio. Ya que se sabe que en la actualidad se ha ido trabajando acerca de las medidas de prevención en cuanto cáncer de cuello uterino mediante las diferentes técnicas que han utilizado los programas de salud se puede decir que habido un avance ya que se puede ver con los resultados de la presente investigación que se está realizando en el Distrito de María.

Pero se tiene que tener en cuenta que aún sigue siendo un problema que presenta el Distrito de María por tener como resultado un nivel de conocimiento medio, lo que se puede decir que no lo están tomando importancia a las medidas de prevención y que siguen mostrando desinterés y despreocupación de informarse o poner en práctica, personas con primaria y secundaria incompleta, la mala comunicación con los actores sociales ( la municipalidad, el Centro de Salud, las Instituciones Educativas), diferentes culturas, diferente religión lo que no los ayuda a que se informen y tomen las medidas necesarias para radicar por completo el problema de cáncer de cuello uterino, y así tener como resultado de un nivel de conocimiento alto sobre cáncer de cuello uterino.

Como también falta trabajar la parte preventiva y promoción de la salud, sin embargo nos hemos enfocado más en el trabajo intramural y no se está realizando el trabajo extramural con respecto al cáncer de cuello uterino lo que implica difundir más información por todos los medios de comunicación (televisión, radio) y que los profesionales de salud se enfoque y trabaje más la parte preventiva y promoción realizando diferentes talleres, sesiones educativas, consejerías y orientación, visitas domiciliarias, capacitándoles, informándoles para que la población en general en especial a las mujeres que han iniciado su vida sexual activa practiquen y conozcan la parte preventiva sobre las medidas de prevención que deben tener en cuenta para no contraer el cáncer de cuello uterino. Lo que no se está realizando y las mujeres de

edad fértil del Distrito de María siguen con el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

Según la teoría de Dorotea Orem donde define autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, el cual ayuda a regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en su beneficio de su vida, salud o bienestar y de los sistemas de enfermería de apoyo- educación en donde el profesional de enfermería actúa ayudando al individuo para que tenga un entorno saludable”.

La presente investigación coincide con la teoría de la autora Dorotea porque nos habla del autocuidado donde se ve involucrado el primer nivel de atención prevención y promoción de la salud y la educación que se debe de brindar a las mujeres de edad fértil del Distrito de María para que pongan en práctica el autocuidado y de esta manera prevenir la aparición de las enfermedades que están ocasionando un problema para las mujeres de edad fértil que ya iniciaron su vida sexual activa y puedan tener un entorno saludable y gocen de una vida sana.

## **VII. CONCLUSIONES**

- Existe un nivel de conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.
- En la dimensión de generalidades, la mayoría de las mujeres presenta un nivel de conocimiento medio como también se puede ver que un porcentaje mínimo de las mujeres de edad fértil tienen un nivel de conocimiento alto.
- En cuanto a la dimensión: Factores de riesgo las mujeres de edad fértil del Distrito de María tiene un nivel de conocimiento bajo ya que los resultados un gran porcentaje de las mujeres encuestadas no conocen sobre los factores de riesgo que ocasiona cáncer de cuello uterino
- En la dimensión: prevención sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres de edad fértil del Distrito de María, presentan un nivel de conocimiento medio.

## **VIII. RECOMENDACIONES:**

### **A la Dirección Regional de Salud Amazonas.**

- Que se enfatice actividades preventivo-promocionales, sobre el cáncer de cuello uterino, de una manera organizada, educativa, brindando diferentes tipos de mensajes que pueda ayudar a que las personas entiendan mejor, invocar a los profesionales que laboran en dicho Centro de Salud del Distrito de María y monitorear y supervisar éstas actividades en mención.
  
- Incrementar el presupuesto para la ejecución de actividades programas referidos a la prevención del cáncer de cuello uterino, dirigido a los establecimientos del primer nivel de atención inculcando a los profesionales de salud en la realización de las mismas.

### **A la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas**

- Que exista temas transversales dentro de los sílabos de las experiencias curriculares para promover e incentivar el conocimiento sobre la situación real del cáncer de cuello uterino y su difusión de las actividades preventivas.

### **A los estudiantes:**

- Que los estudiantes realicen diferentes talleres educativos (sesiones educativas, consejería) orientando y brindando información a la población en general sobre cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo, y su prevención. La generación de más investigaciones respecto al cáncer del cuello uterino.

#### **A los medios de comunicación.**

- Mediante las emisoras, canales de televisión brinden a la población en general diferentes programas, spot publicitario que contenga información acerca del cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo, y su prevención y que sea en un horario en donde todas las mujeres puedan escuchar o mirar sobre el cáncer de cuello uterino.

#### **Al Centro de Salud del Distrito de María**

- Que trabaje en coordinación con los actores sociales de la comunidad (la municipalidad, la ronda campesina, las instituciones educativas, catequistas, club de madres, club deportivos, etc.) realizando actividades educativas donde se sensibilice a la población sobre Cáncer de cuello uterino, factores de riesgo, prevención.

#### **A la municipalidad**

- Que inviertan en el ámbito de salud realizando actividades de prevención y promoción de la salud; haciendo diferentes talleres donde todos los pobladores participen en los eventos, pasacalles sobre Cáncer de cuello uterino.

#### **Las Instituciones Educativas**

- Que los profesores eduquen a las niñas y deán a conocer sobre la existencia de la vacuna que previene el cáncer de cuello uterino, y que es importante que se vacunen con la Vacuna del Papiloma Humano, y también los den a conocer sobre los factores de riesgo y las medidas de prevención.

#### **A los actores sociales**

- Que se involucren y tenga una buena coordinación con la municipalidad, con el centro de salud, con las instituciones educativas primaria y secundaria para realizar diferentes proyectos donde se dé a conocer sobre la enfermedad del Cáncer de cuello uterino y realizar la ejecución de las diferentes actividades donde se beneficien las mujeres de edad fértil del Distrito de María.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

### **Libros:**

*Gago F. (2008).* Ginecología en atención primaria. Buenos Aires. 1° Edición: Págs; 80-190.

*Koniak, R. M. (2012).* Enfermería Maternoinfantil. México: 17a Edicion. Pág: 1978.

*Martínez C. (1990).* Patología Estructural y Funcional. Madrid España. 4° Edición. Vol. II; Págs: 1183-1187.

### **Artículo de revista:**

Bosch. (2012). Cáncer de cuello uterino: implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el Papanicolau Humano.  
*file:///C:/Users/user/Downloads/informacion%20para%20tesis.pdf* , 28.

Hart. (2013). Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino.  
*http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguilar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel\_2017.pdf*, 56.

- Jastreboff. (2012). Factores de riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306007.pdf>, 37.
- Llusar, M. (2014). Concepto, Tipos del Conocimiento Estrategico. Revista de Economía y Empresa. <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37973195/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocim.pdf>, 8-10,20,30,45,46,85,86.
- MINSA. (2013). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE CÁNCER EN EL PERÚ. [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf), 50-75.
- MINSA. (2013). ANALISIS DE LA ITUACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL PERÚ. REVISTA DE EPIDEIOLOGIA EN EL PERÚ. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342007000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342007000300006&script=sci_arttext), 16.
- MINSA. (2014). Proyecto para el Mejoramiento del Programa de la Prevencion del Cáncer de Cuello Uterino en el Perú. Revista de Programa Mundial. <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/378>, 50,52,57,58,59.
- OMS. (2013). Programa Mujer Salud y Desarrollo. Revista de ginecologia. [http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1785/pdf\\_271](http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1785/pdf_271), 15,29,35,56,58.
- OMS. (2014). EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. REVISTA DE GINECOLOGIA . <http://www.redalyc.org/html/1952/195214319006/>, 10,15.
- Review, L. (2014). Cancer de cuello uterino, Copyright American Cancer Society. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001218> , 8,9,16,25,35,42,46,60,67.
- Review, L. M. (2014). Prevencion Temprana de Cáncer de cuello Uterino. Copyright American Cancer Society. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401070599X>, 25,59,75,76,79.



Ricardo Ortiz Serrano, M. (2013). Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342004000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342004000200007), 26,49,55,62,63.67.

## **Tesis**

*Delgado. (2015).* Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en pacientes mujeres de 18 años atendidas en consulta externa del hospital regional docente las mercedes. Chiclayo. ( Perú).

*Fatima, C. R. (2013).* Función Sexual Femenina en Castilla y León:. Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, Valladolid.

*Graziottin, A. (2012).* Base biológica de la sexualidad femenina. En revista Internacional Clinical Psychopharmacology (págs. 27-30). Barcelona.

*Gutierrez. (2014).* Nivel de conocimiento de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25- 64 años, del departamento de Sanata Ana y Sonsonate . colombia.

*Peredes. (2013).* Nivel de conocimiento y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Máyo. Perú.

*Peters, R. T. (2014).* Funcion Sexual de trabajadoras en turno . Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Reproductiva, Universidad de Concepción, Chile.

*Rodas. (2014).* Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del barrio de Higos Urco. Chachapoyas. (Perú).

*Squillaci, D. (2013).* Conocimientos sobre virus papiloma humano de mujeres que asisten a los centros de salud Jean Henry . Venezuela.

*Van, k. (2012).* “Información sobre la relación del Virus del Papiloma humano y cáncer de cervicouterino en mujeres de 15 -50 años de la ciudad de ramallo. Mexico.

ANEXO N° 01

2.7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	CATEGORÍAS		ESCALAS
					VARIABLES	DIMENSIONES	
Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.	Es el conjunto de datos y verdades preestablecidos sobre el cáncer de cuello uterino lo cual se medirá con la prueba del conocimiento en mujeres de edad fértil.	Generalidades	Definición, diagnóstico; síntomas y causas; tratamiento.	7	Alto: 50-75 puntos	Alto: 15-21 Medio: 8-14 Bajo: 0-7	Para la investigación escala dicotómica
		Factores de riesgo	Relaciones coitales, número de parejas sexuales, multiparidad de partos, ITS, píldoras anticonceptivas, tabaquismo, pobreza, condiciones socioeconómicas, alimentación.	7	Bajo: 0-24 puntos	Alto: 15-21 Medio: 8-14 Bajo: 0-7	Para la evaluación de los ítems se utilizó la escala dicotómica de distorsión con respuestas múltiples a, b, c, d.
		Prevención	Papanicolaou, educación e información, vacuna contra el VPH, uso de preservativos	11		Alto: 24-33 Medio: 12-22	preguntas correctas = 3 pregunta incorrectas = 0

							Baja: 0-11	
--	--	--	--	--	--	--	------------	--

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, DEL DISTRITO DE MARÍA-LUYA AMAZONAS 2017”.

Problema de investigación	Objetivo	Variable	Marco metodológico	Escala
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil, del Distrito de María-Luya Amazonas 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil del Distrito María-Luya Amazonas 2017.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en</li> </ul>	<p>Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.</p>	<p><b>Diseño de la investigación:</b></p> <p>Es de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: observacional.</p> <p style="text-align: center;"><b>ESQUEMA :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>M ← O</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DONDE :</b></p> <p>M= Personas de sexo femenino de edad fértil.</p> <p>O=Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.</p> <p><b>Población, muestra y muestreo:</b></p> <p>Estuvo conformado por la población de sexo femenino de edad fértil de la jurisdicción del Distrito María- Luya Amazonas, incluyendo los tres anexos: Cuchapampa (37) mujeres, Quizango (49) mujeres, Mangalpa (23) mujeres y en María (99) mujeres que hacen el total de 208 personas que pertenecen al Distrito de María- Luya Amazonas.</p>	<p>Para la investigación escala dicotómica.</p>

	<p>mujeres de edad fértil según la dimensión: Generalidades. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.</p> <p>➤ Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: factores de riesgo. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.</p> <p>➤ Identificar el nivel</p>		<p>Muestra: 81</p> <p><b>Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos</b></p> <p>El método de la encuesta, técnica: cuestionario, instrumento: La guía del cuestionario.</p> <p><b>Análisis de Datos.</b></p> <p>Se clasificó la información de acuerdo a las dimensiones consideradas en la operacionalización de la variable de estudio</p>	
--	---	--	---	--

	<p>de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: prevención.</p> <p>Distrito de María-Luya Amazonas 2017.</p> <p>➤ Caracterizar a la población objeto de estudio.</p>			
--	--	--	--	--

ANEXO N° 03:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA AMAZONAS.



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUIA DE CUESTIONARIO SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

**Introducción:** Soy Rosaura del Pilar Ocampo Inga, estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNTRM-AMAZONAS. Agradezco anticipadamente por su participación en el estudio de investigación que estoy realizando titulado “Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Distrito de María -luya Amazonas 2017”. El estudio es completamente confidencial y anónimo lo cual le solicito contestar las preguntas con seriedad y honestidad.

**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, llene los espacios vacíos y marque con una aspa (X) solo una de las alternativas que considere usted, sea la respuesta.

**I. Datos generales:**

1. Edad: .....
2. Ocupación:.....
3. Estado civil:
  - a) Soltera                      b) Casada                      c) Conviviente                      d) Viuda                      e) Divorciada
4. Grado de instrucción:
  - a) Primaria                      B) Secundaria                      C) Superior                      D) Sin estudios.

**II. PREGUNTAS**

**A. Generalidades.**

1. ¿Qué entiende por cáncer?
  - a) Es el crecimiento sin control de células anormales.
  - b) Es una enfermedad tropical.
  - c) Es una infección producida por hongos.
2. ¿A quiénes afecta el cáncer de cuello uterino?
  - a) A todas las mujeres que han iniciado su vida sexual.



- b) A mujeres y varones.
  - c) A las mujeres de 10 años -60 años.
3. El tipo de cáncer que causa más muertes en la mujer es:
- a) El cáncer de hígado.
  - b) El cáncer de tiroides.
  - c) El cáncer del cuello uterino.
4. El medio de diagnóstico para confirmar cáncer de cuello uterino es:
- a) Rayos X de pulmón.
  - b) El Papanicolaou o examen citológico.
  - c) Los exámenes de laboratorio.
  - d) Todas las anteriores.
5. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes del cáncer de cuello uterino?
- a) Dolor durante el coito.
  - b) Dolor de cabeza.
  - c) Fiebre.
  - d) Vómitos.
6. ¿Cuáles son otras de las causas de cáncer de cuello uterino?
- a) El virus del papiloma humano (VPH)
  - b) El tabaquismo.
  - c) Todas las anteriores.
  - d) Ningunas de las anteriores.
7. ¿Cuántos tipos de tratamientos de cáncer de cuello uterino conoce?
- a) Radioterapia.
  - b) Quimioterapia.
  - c) todas las anteriores.
  - d) Ningunas de las anteriores

**B. Factores de riesgo sobre cáncer de cuello uterino.**

8. Es una conducta de alto riesgo para el cáncer del cuello uterino:
- a) Posponer las relaciones sexuales a una edad adulta.

- b) Iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años.
- c) Tener una sola pareja sexual.
- d) Abraza a una persona con cáncer.

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

- a) Herpes simple tipo 2.
- b) Sida.
- c) Diabetes mellitus.
- d) Ningunas de las anteriores.

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

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

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

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

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

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

13. Usted cree que tener muchos hijos puede contraer el cáncer del cuello uterino?

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

14. Una mala alimentación puede ser un factor de riesgo para tener cáncer de cuello uterino.

- a) Si.

- b) No.
- c) No sé.

**C. Prevención del cáncer del cuello uterino.**

15. Usted piensa que una de las maneras de prevenir el cáncer de cuello uterino es estar bien informados.

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé.

16. ¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino?

- a) Utilizando preservativo.
- b) Teniendo buena higiene genital antes y después de las relaciones sexuales.
- c) Tomando anticonceptivos orales.
- d) Ningunas de las anteriores.

17. ¿Qué instituciones o centro de salud lo brindan información acerca del cáncer del cuello uterino?

- a) Escuelas.
- b) Colegios.
- c) Establecimientos de salud
- d) todas las anteriores.

18. ¿Qué vacuna se utiliza para prevenir el cáncer de cuello uterino?

- a) Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
- b) Vacuna de la rubeola.
- c) Vacuna antitetánica.
- d) Vacuna BCG.

19. ¿A qué edad se debe recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano?

- a) A los 10 años.
- b) A los 18 años.
- c) A los 30 años.

20. ¿Para qué se utiliza el Papanicolaou?

- a) Para detectar cáncer de ovario.

- b) Para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.
  - c) Detectar cáncer de vagina.
  - d) Todas las anteriores.
21. ¿Cuál es el examen que se realiza para detectar y prevenir el cáncer de cuello uterino?
- a) Examen de sangre.
  - b) Examen de orina.
  - c) Examen de Papanicolaou.
  - d) Todas las anteriores.
22. ¿Por qué es importante la prueba de Papanicolaou?
- a) Para saber si hay una inflamación vagina.
  - b) Para curar una inflamación.
  - c) Identificar un embarazo.
  - d) No sé.
23. Alguna vez usted se ha realizado la prueba del Papanicolaou.
- a) Sí.
  - b) No.
24. ¿Cada que tiempo usted cree que se realiza la prueba del Papanicolaou?
- a) Este año.
  - b) Hace dos años.
  - c) Hace 5 años.
  - d) Nunca.
25. ¿Cuáles son las condiciones para tomarse el Papanicolaou?
- a) No tener relaciones al menos tres días antes de la prueba.
  - b) Estar menstruando.
  - c) Tomar un baño normal colocándose duchas vaginales.
  - d) Aplicare sustancia como cremas u óvulos vaginales.

**DONDE:**

Pregunta correcta = 3 puntos

Pregunta incorrecta = 0 puntos

**GRACIAS.**

#### ANEXO N° 04.

### MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	0	1	0	1	3
04	1	1	0	1	1	4
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	0	1	1	4
07	1	1	0	1	1	4
08	1	1	1	1	0	4
09	1	0	1	1	1	4
10	1	1	1	0	1	4

\* Respuesta de los profesionales: 1 = Sí, 0= No

#### PROFESIONALES CONSULTADOS

1. Dr. Ronald Daniel Arévalo Cerna
2. Dr. Juan Manuel Llaja Cruz
3. Lic. Enf. Yanet, Chuquipa Vega
4. Lic. Enf Mery Ocampo Jara
5. Lic. Enf. Carla Bartra Bautista

## ANEXO N°5.

### EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ( $n = 50$ ), al 0.05 de significancia estadística.

#### A) PRUEBA BINOMIAL

- 1) Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>**:  $P = 50\%$  versus **H<sub>a</sub>**:  $P > 50\%$

#### Dónde:

**P** es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

- 2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$  (5%);  $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$  (95%)

- 3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con

$n = 5$  y  $P = 0.50$  (50%).

- 4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$  es menor que  $\alpha = 0,05$ .

- 5) Valor calculado (VC)

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum C^5 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$$

ITEM EVAL	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	3	60	2	20	0.3125	-
4	4	80	1	20	0.15625	-
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	4	80	1	20	0.15625	-
7	4	80	1	0	0.15625	-
8	4	80	1	40	0.15625	-
9	4	80	1	20	0.15625	-
10	4	80	1	40	0.15625	-
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>84</b>	<b>08</b>	<b>16</b>	<b>4.76844</b>	

**Fuente : Apreciación de los expertos**

\* : Significativa ( $P < 0.05$ )

\*\* : Altamente significativa ( $P < 0.01$ )

El cálculo de ésta probabilidad acumulada con una cola hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial. **V.C = 4.76844**

### **Decisión estadística**

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de  $\alpha = 0.05$ , de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la (columna 7) de la tabla.

## **B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES**

1) Hipótesis estadística



**H<sub>0</sub>:** P = 50% versus **H<sub>a</sub>:** P > 50%

**Donde:**

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuado: Sí**” o “**inadecuado: No**”.

2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \gamma = 0.95 (95\%)$$

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}} \quad N(0,1)$$

$$\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}$$

**Donde:**

**Z** = se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

**p** = es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

**n** = es el número de jueces consultados (muestra)

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es: Al 5%: RR/Ho:  $VC > 1.6449$ ; RA/Ho:  $VC < 1.6449$ .

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

$N = 50$ ,  $P = 50\%$  y  $p = 100\%$ . De donde resulta que:  **$VC = 4.76844$**

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ( **$VC = 4.76844$** ) con el valor teórico ( **$VT = 1.6449$** ) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.

- Entonces el  **$VC = 4.76844 > VT = 1.6449$**

- Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

ANEXO N° 06.

TABULACION PARA LA CONFIABILIDAD.

Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil del Distrito de María-Luya Amazonas 2017.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	I	P	IP	I <sup>2</sup>	P <sup>2</sup>	I+P	T <sup>2</sup>
C01	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4	5	20	16	25	9	81
C02	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	8	7	56	64	49	15	225
C03	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	8	40	25	64	13	169
C04	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	9	81	81	81	18	324
C05	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	6	7	42	36	49	13	169
C06	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	6	6	36	36	36	12	144
C07	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7	8	56	49	64	15	225
C08	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	9	5	45	81	25	14	196
Σ	2	4	4	5	3	4	4	5	3	5	5	3	3	3	2	5	4	3	4	5	4	4	3	4	4	45	50	2250	2025	2500	95	9025

## ANEXO N° 07.

PARA SACAR LA CONFIABILIDAD DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, SE UTILIZÓ LA FORMULA:

### SPLIT HALVES

$$rip = \frac{n\sum IP - \sum I(\sum P)}{\sqrt{(n\sum i^2 - (\sum i)^2) * (n\sum p^2 - (\sum p)^2)}}$$

Donde :      **n** = N° casos

**rip** = Relación de los ítems impares con los pares. (UN FAVOR REEMPLAZA LA FÓRULA SEGÚN EL ULTIMO CUADRO)

$$rip = \frac{8(2250) - 45(50)}{\sqrt{(8(2025) - (45)^2) * (8(2500) - (50)^2)}}$$

$$rip = \frac{18,000 - 2250}{\sqrt{(16400 - 2025)(20000 - 2500)}}$$

$$rip = \frac{15750}{\sqrt{14375 * 17500}}$$

$$rip = \frac{15750}{\sqrt{248062500}}$$

$$rip = \frac{15750}{15750}$$

$$rip = 1$$

PARA LA CONFIABILIDAD MÁXIMA UTILIZAMOS LA FÓRMULA DE SPEARMAN BROWN

$$Rip = \frac{2(rip)}{1+rip}$$

$$Rip = \frac{2(1)}{1+1}$$

$$Rip = \frac{2}{2}$$

$$Rip = 1$$

### CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- -1 a 0            No es Confiable
- 0 a 0.49        Baja Confiabilidad

- 0.5 a 0.75 Moderada Confiabilidad
- 0.76 a 0.89 Fuerte Confiabilidad
- 0.9 a 1 Alta confiabilidad.

Por lo tanto si  $Rip = 1$  entonces hay alta confiabilidad en el instrumento de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

ANEXO N° 08.

**Tabla n° 03: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: generalidades. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

Generalidades	Fi	%
Alto	22	27.2
Medio	32	39.5
Bajo	27	33.3
Total	81	100

*Fuente:* instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

**Tabla n° 04: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: factores de riesgo. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

Factores de riesgo	Fi	%
Alto	22	27.2
Medio	25	30.8
Bajo	34	42.0
Total	81	100

*Fuente:* instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

**Tabla n° 05: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según la dimensión: prevención. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

Prevención	Fi	%
Alto	17	21.0
Medio	49	60.5
Bajo	15	18.5
Total	81	100

*Fuente:* instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.



**Tabla n° 06: nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil según grado de instrucción. Distrito de María-Luya Amazonas 2017.**

Grado de F instrucción	NIVEL DE CONOCIMIENTO							TOTAL
	Bajo		Medio		Alto			
<i>u</i>	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
primaria	11	23.5	31	65.9	5	10.6	47	100
secundaria	3	13	16	69.6	4	17.4	23	100
superior	0	0	4	44.4	5	55.6	9	100
sin estudios	2	100	0	0	0	0	2	100
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>19.8</b>	<b>51</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>17.2</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

instrumento de recolección de datos prueba de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.