

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POSTGRADO

**Intervención educativa para elevar el nivel de
conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus
del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN,
filial Barranca, 2010**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Obstetricia con
mención en Salud Reproductiva

AUTOR

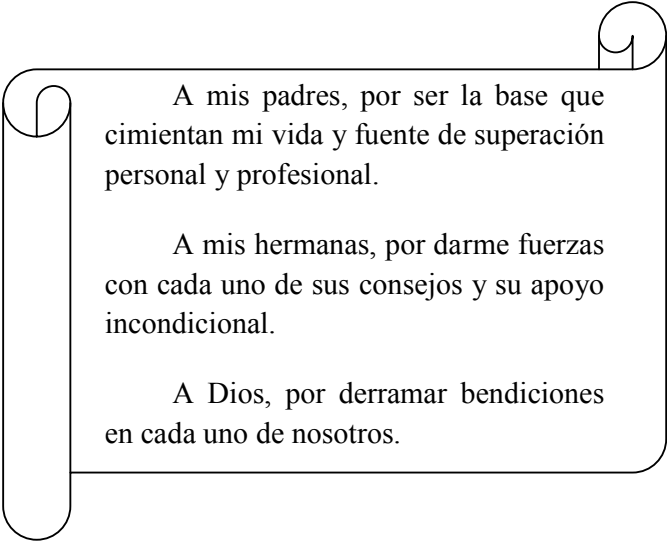
Elizabeth del Pilar Paredes Cruz

ASESOR

Alejandro Barreda Gallegos

Lima – Perú

2012



A mis padres, por ser la base que cimientan mi vida y fuente de superación personal y profesional.

A mis hermanas, por darme fuerzas con cada uno de sus consejos y su apoyo incondicional.

A Dios, por derramar bendiciones en cada uno de nosotros.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento, a todas las personas que con su apoyo, confianza y aliento me facilitaron el camino para poder superar los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de la investigación. Por ello quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que apoyaron y aportaron en esta investigación:

Al Dr. Alejandro Barreda Gallegos, Asesor de mi tesis quien con su aliento para continuar en mi investigación permitió superar las dificultades presentadas, así como sus amplios conocimientos sin el cual no hubiera podido realizar la culminación del mismo.

A los jurados, quienes con cada uno de sus recomendaciones en el transcurso de la investigación permitieron mejorar y concluir exitosamente la investigación.

Al Mg. Judá Eriko Santisteban Aquino, Director Académico de la UNASAM-Filial Barranca, por su apoyo incondicional al brindarme los permisos respectivos para el desarrollo de la presente investigación en la institución que representa.

A las Licenciadas en Obstetricia: Rosa Angela Calderón Álvarez y Mayra Ochoa Ortega, por su apoyo constante durante el proceso de ejecución de los talleres y recolección de la información, sin el cual no hubiera sido posible el cumplimiento del mismo.

A las alumnas de Obstetricia y Enfermería de la Filial Barranca, por su participación desinteresada en la investigación, lo que nos permitió realizar el desarrollo de la misma.

A todos los que de alguna u otra manera contribuyeron de diversas maneras para que esta investigación culminara con éxito.

LA AUTORA

INDICE

	Pág.
CAPITULO 1: INTRODUCCION	
1.1. Situación del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación teórica.....	3
1.4. Justificación practica.....	4
1.5. Objetivos.....	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco filosófico de la investigación	6
2.2. Antecedentes de la Investigación.....	7
2.3. Bases Teóricas.....	10
2.3.1. El cáncer de cuello uterino.....	10
2.3.2. Factores de riesgo del cáncer del cuello uterino.....	11
2.3.3. El cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano....	13
2.3.4. El virus del papiloma humano en la historia.....	14
2.3.5. Epidemiología del virus del papiloma humano.....	15
2.3.6. El virus del papiloma humano.....	16
2.3.7. Historia Natural de la Infección por el virus del papiloma humano	17
2.3.8. La prevención del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.....	18
2.3.9. El Proceso del Conocimiento para la prevención.....	21
2.3.10. El Conocimiento.....	22
2.3.11. Actitud	25
2.4. Definición de Términos	26

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de la Investigación	28
3.2. Población de estudio	28
3.3. Unidad de Análisis	29
3.4. Tamaño de la muestra	29
3.5. Selección de la muestra	29
3.6 Variables	30
3.7. Técnicas de Recolección de Datos	31
3.8. Análisis e interpretación de la información	35

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Presentación de resultados	36
4.2. Prueba de hipótesis	49
4.3. Análisis, interpretación y discusión de resultados	57
4.4. Ética de la investigación.....	63
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66

ANEXOS

LISTADO DE CUADROS

CUADROS	Pág.
1. Medidas de Resumen de la Edad según grupo y Escuela Profesional de Origen(Basal).	36
2. Medidas de Resumen del Puntaje de la prueba de conocimiento según grupo.	40
3. Distribución de frecuencia del Nivel de conocimiento en el grupo experimental y control.	41
4. Diferencias en la Distribución del Nivel de conocimiento del grupo experimental y control	42
5. Comparación del Nivel de conocimiento alcanzado entre el pre-test y post-test al mes y pre-test y post-test a los dos meses del grupo experimental	44
6. Comparación del Nivel de conocimiento alcanzado entre el pre-test y post-test al mes y pre-test y post-test a los dos meses del grupo control	45
7. Medidas de Resumen del Puntaje de la prueba de actitud según grupo.	46
8. Distribución de frecuencia del Nivel de actitud en el grupo experimental y control	47
9. Diferencias en la Distribución del Nivel de actitud del grupo experimental y control	48
10. Propuesta de prueba de hipótesis para datos apareados.	50
11. Resultados de la prueba de hipótesis para datos apareados.	53
12. Distribución del grupo experimental antes (basal) y después (final) de la intervención educativa.	55
13. Resultado de la prueba de McNemar.	55
14. Distribución del grupo experimental al final y a los dos meses de concluida la intervención educativa.	56
15. Resultado de la prueba de McNemar.	57

LISTADO DE FIGURAS

FIGURAS	Pág.
1. Edad de grupo control entre las alumnas de las Escuelas de Enfermería y Obstetricia (Basal)	37
2. Edad de grupo experimental entre las alumnas de las Escuelas de Enfermería y Obstetricia (Basal)	38
3. Distribución del Grupo Control por escuela profesional y estado civil (Basal)	39
4. Distribución del Grupo Experimental por escuela profesional y estado civil (Basal)	39
5. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento	41
6. Puntaje promedio de la prueba de actitud	46
7. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento versus actitud del Grupo Experimental	48
8. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento versus actitud del Grupo control	49
9. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes entre el Final de la intervención y el Basal.	51
10. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses del Final de la intervención y el Final.	51
11. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses del Final de la intervención y el Basal.	52
12. Evaluación de normalidad para la prueba de Actitud respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses del Final de la intervención y el Basal.	52

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) -Filial Barranca. El estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles. La muestra fueron 60 universitarias del primer ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Filial Barranca y 60 controles. Se usó el Programa SPSS versión 15.0. Para la significancia estadística se tomó la prueba t-student y la prueba de McNemar, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95%.

Se encontró, que la edad promedio en el grupo control (19.84 años) fue ligeramente mayor que el experimental (17.80 años). El 100% de las alumnas de Enfermería fueron solteras a diferencia de un 96.67% de Obstetricia. En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, el 90% desaprobó la prueba antes de la intervención y al final solo el 28.33%, lo que fue significativo ($p=0.00$) con la prueba t-student, al igual que a los dos meses ($p=0.00$), mientras que la evaluación final y a los dos meses de la intervención no evidenció un incremento significativo ($p=0.94$). La Prueba de McNemar demostró que al Final de la intervención educativa hubo cambios significativos ($p=0.00$), mientras que a los dos meses no se mejoró el nivel de conocimientos ($p=0.629$). Así se obtuvo que el promedio basal del grupo experimental ($\bar{X}=6.82$, $DE=3.12$) aumento al final de la intervención ($\bar{X}=11.33$, $DE=1.30$), comparado con el grupo control que fue ($\bar{X}=7.50$, $DE=2.68$) y ($\bar{X}=7.43$, $DE=2.90$) respectivamente. Respecto a la actitud, con la prueba t-student se encontró un incremento significativo ($p=0.00$) en el promedio del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluida la intervención. Se vio una diferencia media entre la prueba basal y a dos meses de la intervención de 2,70 puntos en el control y 35,60 puntos el experimental. La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente, por ello es importante que tengan una mayor información sobre el tema lo que podría tener un efecto protector sobre su salud y en sus pares.

Palabras Claves: Intervención - Virus Papiloma Humano - Cáncer de Cuello uterino-
Prevención.

SUMMARY

The research objective was to evaluate the effect of educational intervention on the level of knowledge and attitudes towards cervical cancer and human papillomavirus among students of Medical Sciences of the University Santiago Antúnez de Mayolo-Subsidiary Barranca. A study quasi-experimental, longitudinal, prospective, case-control study. Participants were junior college of the Faculty of Medical Sciences of the Subsidiary Barranca. The sample was 60 cases and 60 controls. The data were processed in the computer program SPSS version 15.0. We used t-student test and McNemar test, with a value of $p < 0.05$ and confidence interval 95% for statistical significance.

It was found that the average age in the control group (19.84 years) was slightly larger than the experimental (17.80 years). Of the nursing students, 100% were single as opposed to a 96.67% of obstetrics. As a test of knowledge about cervical cancer and Human Papilloma Virus, 90% disapproved the test before the intervention and at the end only 28.33%, which was significant ($p = 0.00$) with the test t-student, like two months ($p = 0.00$), while the final evaluation and two months after intervention no significant increase ($p = 0.94$). The McNemar test showed that the End of the educational intervention there were significant changes ($p = 0.00$), while two months did not improve the knowledge level ($p = 0.629$). Thus it was found that the average baseline in the experimental group ($\bar{X} = 6.82$, $DE = 3.12$) increase at the end of the intervention ($\bar{X} = 11.33$, $DE = 1.30$), compared with the control group was ($\bar{X} = 7.50$, $DE = 2.68$) and ($\bar{X} = 7.43$, $DE = 2.90$) respectively. Regarding the attitude, the student t-test found a significant increase ($p = 0.00$) in average test score of attitude after two months of completion of the intervention. He was a mean difference between the baseline test and two months after surgery of 2.70 points and 35.60 points control the experimental. The attitude was positive in the experimental group in contrast to the control that had negative attitudes. When the university had more knowledge, improved their attitude positively, so it is important to have more information on the subject which could have a protective effect on their health and their peers.

Keywords: Intervention - human papillomavirus - Cervical Cancer-Prevention.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

1.1. Situación del Problema

Cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. Se estima que, actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas con cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por la misma y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo.

En países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40%; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa, las mayores incidencias se reportan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; Canadá y Puerto Rico reportan tasas inferiores (Chávez & Casave, 2002).

En el Perú; el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima después del cáncer de mama (Gómez, 2009). Así; cada año 2,663 mujeres mueren por esta enfermedad en el Perú, especialmente en las zonas más alejadas y de menores recursos económicos. Los más de 5,400 nuevos

casos que se presentan cada año en nuestro país, son producidos por el virus del Papiloma Humano (VPH) (Ministerio de Salud-MINSA, 2009).

Estudios epidemiológicos, consideran que la neoplasia cervicouterina se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. En apoyo a esta hipótesis, se vincula una elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente de infecciones por oncovirus, en las que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera como la génesis fundamental del cáncer cervicouterino. A partir de la década de los 80 se identificó el VPH como causa necesaria, así Bosch reporta que la NIC invasor se asocia con la presencia del VPH en el 99 % de los casos.

Se ha logrado identificar más de 100 serotipos de VPH, de ellos, 30 tipos asociados al cáncer cervicouterino. Otros factores de riesgo que deben coincidir con el VPH son el nivel socioeconómico bajo, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales, la edad temprana del primer embarazo, tener tres o más partos, el uso de anticonceptivos hormonales, el tabaquismo y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La infección por HPV es mayor en las menores de 25 años, probablemente debido a conductas sexuales más arriesgadas (no uso de preservativo, más compañeros) y razones biológicas (inmadurez cervical, déficit del flujo cervical protector y ectopia cervical aumentada). La actividad sexual temprana, puede acelerar el proceso de maduración cervical. Los adolescentes sexualmente activos estarán con muy alta probabilidad expuestos al VPH y a sus consecuencias desde la infección latente y sintomática hasta las verrugas genitales y la displasia.

A pesar de los esfuerzos y recursos destinados al programa que da el MINSA, para realizar tamizajes de cáncer de cuello uterino, aún el mismo

posee debilidades, en las que se destaca la escasa prevención, por no contar con programas de intervención educativos desde la etapa escolar, dirigidos de forma permanente al conocimiento y control de los factores de riesgo, que llevan al desarrollo de esta frecuente neoplasia.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM -Filial Barranca-2010?

1.3. Justificación Teórica

En vista, que el número de personas afectadas por el cáncer de cuello uterino, relacionado con el virus del papiloma humano, se ha incrementado a través de los últimos años; surge la inquietud para la realización de esta investigación ya que un importante número de adolescentes y jóvenes en todo el mundo son sexualmente activos, lo cual estaría permitiendo que se incremente el contagio por vía sexual del virus del papiloma humano. Aproximadamente, el 20% de mujeres de 20 años en América Latina han tenido relaciones sexuales. En nuestro país y específicamente en Lima, el inicio de la vida sexual está entre los 16 y 19 años de edad en promedio, mientras que en la sierra y selva del país la primera relación sexual es a los 12 años, teniendo en cuenta ello, podríamos advertir el porqué del aumento de las infecciones de transmisión sexual y entre ellos el virus del papiloma humano, lo cual constituye un importante problema de salud en la población adolescente, ya que el 50% de todas ellas sucede a esta edad. Las tasas de VPH son más altas en la población adolescente con una prevalencia acumulada de hasta el 82% en grupos seleccionados (Brown, Shew, & Qadadri, 2005).

Respecto a lo anterior, es necesario el uso de campañas educativas promovidas por el estado, sin embargo esta aun es muy deficiente con respecto a la relación del cáncer del cuello uterino y el virus del papiloma humano, lo que ha hecho que en los últimos años se haya incrementado el número de casos por cáncer de cuello, y más aun este aumentando en la población joven.

Basados en lo anteriormente planteado (escasez de estudios intervencionistas sobre el tema), es que se decidió realizar la siguiente investigación dirigida a modificar el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, mediante una intervención a un grupo de estudiantes del primer ciclo de estudios de ciencias médicas, siendo una población joven y a la vez inmersa en el cuidado de la salud de las mujeres, se puede lograr un doble beneficio, ya que no solo conocerán o incrementarán sus conocimientos para su propio beneficio, permitiéndoles lograr cambios en el modo de vida de ellas mismas, sino también en las personas que atenderán en un futuro, y así ser agentes de cambio para poder disminuir la incidencia y mortalidad derivada de esta enfermedad.

1.4. Justificación Práctica

De acuerdo a la problemática planteada anteriormente, es preciso identificar y describir el conocimiento que tienen las estudiantes, para luego realizar un programa de intervención que permita mejorar los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano; y finalmente realizar una evaluación posterior para evaluar el incremento de sus conocimientos.

Así mismo; serviría de motivación a los profesionales de salud para realizar actividades preventivas, que establezcan dentro de sus actividades la promoción y divulgación de medidas destinadas a la prevención del virus del

papiloma humano, el cáncer de cuello uterino producido por el mismo y finalmente servir de antecedente a futuras investigaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM -Filial Barranca, en comparación a un grupo control.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes en el grupo de casos y controles, antes de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Evaluar el nivel de conocimientos en el grupo de casos y controles, al término de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes en el grupo de casos y controles, a los dos meses del término de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Comparar las diferencias entre conocimientos y actitudes en el grupo de casos y controles, antes y después de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Determinar el cambio de actitud frente al nivel de conocimiento en los casos y controles.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico de la investigación

En la investigación se usó el método cuantitativo, el cual tiene un fundamento epistemológico positivo lógico como corriente que permite explicar el origen del conocimiento, resalta la importancia de la comprobación científica y del empleo de la lógica formal, buscando los hechos o causas de los fenómenos sociales que ejercen una influencia externa sobre las personas.

El conocimiento es necesario; ya que sin perder su esencia teórica es un eficaz instrumento de dominio de la realidad. Una afirmación cualquiera que sea, solo alcanza rango científico cuando es fundamentada; por ello se precisa la demostración para poder incorporar los conocimientos.

Para efecto de los logros en la intervención, se empleó el Modelo Didáctico Operativo, inspirado en el estructuralismo y constructivismo del conocimiento según la teoría de Jean Piaget, que se compone de: experiencias vivenciales, conceptualizaciones y reflexiones, documentación, ampliación de la documentación y aplicación, los cuales actúan simultáneamente o en una secuencia diferente según el caso.

La posición filosófica constructivista, implica que el conocimiento humano no se recibe en forma pasiva ni del mundo ni de nadie, sino que es procesado y construido activamente, además la función cognoscitiva está al servicio de la vida, es una función adaptativa, y por lo tanto el conocimiento

permite que la persona organice su mundo experiencial y vivencial. El aprendizaje es siempre una reconstrucción interior y subjetiva.

Mientras que, la actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones; teniendo en cuenta que estas se forman a lo largo de la vida y que no se pueden observar directamente, es preciso inferirlas a partir de la conducta verbal o no verbal de los sujetos.

2.2. Antecedentes de la Investigación

Se realizó la revisión de investigaciones previas sobre el tema en estudio, encontrándose algunos relacionados al tema. Así tenemos que:

Simas, Izumi y Vilela, ejecutaron un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención de cáncer cervicouterino y el VPH en adolescentes” (2010), realizado en una escuela pública en Sao Paulo con 134 adolescentes entre 14 y 19 años. El promedio de la edad de iniciación sexual fue de 14,8 años. La mayoría de los adolescentes no tuvo conocimientos adecuados sobre la prevención de este tipo de cáncer, ya que el 31,4% identifica la falta de conocimiento como la principal razón de los adolescentes para la prevención. También presentó bajas tasas de la prueba del Papanicolaou. El porcentaje de uso del condón en la primera relación sexual encontrada en este estudio es relativamente baja (78,2%). Se encontró que más de la mitad los adolescentes no uso condón en su última relación sexual (59,7%), el 46,0% informó que el uso del condón masculino reduce el placer de la relación. Al evaluar la actitud, también se observó que casi la mitad (47,1%) de los adolescentes que fueron sexualmente activas no se hicieron una prueba de Papanicolaou.

Li Ping Wong y I-Ching Sam, realizaron un estudio sobre el “Conocimiento y las actitudes hacia el virus del papiloma humano (VPH), vacuna contra el VPH y el cáncer cervical de estudiantes universitarias de gran diversidad étnica” (2010), en el cual encontraron que el conocimiento sobre el VPH, la vacunación contra el VPH, el cribado cervical y factores de riesgo de cáncer fue muy pobre. En toda la muestra, la puntuación media total conocimiento (14-tema) era sólo del 3,25. Sólo el 10,3% había oído hablar de la vacuna contra el VPH. Aproximadamente el 48% de los participantes indicaron una intención de recibir una vacuna contra el VPH. Intención de recibir una vacuna contra el VPH se asoció significativamente con el conocimiento del VPH y verrugas genitales, y el conocimiento del cáncer cervicouterino y factores de riesgo. De los que se negó vacunación contra el VPH, el 50,9% puso en duda la seguridad y la eficacia de la nueva vacuna, y el 41,5% no se percibe como un riesgo de infección por VPH.

Solmar M., Guevara H., Herrera E., Jiménez K., Cardozo R. y Sánchez K. en su investigación sobre “Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería” (2009), encontraron que la edad fue $18 \pm 0,5$ años. Predominó significativamente el sexo femenino (92 %) y los estudiantes que no refirieron tener más de una pareja sexual (87,6 %). Más de la mitad de las mujeres tuvo un conocimiento sobre virus de papiloma humano muy bueno o excelente, estando éste significativamente asociado a un ejercicio responsable de la sexualidad en ambos géneros.

Sarabia C., en su investigación “Virus del Papiloma Humano (VPH) y prevención: qué saben nuestros adolescentes” (2008), tomo una muestra de 1.134 adolescentes del cual obtuvo como resultado que la edad promedio fue de 17,2 años. Respecto a conocimientos sobre si el Virus del Papiloma Humano, era una Infección de Transmisión Sexual (ITS), un 88% lo desconocía. Sobre la relación entre el VPH y el cáncer de cerviz, solo un 3,4%

dijo estar “muy de acuerdo” en que el primero podía causar el segundo. Respecto al uso del preservativo, un 76% afirmaba que prevenía el VPH. Respecto a si el VPH causaba enfermedades crónicas, un 47,2% dijo “no estar muy de acuerdo”. Preguntando sobre la existencia de una vacuna frente al VPH un 44,2% decía “estar de acuerdo” en su existencia, de los cuales el 79,3% eran chicas. Indagando sobre si prevenir una ITS con una vacuna ya evitaba tener que usar medidas de protección como el preservativo, hasta un 76,5% decía “estar de acuerdo”. Percepción de riesgo y percepción de gravedad del VPH: la probabilidad percibida de infectarse con el VPH en una escala de 0 a 100, fue de 38,8.

Hernández V.; Aguilar F.; Toraño V. y colab. en su investigación “Identificación de mecanismos de transmisión del virus del papiloma humano en mujeres infectadas” (2006), encontraron que de un total de pacientes 31.2% tuvo conocimiento bueno, 42.2% regular y 26.6% malo. De 109 pacientes 47.7% son de estrato socioeconómico medio bajo, 49.5% con estudios de primaria, casadas 67%, con una pareja sexual 54.1%, con vida sexual activa 44% y 77.1% no habían recibido pláticas informativas en relación al virus del papiloma humano.

Chávez M.; Virelles M.; Bermejo W. y Viñas L. hicieron un estudio de “Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino” (2008) , donde encontraron que el 43,75% de la población investigada correspondió a edades entre los 36 y 45, luego de la intervención aumentó el conocimiento entre un 80 y 100% en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino, como la infección por papiloma virus humano, malas condiciones socioeconómicas, paridad precoz, uso prolongado de tabletas anticonceptivas, otras infecciones de transmisión sexual y la citología alterada.

Dell, Diana.; Chen, H.; Ahmad, M. y Stewart, D., hicieron un estudio sobre “Conocimiento sobre el Virus del Papiloma humano entre los adolescentes” (2000), donde el 87% de la población no había oído hablar de VPH. Aunque las mujeres adolescentes conocían más acerca de las pruebas de Papanicolaou que los hombres adolescentes, sólo el 39% de las adolescentes con experiencia sexual sabía quién debe hacerse una prueba de Papanicolaou.

Gamarra Carmen, realizo un estudio sobre “Conocimiento de la población mayor de 15 años en la promoción de la salud sobre las enfermedades de transmisión sexual y Sida” (2003), en el cual encontró que la edad con mayor porcentaje, fue la comunidad entre 15 y 24 años con un 49.30%, con predominio del sexo femenino en un 62,64%. Respecto al virus del papiloma humano existe un total desconocimiento de la enfermedad en todos los indicadores medidos en más de un 90%.

Los antecedentes que se dan a conocer, sirvieron de modelo y orientación en cuanto a la metodología, y las conclusiones ayudaron a identificar algunos aspectos de importancia para esta investigación.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. El cáncer de cuello uterino

El Cáncer de Cuello Uterino, es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución; que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

El Cáncer de Cuello Uterino, constituye un importante problema de salud pública, afecta aproximadamente a medio millón de mujeres cada año. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de cuello uterino (CACU), es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500.000 casos nuevos se presentan cada año.

En el Perú, la incidencia se calcula en 40 por 100.000, ocupando el primer lugar a nivel nacional, con una tasa de mortalidad de 15.8/100.000 habitantes (Ministerio de Salud-MINSA, 2009).

La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cervicouterino (López & Lizano, 2002).

Se ha afirmado, que el epitelio metaplásico de las mujeres jóvenes sería más susceptible a la infección por VPH; también es cierto que el virus para poder cumplir su ciclo vital necesita de un epitelio maduro.

En las naciones en desarrollo, se han establecido programas de detección (que tradicionalmente utilizan pruebas diagnósticas de Papanicolaou) para identificar signos pre-cancerosos y tratarlos a tiempo (PATH & IIN, 2009).

2.3.2. Factores de riesgo del cáncer del cuello uterino

El virus del papiloma humano, es el factor de riesgo principal del cáncer del cuello uterino. Esta enfermedad se puede transmitir de

una persona a otra durante las relaciones sexuales. El sostener relaciones sexuales sin protección, especialmente a una edad temprana, hace que sea más probable infectarse con el virus de VPH.

El inicio de relaciones coitales a edad temprana (antes de los 18 años) y tener muchas parejas sexuales (o que han tenido relaciones sexuales con hombres que, a su vez, han tenido muchas parejas) tienen un riesgo mayor de contraer VPH.

El tabaquismo, es otro factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino. Las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. Fumar, expone al cuerpo a numerosas 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. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino.

El bajo nivel socio económico, condiciona que muchas mujeres no se realicen la toma del Papanicolaou (PAP) o la inspección visual con ácido acético (IVAA).

La cervicitis crónica y otras enfermedades como el HIV e infecciones de transmisión sexual (Ministerio de Salud-MINSA, 2009), también están en relación con su incremento.

2.3.3. El cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano

Por mucho tiempo, se sospechó una etiología infecciosa para las verrugas, esto se demostró al fin en el siglo XIX. Uno de los primeros reportes de transmisión de verrugas en humanos fue por un accidente ocurrido en 1845 a un fabricante de velas de cera, que mientras estaba removiendo un condiloma acicular (puntiagudo) con su instrumento, se lastimó debajo de la uña. Tiempo después apareció en el lugar de la lesión una verruga, que luego de destruirla aparecía repetidamente, hasta que la uña fue finalmente removida.

El concepto de que algunas verrugas podían progresar a la malignidad, fue establecido por los estudios de Shope, Rous y otros, que estudiaron la transmisión de verrugas que aparecen de manera natural en los conejos comúnmente llamados de cola de algodón. Estos investigadores descubrieron que las lesiones formadas en conejos domésticos, después de inocularlos con extracto de verrugas de los conejos de cola de algodón, eran sensibles a la progresión maligna. También se demostró que tales extractos causaban la aparición de verrugas solo en conejos y no en otros animales, lo que ilustra la especificidad del virus por su hospedero. El primer virus del papiloma fue aislado de conejos por Richard Shope en 1933 (López & Lizano, 2002).

Las alteraciones citológicas de la infección subclínica por el VPH del epitelio del cuello uterino fueron observadas por Ayre en 1949. Koss en 1955, describió al coilocito (células grandes, procedentes de las capas superficial o intermedia, que contienen un núcleo irregular e hiper cromático, el cual está rodeado de un halo

claro, que parece desplazar el resto del citoplasma a la periferia), como característica de displasia, sin sospechar que era producida por el VPH; Meisels y Fortin en 1976, Puroola y Savia en 1977 confirmaron que ciertas alteraciones citológicas del epitelio del cuello uterino consideradas como típicas de la displasia y carcinoma in situ (coilocitos y disqueratocitos) eran en realidad patognomónicas de la infección subclínica por el VPH, confirmadas por microscopía electrónica por Alberti y Cols. 1970 y Meisels y Col. 1984 e inmunocitoquímica e hibridización (Arauzo, 2009).

Posteriormente a eso, el enlace entre el cáncer de cuello uterino y el VPH fue demostrado a principios de los años 80's por el doctor Harald Zur Hausen. Esta idea le concedió el Premio Nobel, ya que fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen genomas del virus del papiloma humano (Lizano, Carrillo, & Contreras, 2009).

Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que casi todos (99,8%) los casos de cáncer de cuello uterino se deben a tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual, esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH. En esencia todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo.

2.3.4. El virus del papiloma humano en la historia

La historia de infección genital por el virus del papiloma humano tiene más de 2000 años.

Tanto griegos como romanos describieron las verrugas genitales (verrugas virales o virus papiloma humano), transmitidas por relaciones sexuales. Hasta bien entrado el siglo XX se creía erróneamente que la infección de las verrugas o condilomas genitales, formaba parte de las infecciones sifilíticas y gonorréicas.

En la época del antiguo Egipto, se hicieron pinturas que describían el tratamiento de las verrugas genitales, con el uso de cauterio y en la Grecia clásica adopta su nombre "Kondyloma" que significa verruga, como también es conocida en la actualidad.

En la Roma del siglo I d.c. , Aulus Cornelius Celsus (25 a.C-50 d.C), considerado como el "Cicerón de la medicina", o el "Hipócrates latino", hizo la primera descripción de verrugas genitales con la diferenciación de las mismas, denominando ficus a las verrugas genitales, myrmecia a las verrugas de la planta del pie y thimión a la verruga vulgar. En Roma, ya se sospechaba su posible transmisión sexual, ya que a menudo las personas las tenían en el ano. Celsus, también describió úlceras genitales duras y suaves (Potenziani & Potenziani, 2006).

2.3.5. Epidemiología del virus del papiloma humano

La infección por el VPH es más frecuente en personas de 20 a 25 años y está incrementándose; ha alcanzado proporciones epidémicas especialmente en jóvenes; el hombre asintomático es el reservorio del VPH genital; se infectan dos hombres por cada mujer. La prevalencia en 1970 era del 1 % al 2 % y en 1985 por citología 2.5%. Actualmente, se informa una prevalencia detectada por métodos

de alta sensibilidad hasta en el 85 % y en mujeres de más de 35 años decrece al 2 % ó 3%.

2.3.6. El virus del papiloma humano

Los papilomas virus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo, todos los papilomas virus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papiloma virus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones.

Los virus del papiloma humano (VPH o HPV del inglés human papillomavirus) son un grupo diverso de virus ADN perteneciente a la familia de los Papillomaviridae.

Los virus del papiloma, son pequeños virus de DNA de doble cadena, sin envoltura, cuyo genoma está constituido por aproximadamente 7200-8000 pb, el cual se divide en tres regiones: una región temprana E (Early), la cual codifica para las proteínas virales (E1, E2, E4, E5, E6 y E7), necesarias para la replicación del DNA viral, la regulación de la trascrición y la transformación e inmortalización celular, una región Tardía L (Late), que codifica para proteínas estructurales (L1 y L2) y una región reguladora conocida

como región larga de control LCR (Long Control Region), que contiene la secuencia de DNA que permiten el control de la replicación y de la expresión del genoma viral.

Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix. El papiloma virus tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores, mientras que el papiloma virus tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos. Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPHs oncogénicos (Lizano, Carrillo, & Contreras, 2009).

2.3.7. Historia Natural de la Infección por el virus del papiloma humano

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucradas en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello, que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo (en hombres, contactos frecuentes con mujeres que ejercen la prostitución, y en mujeres, contactos frecuentes con hombres con múltiples parejas sexuales). La circuncisión masculina y el uso estricto y sistemático del preservativo

son factores que pueden reducir, aunque sin prevenir totalmente, el riesgo de transmisión del VPH entre parejas sexuales. Socialmente pueden identificarse grupos de alta prevalencia en la población de mujeres que ejercen la prostitución y en los grupos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (De Sanjosé Llongueras & García, 2006).

2.3.8. La prevención del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano

- Las citologías periódicas constituyen el medio más eficaz para apreciar si existen anomalías y cambios pre cancerosos o cancerosos causado por cualquier tipo de VPH. Por ello, es muy importante las citologías periódicas (con la periodicidad necesaria dependiendo de la edad, riesgo, resultados previos, etc.) para detectar las lesiones que causa el virus. Así, la prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical. Existen dos métodos principales para preparar las muestras de células para que puedan ser examinadas con un microscopio en el laboratorio. Un método es la Citología convencional que consiste en esparcir la muestra directamente sobre laminillas de vidrio para microscopio, luego esta muestra se envía al laboratorio; y el otro método es la Citología basada en líquido que consiste en colocar la muestra de las células del cuello uterino en un líquido preservativo especial (en lugar de colocarlas directamente en una laminilla), para luego llevarla al laboratorio a la lectura (Sociedad Americana del Cáncer, 2009).

- El uso de preservativos en todas las relaciones sexuales reduce el riesgo de infección por cualquier tipo de VPH (protege la zona que cubre). Un estudio encontró que cuando se usan los condones correctamente, éstos pueden reducir la tasa de infección con VPH en aproximadamente 70% si se usan cada vez que se tiene sexo. Los condones no pueden ofrecer protección total, ya que no pueden cubrir toda posible área de infección con VPH del cuerpo, tal como la piel del área genital o anal (Sociedad Americana del Cáncer, 2009). Además, el uso del preservativo tiene la ventaja de que impide el contagio de virus del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y evita embarazos no deseados.
- La vacuna frente al VPH es otro medio para reducir el riesgo de infección por dos de los tipos de virus de papiloma VPH con riesgo de cáncer. Los virus del VPH, son pequeños virus ADN tumorales provistos de un genoma circular de aproximadamente 8.000 pares de bases y una cápside viral icosaédrica compuesta por 2 proteínas L1 y L2. La inmunogenicidad se basa en la presentación al sistema inmune de epítopes (porción de una macromolécula que es reconocida por el sistema inmunitario, específicamente la secuencia específica al que se unen los anticuerpos) de las cápsides virales compuestas por la proteína L1 y vacías del VPH llamadas virus-like particles (VLP) con capacidad de producir títulos elevados de anticuerpos.
- Existen actualmente dos vacunas en nuestro país para la prevención del cáncer de cuello uterino escamoso y glandular, así como para las verrugas genitales:
 - Gardasil, desarrollada y comercializada por Merck Research Laboratories y en Europa por Sanofi Pasteur MSD, que incluye VLP de los tipos 6, 11, 16 y 18. Utiliza una sal de aluminio

como adyuvante. El esquema de vacunación recomendado incluye tres dosis intramusculares a los 0, 2 y 6 meses. Se ha observado a los 5 años de seguimiento una eficacia del 96% para la infección persistente por el VPH y una protección del 100% frente a CIN 1 y CIN 2-3 con confirmación histológica. Los resultados de los estudios de inmunogenicidad de la vacuna tetravalente también demuestran que la respuesta inmunitaria de niños y niñas de 9 a 15 años, es significativamente superior a la de las mujeres adultas jóvenes (16 a 23 años).

- Cervarix, desarrollada y comercializada por GlaxoSmithKline, incluye VLP de los tipos 16 y 18. Utiliza como adyuvante AS04, una sal compuesta de aluminio y MPL, un lipopolisacárido, al que se ha atribuido un incremento de la respuesta inmunogénica. La pauta de vacunación recomendada incluye tres dosis intramusculares a los 0, 1 y 6 meses. Los resultados a los 4-5 años de seguimiento, refieren una eficacia del 100% frente a la infección persistente por el VPH y una protección del 100% frente a CIN.
- Se ha demostrado que ambas vacunas son seguras, ya que impiden el desarrollo de la enfermedad, aunque adquieran la infección por el VPH, y que son eficaces para reducir la incidencia de verrugas genitales, cáncer cervical y que producirán inmunidad a largo plazo. Son fáciles de administrar y son rentables reduciendo la mortalidad por cáncer cervical y la morbilidad asociada a los otros problemas relacionados (Hidalgo & Castellano, 2007).
- Las vacunas proporcionan un mayor beneficio en salud pública si se administran antes de que el paciente tenga contacto con el virus e inicie la actividad sexual (PATH & IIN, 2009).

- Posponer las relaciones sexuales, puede ayudar a evitar el VPH. También, limitar el número de parejas sexuales y evitar las relaciones sexuales con alguien que haya tenido muchas parejas sexuales. Alguien puede tener el virus y contagiar a otra persona sin saberlo (Sociedad Americana del Cáncer, 2009).
- No fumar, es otra forma importante de reducir el riesgo de precáncer y cáncer de cuello uterino (Ministerio de Salud-MINSA, 2009).

2.3.9. El Proceso del Conocimiento para la prevención

El éxito de los programas de educación sobre cuestiones de salud en diversas situaciones demuestra que, dondequiera que estén, las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad.

Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de los padres, docentes y los profesionales de la salud. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas, a una edad apropiada, para lograr una verdadera prevención.

Los conocimientos, constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales en la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como del pensamiento, es decir implican la posición de información comprobada sobre el mundo exterior.

En la construcción del conocimiento científico, el primer momento se inicia en los sentidos que están en contacto con el medio interior, dando resultado el conocimiento común o empírico espontáneo que se obtiene por intermedio a la práctica que el hombre realiza diariamente.

Un segundo momento en este proceso es aquel en el que según la conceptualización apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que estudian.

En el tercer nivel de conocimiento, el pensamiento adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata.

Visto de este modo, se podría considerar que a través de acciones diversas de la educación para la salud permiten al individuo, familia y comunidad adquirir conocimientos que le facilitaran mantener un estado de salud óptimo, lograr nuevos estilos de vida y fomentar el auto cuidado.

2.3.10. El Conocimiento

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que tenga. Cabe resaltar, que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

Según Rosental (1825):

El conocimiento, es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

Según V. Afanasier (1984):

El conocimiento, es el reflejo activo orientado a un fin del mundo objetivo y sus leyes, en el cerebro humano es un proceso infinito de aproximación del pensamiento al objeto que se quiere conocer, del movimiento de la idea, del no saber al saber, del saber incompleto al saber completo.

El Conocimiento, se puede identificar en formas o niveles de conocimiento:

- *El nivel Vulgar:* Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. A través de este conocimiento el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes".

- *El nivel Científico:* Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter rigurosos y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación cualquiera que sea solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

- Según Henry Wallón (1985):

El conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan, de es este modo el hombre tiene la posibilidad de predecir y controlar los fenómenos.

El nivel filosófico esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad, pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre alcances de nuestro saber, se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia, ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a lo cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida.

El nivel pre-científico es exclusivo del ser humano quien lo adquiere a través de la práctica concreta, en el curso de su ciclo vital.

Según Henry Wallón (1985):

Datos e información empíricos sobre la realidad y el propio del individuo, es decir, conocimiento inmediatos situacionales útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factibles la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado.

2.3.11. Actitud

Es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. Las escalas son una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir. Dentro de las escalas, una de las más usadas es la escala de Likert, que es una escala aditiva la cual está constituida por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso en desacuerdo, muy en desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. La suma algebraica de las

puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los ítems da su puntuación total que se entiende como representativa de su posición favorable-desfavorable con respecto al fenómeno que se mide. Esta escala ordinal mide la actitud más favorable o más desfavorable de un individuo. La escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide (Fernández de Pinedo, 2010).

Al evaluar la actitud, se observó que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Así se ha visto que el bajo acceso al conocimiento sobre la prevención del cáncer de cuello uterino y el papiloma virus humano, especialmente en los adolescentes, debe ser compensado por la información en el aula y en las campañas de educación para la salud, utilizando técnicas y el idioma apropiado para esta población.

2.4. Definición de Términos

- **Intervención educativa:** Es una estrategia puesta en acción para identificar desarrollar y evaluar el proceso de mejora sobre los conocimientos y actitud acerca del cáncer de cuello uterino y el papiloma virus humano.

- **Conocimiento:** Es aquel conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee o adquiere el estudiante acerca del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- **Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano:** Es la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee el estudiante, para averiguar la igualdad o diferencia del conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, en dos momentos de la intervención, el cual será clasificado a una escala definida como: bajo, medio y alto.
- **Actitud:** Es la tendencia o predisposición aprendida, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- **Cáncer de cuello uterino:** Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.
- **Papiloma virus humano:** (VPH o HPV del inglés human papillomavirus) son un grupo diverso de virus ADN, perteneciente a la familia de los Papillomaviridae, tienen DNA de doble cadena, sin envoltura, cuyo genoma está constituido por aproximadamente 7200-8000 pb.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de la Investigación

Prospectivo, porque la información que se obtuvo fue después de la planeación de la investigación, para los casos y los controles.

Longitudinal, porque las variables involucradas se midieron en dos momentos.

Comparativo, porque existieron dos poblaciones de donde procedió el grupo experimental y el control, donde se compararon variables para contrastar las hipótesis: general y específicas.

El Diseño de la Investigación fue cuasi- experimental, con pre-evaluación y post-evaluación, con un grupo experimental y control.

3.2. Población de estudio

La población, estuvo conformada por 125 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) Filial Barranca que cursaban el primer ciclo de estudios.

3.3. Unidad de Análisis

La unidad de análisis, estuvo conformada por 120 estudiantes que estuvieron cursando el primer ciclo de estudios en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM -Filial Barranca que estuvieran estudiando en el periodo comprendido a Agosto 2010 - Enero 2011.

3.4. Tamaño de la muestra

En el presente trabajo, no se usó una fórmula estadística para la toma de la muestra puesto que se consideró a todas los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM- Filial Barranca para los casos y grupo experimental. Así se estableció un total de 60 estudiantes de Obstetricia y Enfermería. Para los controles se tomó en cuenta a otras 60 estudiantes.

3.5. Selección de la muestra

Para la selección de la muestra, se consideró que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión como:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de ciencias médicas de la UNASAM-Filial Barranca, que estuvieron matriculados y asistieron a clases durante Agosto 2010 - Enero 2011.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no aceptaron participar en la investigación al no dar su consentimiento.

3.6. Variables

- Variable Independiente:

Intervención educativa.- Consistió en un modelo educativo tomando en cuenta el enfoque constructivista, basado en el modelo didáctico operativo de Bustos, donde las participantes interactuaron con los elementos de aprendizaje para encontrar el nivel en donde se han quedado y tomar el siguiente nivel, con respecto a contenidos específicos de cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano. El modelo tiene cinco momentos: experiencia vivencial, reflexión, documentación, ampliación y aplicación, aplicados en las sesiones, el cual pretenderá mejorar los conocimientos y actitudes hacia el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.

- Variable Dependiente :

Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.- Es la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee el participante, para averiguar la igualdad o diferencia del conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, en dos momentos de la intervención, el cual será clasificado a una escala definida como:

Conocimiento bajo : 0-6 puntos.

Conocimiento medio : 7-13 puntos.

Conocimiento alto : 14 -20 puntos.

Actitudes hacia el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.- Consiste en la identificación de la actitud de las participantes sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, se tomará la medición a través de un instrumento construido a través de la escala de likert, el cual será clasificado a una escala definida como:

Actitud Negativa	: 17-34 puntos.
Actitud Indiferente	: 35-67 puntos.
Actitud Positiva	: 68-85 puntos.

3.7. Técnicas de Recolección de Datos

Método

Para el presente estudio, se uso dos métodos, el primero referido a la parte del método de investigación y el segundo al método pedagógico a usarse en la intervención.

- En el método de investigación, se aplico el método cuasi experimental a través de la intervención educativa realizando un pre test y post test inmediato a la culminación de la intervención y otro post test después de dos meses , estos a ambos grupos, tanto para los casos como para los controles.
- En el método pedagógico, se empleó el modelo didáctico operativo de Bustos (MDOB), basado en la metodología constructivista; que permite diseñar y desarrollar experiencias de aprendizaje, ambientes educativos y procesos de enseñanza aprendizaje comprometidos directamente con la producción y aplicación del conocimiento entre docentes y estudiantes. Este modelo que presenta Bustos tiene cinco etapas: experiencia vivencial, reflexión, documentación, ampliación y aplicación.

Técnica

El instrumento que se uso fue un cuestionario, precedido el mismo de un texto explicativo, el cual tuvo enunciados afirmativos y negativos, y constó de las siguientes partes: presentación, introducción; donde se

anuncia los objetivos del estudio, instrucción, datos generales y el contenido propiamente dicho relacionado a la variable de estudio.

El “Cuestionario sobre Conocimientos y Actitudes sobre cáncer de cuello uterino y papiloma virus humano” fue validado de la siguiente manera:

Validación del cuestionario:

Con el fin de determinar la validez de contenido del cuestionario se realizó una prueba piloto. El cuestionario para la recolección de los datos, se probó con 30 estudiantes que cursaron el primer ciclo de estudios de ciencias médicas de la UNASAM-Huaraz, no seleccionado para este estudio.

Luego se procedió a la depuración de los ítems. Se estableció los ítems con dificultad baja o alta para ser eliminados del cuestionario, por su bajo poder discriminante.

Fiabilidad: Se evaluó la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (toma valores entre 0 y 1), que se utilizó para evaluar la homogeneidad de los distintos ítems de una misma dimensión o apartado y del cuestionario global.

Este estudio constó de tres etapas, que se nombran y describen a continuación.

1. Etapa de Diagnóstico:

Consistió en un diagnóstico inicial mediante una encuesta confeccionada y aplicada. En este se recogió las variables dependientes e independientes.

El cuestionario fue autoaplicado a todas las estudiantes que dieron su consentimiento para participar del mismo.

La aplicación de la encuesta permitió obtener información sobre el conocimiento y actitudes de las estudiantes acerca del cáncer de cuello uterino, VPH y su prevención antes de realizar la intervención. La recolección de los datos se realizó por la propia autora mediante aplicación de la misma personalmente en encuentros planificados previamente a su aplicación.

A cada estudiante, se le asignó un número que fue sorteado entre todos, después de lo cual fue inscrito en la encuesta, este fue su código, el cual lo volvieron a poner cuando se tomó la encuesta final, lo que permitió identificarlas a la hora de contrastar los resultados antes y después de la intervención educativa.

Se hizo un cuestionario para medir conocimientos el cual constaba de una respuesta positiva (SI) y negativa (NO).

Para medir la actitud se usó el cuestionario, con una escala de puntuación de Likert de 1 a 5 (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo y Totalmente de acuerdo). (Anexo N°1). Se hizo una valoración de las respuestas tanto para los conocimientos y actitudes (Anexo N° 2 y N°3).

2. Etapa de Desarrollo:

Se diseñó un programa educativo "Cáncer de cuello uterino y el Papiloma virus humano" (Anexo N°5).

Para su ejecución se usó el Modelo Didáctico Operativo de Bustos, para ello se aplicó técnicas didácticas como:

En la parte de *experiencias vivenciales*, se utilizó el ensayo, se presentó una entrevista realizada a mujeres que habían presentado cáncer de cuello uterino, lo que sirvió de motivación e introducción al tema, también la demostración, presentándose al grupo los materiales

a ser usados en la toma de Papanicolaou y la forma como se hace la toma, para evitar los miedos frente a este examen.

En lo que respecta a la *reflexión o conceptualización*, se trabajaron: dinámicas en pequeños grupos, preguntas y lluvia de ideas; para construir conceptos o explicaciones acerca del tema y tenga una actitud crítica y la capacidad de toma de decisiones.

En la parte de *documentación*, se usó el desarrollo de los temas a través de módulos específicos con un contenido teórico sobre el tema de manera breve, sencilla y completa. Además se incluyó videos dirigidos en cada uno de los módulos para una mayor comprensión.

En cuanto a la parte *de aplicación*, se usaron ejercicios sobre el examen del Papanicolaou que permitieron evaluar su aplicación práctica respecto al contenido teórico y conceptual adquirido.

En cuanto a la parte de *ampliación*, se uso una historia contada por una mujer con cáncer de cuello uterino, que después fue usada como punto de partida para que las estudiantes realizasen sus preguntas, dieron sus opiniones y analizaran el caso, logrando con ello la relación con otros temas de interés por parte de los participantes.

Se dieron 4 sesiones en un horario en que las actividades académicas no se vieran afectadas, previo acuerdo con las participantes.

3. Etapa de Evaluación:

Para la evaluación, en función de los objetivos del programa educativo se realizo un postest inmediato al término del taller. Pasado dos meses de la intervención, se repitió la aplicación de la misma encuesta, lo que permitió observar las modificaciones en relación a los conocimientos de las estudiantes sobre la temática acerca del cáncer

de cuello uterino y VPH, teniendo así el antes y después de dicha intervención.

La encuesta se aplicó nuevamente por la autora cara a cara con las estudiantes, utilizando siempre el mismo método evaluativo para su calificación.

También se tomo el cuestionario al grupo control antes, después y luego a los dos meses de culminada la intervención.

3.8. Análisis e interpretación de la información

El análisis de los datos del estudio se centró en las diferencias numéricas que se obtuvieron en las escalas observadas antes y después de la intervención educativa. Para ello se uso el Programa SPSS Versión 15.

La veracidad de las hipótesis enunciadas anteriormente se contrastó mediante el test de t de Student para datos pareados con un nivel de significancia del 95%. El test de la t de Student requiere la normalidad de los datos. En este caso no fue necesario que las observaciones en ambos grupos, (casos y control), provinieran de poblaciones normales, ya que únicamente se verificó la normalidad de sus diferencias pre-test/ post-test.

Se uso la prueba de McNemar para datos pareados con el fin de ver el rendimiento de la prueba de conocimientos.

Se uso la prueba del Chi cuadrado, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%, para determinar el grado de significancia en la diferencia de los conocimientos durante el pre-test versus el post-test al mes y a los dos meses.

CAPITULO 4

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Presentación de Resultados

a) Descripción de la muestra

La población bajo estudio estuvo constituida por estudiantes que se encontraron en el primer ciclo de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM-Filial Barranca. El tamaño de la muestra fue de 30 alumnas de la EAP de Enfermería y 30 alumnas de la EAP de Obstetricia, tanto para el grupo control como para el grupo experimental, haciendo un total de 120 alumnas.

La edad se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Medidas de Resumen de la Edad según grupo y Escuela Profesional de Origen (Basal)

Grupo	EAP	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Control	Enfermería	19.57	2.18	17	25
	Obstetricia	20.10	2.01	17	24
Experimental	Enfermería	18.13	1.14	17	21
	Obstetricia	17.47	0.86	16	20

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En el grupo control, las edades promedio son casi similares entre las alumnas de las dos escuelas profesionales, de igual forma en el grupo experimental. Pero la edad es más homogénea respecto a su media entre las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia dado que tiene menor desviación estándar, tanto en el grupo control como en el experimental.

Para una mejor apreciación de la edad, se presenta el siguiente gráfico basado en la mediana y el rango intercuartílico. En la Figura 1, se observa que las alumnas del grupo control, de la Escuela Profesional de Obstetricia tienen mayor edad mediana respecto a las de la Escuela Profesional de Enfermería, la dispersión es similar porque tienen rangos intercuartílicos similares.

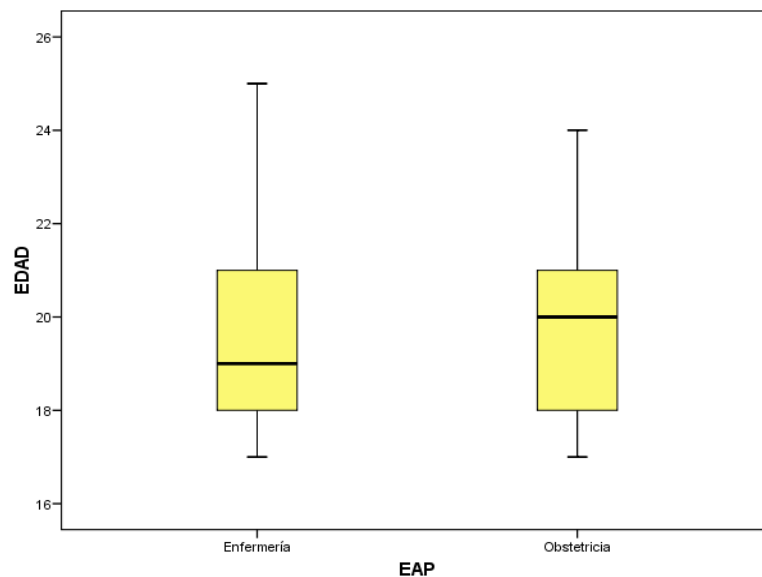


Figura 1 . Edad de grupo control entre las alumnas de las Escuelas de Enfermería y Obstetricia (Basal). Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En la Figura 2, se observa que las alumnas del grupo experimental, de la Escuela Profesional de Obstetricia tienen menor edad mediana respecto a las de la Escuela Profesional de Enfermería, la dispersión es menor en las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia, respecto a las de Enfermería, pero hay dos alumnas con edades muy altas (casos 43 y 49).

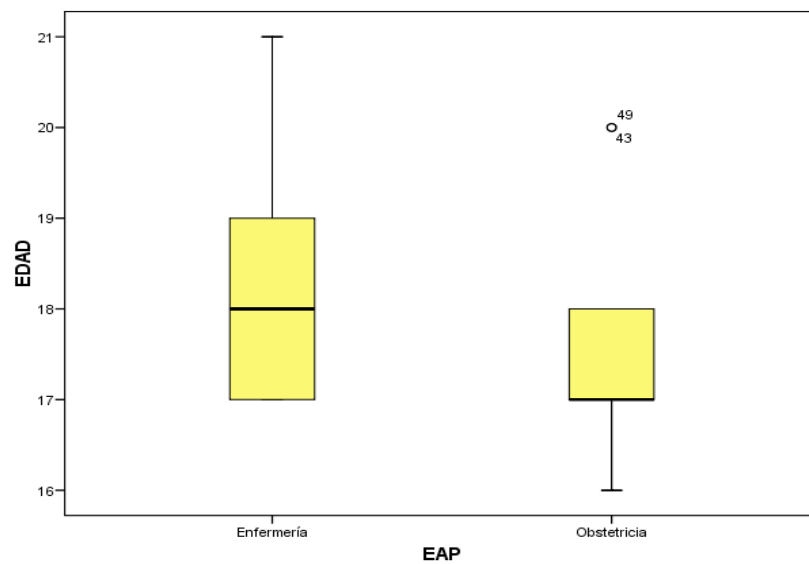


Figura 2. Edad del grupo experimental entre las alumnas de las Escuelas de Enfermería y Obstetricia (Basal). Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

Observando la Figura 3, la mayoría de las alumnas de la Escuela Profesional de Enfermería son solteras (90%) y en el caso de las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia igualmente (96.67%) la mayoría son solteras.

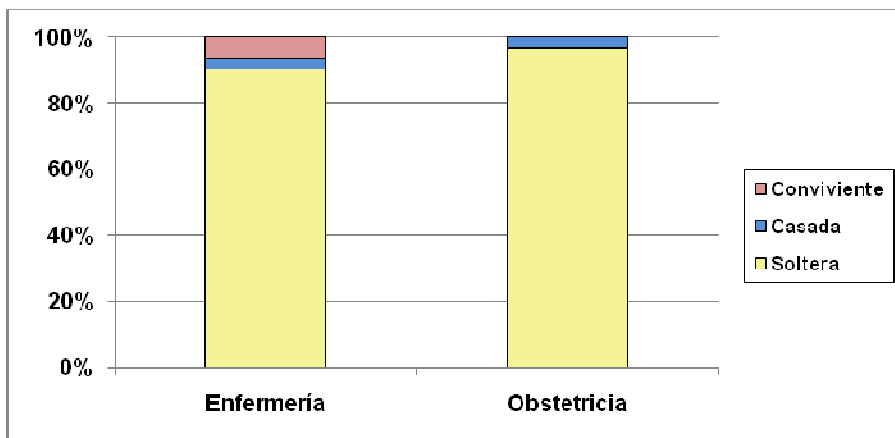


Figura 3. Distribución del Grupo Control por escuela profesional y estado civil (Basal) Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En la Figura 4, todas las alumnas de la Escuela Profesional de Enfermería son solteras y en el caso de las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia (96.67%) la mayoría son solteras.

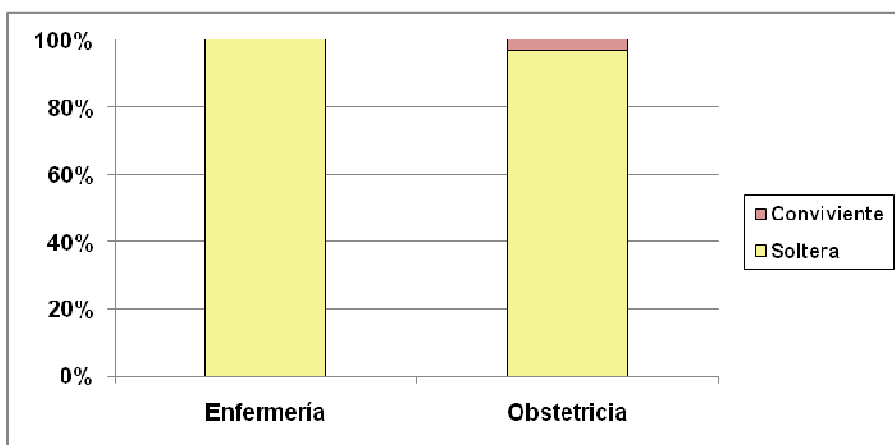


Figura 4. Distribución del Grupo Experimental por escuela profesional y estado civil (Basal). Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

b) Descripción del puntaje de conocimiento

En cuanto al puntaje de la prueba de conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano y el Cáncer de Cuello Uterino, en el Cuadro 2 podemos ver que el promedio para el grupo control tanto a nivel basal, al final del curso y a los meses de concluida la intervención son similares igual ocurre con la dispersión respecto a la media, esto es, las desviaciones estándares (DE) no difieren. Pero para el grupo experimental el promedio al final del curso se incrementa respecto al basal y respecto a los dos meses de concluido el curso son similares, es interesante ver que las DE decrecen respecto a lo obtenido en el basal (DE=3.12) lo que indica que las alumnas tiene rendimiento más homogéneo respecto a su media. (DE= 1.30 y DE=1.85).

Cuadro 2. Medidas de Resumen del Puntaje de la prueba de conocimiento según grupo

Medidas	Control			Experimental		
	Basal	Final	Dos meses	Basal	Final	Dos meses
Media	7.50	7.43	8.08	6.82	11.33	11.35
DE	2.68	2.90	2.85	3.12	1.30	1.85
Mínimo	1	1	1	1	8	7
Máximo	14	14	15	15	14	16

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En la Figura 5, se observa que la tendencia del promedio de la prueba de conocimiento para el grupo control es creciente pero no tanto como en el experimental. En general entre el grupo control y experimental hay una brecha entre los promedios.

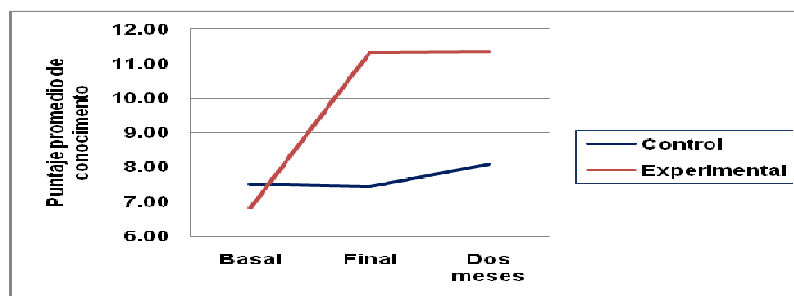


Figura 5. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento.

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

En el Cuadro 3, podemos observar que un 76.7% de estudiantes del grupo experimental tuvo un nivel bajo de conocimientos sobre el Papiloma Virus Humano y el Cáncer de Cuello Uterino antes de la intervención, mientras que en el post-test al mes se obtuvo un nivel alto de conocimiento con un 90% y 83.3% a los dos meses. En el grupo control hubo un 61.7% de nivel bajo de conocimientos antes de la intervención, lo que se mantuvo en el post-test con un 56.7% y paso a un nivel medio en un 71.7% a los dos meses.

Cuadro 3. Distribución de frecuencia del Nivel de conocimiento en el grupo experimental y control

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL					
	PRE-TEST		POST-TEST 1 MES		POST-TEST 2 MESES		PRE-TEST		POST-TEST 1 MES		POST-TEST 2 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	46	76.7	0	0.0	0	0.0	37	61.7	34	56.7	16	26.7
Medio	14	23.3	6	10.0	10	16.7	23	38.3	26	43.3	43	71.7
Alto	0	0.0	54	90.0	50	83.3	0	0.0	0	0.0	1	1.7
Total	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En el Cuadro 4, se observa que en el grupo experimental, en el post-test al mes, de los 46 estudiantes que tuvieron un nivel de conocimiento bajo, 6 alcanzaron un nivel medio y 40 un nivel alto de conocimiento luego haber recibido la intervención y de los que tuvieron un nivel medio de conocimiento todos alcanzaron un nivel alto de conocimiento. En el post-test a los dos meses de los 6 estudiantes que tuvieron un nivel medio, 2 alcanzaron un nivel alto, el resto siguió igual y de los 54 con un nivel alto, 6 bajaron a un nivel medio y el resto lo mantuvo.

En el grupo control, en el post-test al mes, de los 37 Alumnos que tuvieron un nivel de conocimiento Bajo, solamente 11 cambiaron a nivel medio, y de los 23 que tuvieron un nivel medio de conocimiento 8 cambio a nivel bajo. En el post-test a los dos meses de los 34 estudiantes que tuvieron un nivel bajo, 18 alcanzaron un nivel medio, el resto siguió igual y de los 26 con un nivel medio, solo 1 subió a un nivel alto.

Cuadro 4. Diferencias en la Distribución del Nivel de conocimiento del grupo experimental y control

NIVEL DE CONOCIMIENTO PRE-TEST	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL						
	POST-TEST 1 MES			POST-TEST 2 MESES			POST-TEST 1 MES			POST-TEST 2 MESES			
	Medio	Alto	Total	Medio	Alto	Total	Bajo	Medio	Total	Bajo	Medio	Alto	Total
Bajo	6	40	46	0	0	0	26	11	37	16	18	0	34
Medio	0	14	14	4	2	6	8	15	23	0	25	1	26
Alto	0	0	0	6	48	54	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	54	60	10	50	60	34	26	60	16	43	1	60

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En el Cuadro 5, respecto al grupo experimental, se muestra la evaluación del Par 1 (comparación entre pre-test y el post-test al mes), en el se ve un incremento significativo de todos los ítems que se midieron ($p= 0.00$) respecto al conocimiento que tuvieron sobre el Papiloma Virus Humano y el Cáncer de Cuello Uterino, mientras que en el Par 2 (comparación entre el post-test al mes y a los dos meses) el incremento no fue significativo, tan solo el Item 1 y 11 obtuvieron un incremento significativo.

En el Cuadro 6, respecto al grupo control, el Par 1 (comparación entre pre-test y el post-test al mes) no tuvo un incremento significativo en los ítems, lo que también ocurrió en el Par 2 (comparación entre el post-test al mes y a los dos meses).

Cuadro 5. Comparación del Nivel de conocimiento alcanzado entre el pre-test y post-test al mes y pre-test y post-test a los dos meses del grupo experimental

Items	Conocimiento sobre:	Pre-test		Post-test al mes		Post-test dos Meses		PAR 1*		PAR 2**	
		nº	%	nº	%	nº	%	Z	P	Z	P
1	Cáncer de cuello Uterino Es el crecimiento de células malignas en vagina	8	13.3	50	83.3	40	66.7	-10.75	0.000	2.15	0.032
2	Se da por tener familiares con cáncer de cuello uterino	12	20.0	51	85.0	47	78.3	-9.39	0.000	0.95	0.344
3	Da síntomas rápidamente	23	38.3	55	91.7	52	86.7	-7.39	0.000	0.88	0.377
4	Papiloma Virus Humano Es una ITS	20	33.3	58	96.7	54	90.0	-9.73	0.000	1.48	0.140
5	Hay relación con el cáncer de cuello uterino	13	21.7	60	100.0	60	100.0	-14.73	0.000	0.00	1.000
6	Se transmite piel a piel en el sexo vaginal o anal	6	10.0	54	90.0	51	85.0	-14.61	0.000	0.83	0.406
7	Se transmite aun sin síntomas	12	20.0	52	86.7	52	86.7	-9.84	0.000	0.00	1.000
8	Transmisión durante el parto	22	36.7	54	90.0	49	81.7	-7.28	0.000	1.32	0.187
9	Produce verrugas genitales	12	20.0	59	98.3	59	98.3	-14.45	0.000	0.00	1.000
10	No hay signos visibles	11	18.3	54	90.0	48	80.0	-11.34	0.000	1.55	0.121
11	Hay vacunas para prevenir	6	10.0	60	100.0	56	93.3	-23.24	0.000	2.07	0.038
12	Si se tiene un tipo de VPH ya no se adquiere otros tipos	13	21.7	47	78.3	43	71.7	-7.53	0.000	0.85	0.398
13	El condón evita el contagio	10	16.7	52	86.7	47	78.3	-10.75	0.000	1.21	0.227
14	Es curable	8	13.3	41	68.3	42	70.0	-7.39	0.000	-0.20	0.843
15	Papanicolaou Es tomar una muestra de secreción vaginal	11	18.3	48	80.0	41	68.3	-8.58	0.000	1.47	0.141
16	Detecta siempre VPH	13	21.7	53	88.3	49	81.7	-9.89	0.000	1.03	0.304
17	Se realiza cada cinco años	9	15.0	50	83.3	45	75.0	-10.26	0.000	1.13	0.259
18	Se realiza a mujeres sexualmente activas	25	41.7	58	96.7	55	91.7	-8.12	0.000	1.18	0.240
19	Permite diagnostico precoz	38	63.3	56	93.3	51	85.0	-4.28	0.000	1.48	0.138
20	Si es normal no hay VPH	7	11.7	32	53.3	27	45.0	-5.44	0.000	0.92	0.360

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

P < 0.05

* Par 1 : Comparación Pre-test versus Post-test al mes

** Par 2 : Comparación Post-test al mes versus Post-test a los dos meses

Cuadro 6. Comparación del Nivel de conocimiento alcanzado entre el pre-test y post-test al mes y pre-test y post-test a los 2 meses del grupo control

Items	Conocimiento sobre:	Pre-test		Post-test al mes		Post-test dos meses		PAR 1*		PAR 2**	
		n°	%	n°	%	n°	%	Z	P	Z	P
1	Cáncer de cuello Uterino Es el crecimiento de células malignas en vagina	13	21.7	13	21.7	19	31.7	0.00	1.000	-1.25	0.213
2	Se da por tener familiares con cáncer de cuello uterino	11	18.3	13	21.7	19	31.7	-0.46	0.648	-1.25	0.213
3	Da síntomas rápidamente	13	21.7	16	26.7	13	21.7	-0.64	0.522	0.64	0.522
4	Papiloma Virus Humano Es una ITS	21	35.0	17	28.3	23	38.3	0.79	0.431	-1.17	0.243
5	Hay relación con el cáncer de cuello uterino	12	20.0	13	21.7	20	33.3	-0.22	0.822	-1.44	0.149
6	Se transmite piel a piel en el sexo vaginal o anal	13	21.7	16	26.7	13	21.7	-0.64	0.522	0.64	0.522
7	Se transmite aun sin síntomas	19	31.7	19	31.7	21	35.0	0.00	1.000	-0.39	0.698
8	Transmisión durante el parto	12	20.0	17	28.3	22	36.7	1.07	0.284	-2.06	0.059
9	Produce verrugas genitales	11	18.3	13	21.7	21	35.0	-0.46	0.648	-1.64	0.101
10	No hay signos visibles	15	25.0	18	30.0	20	36.7	0.61	0.539	1.50	0.132
11	Hay vacunas para prevenir	18	30.0	19	31.7	24	40.0	-0.20	0.843	-0.96	0.339
12	Si se tiene un tipo de VPH ya no se adquiere otros tipos	15	25.0	18	30.0	15	25.0	0.61	0.539	0.61	0.539
13	El condón evita el contagio	15	25.0	16	26.7	13	21.7	0.94	0.380	0.64	0.522
14	Es curable	11	18.3	13	21.7	13	21.7	-0.46	0.648	-1.25	0.213
15	Papanicolao Es tomar una muestra de secreción vaginal	15	25.0	18	30.0	25	41.7	0.61	0.539	-1.97	0.059
16	Detecta siempre VPH	9	15.0	10	16.7	12	20.0	-2.00	0.156	0.59	0.553
17	Se realiza cada cinco años	10	16.7	14	23.3	17	28.3	-0.92	0.360	-0.63	0.531
18	Se realiza a mujeres sexualmente activas	8	13.3	20	33.3	21	35.0	8.27	0.058	-0.39	0.698
19	Permite diagnostico precoz	20	33.3	20	33.3	21	35.0	0.00	1.000	-0.58	0.498
20	Si es normal no hay VPH	8	13.3	10	16.7	12	20.0	-3.01	0.100	0.59	0.553

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

P < 0.05

* Par 1 : Comparación Pre-test versus Post-test al mes

** Par 2 : Comparación Post-test al mes versus Post-test a los dos meses

c) Descripción del puntaje de actitud

En el Cuadro 7, el promedio del puntaje de la prueba de actitud para el grupo control en los dos momentos evaluados tiene poca diferencia, la dispersión es mayor en el segundo momento de evaluación. Para el grupo experimental el promedio del puntaje de la prueba de actitud entre los dos momentos evaluados tiene una diferencia de 35.60 puntos, la dispersión es mayor en el segundo momento de evaluación.

Cuadro 7. Medidas de Resumen del Puntaje de la prueba de actitud según grupo

Medidas	Control		Experimental	
	Basal	Dos meses	Basal	Dos meses
Media	42.02	44.72	41.00	76.60
DE	3.52	4.15	3.41	4.35
Mínimo	33	33	34	65
Máximo	49	53	47	84

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En la Figura 6, se observa que la tendencia del promedio de la prueba de conocimiento para el grupo control es creciente pero no tanto como en el experimental. En general entre el grupo control y experimental hay una brecha entre los promedios.

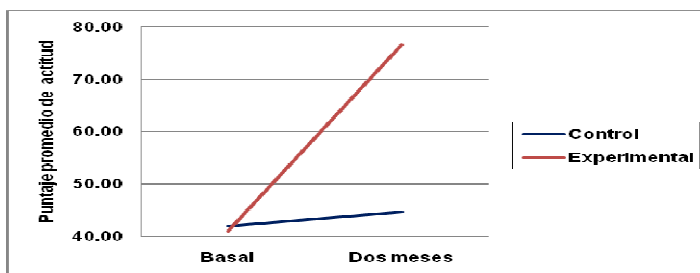


Figura 6. Puntaje promedio de la prueba de actitud.

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

En el Cuadro 8, podemos observar que un 96.7% de estudiantes del grupo experimental tuvo una actitud indiferente sobre el Papiloma Virus Humano y el Cáncer de Cuello Uterino antes de la intervención, mientras que en el post-test a los dos meses se obtuvo una actitud positiva con un 93.3% . En el grupo control hubo un 98.3% de actitud indiferente antes de la intervención, lo que se mantuvo en el post-test a los dos meses con un 98.3%.

Cuadro 8. Distribución de frecuencia del Nivel de actitud en el grupo experimental y control

NIVEL DE ACTITUD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRE-TEST		POST-TEST 2 MESES		PRE-TEST		POST-TEST 2 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Negativa	2	3.3	0	0.0	1	1.7	1	1.7
Indiferente	58	96.7	4	6.7	59	98.3	59	98.3
Positiva	0	0.0	56	93.3	0	0.0	0	0.0
Total	60	100.0	60	100.0	60	100.0	60	100.0

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En el Cuadro 9, se observa que en el grupo experimental, en el post-test a los dos meses, de los 58 estudiantes que tuvieron una actitud indiferente, 4 la mantuvieron y 54 alcanzaron una actitud positiva luego de haber recibido la intervención y de los que tuvieron una actitud negativa todos alcanzaron una actitud positiva. Mientras que, en el grupo control, en el post-test a los dos meses, los 59 estudiantes que tuvieron una actitud indiferente la mantuvieron y el resto mantuvieron su actitud negativa.

Cuadro 9. Diferencias en la Distribución del Nivel de actitud del grupo experimental y control

NIVEL DE ACTITUD PRE-TEST	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	POST-TEST 2 MESES				POST-TEST 2 MESES			
	Negativa	Indiferente	Positiva	Total	Negativa	Indiferente	Positiva	Total
Negativa	0	0	2	2	1	0	0	1
Indiferente	0	4	54	58	0	59	0	59
Positiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	4	56	60	1	59	0	60

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

En la Figura 7; Observamos en el grupo experimental un incremento del conocimiento, lo que mantuvo una relación con la actitud al incrementarse consecutivamente.

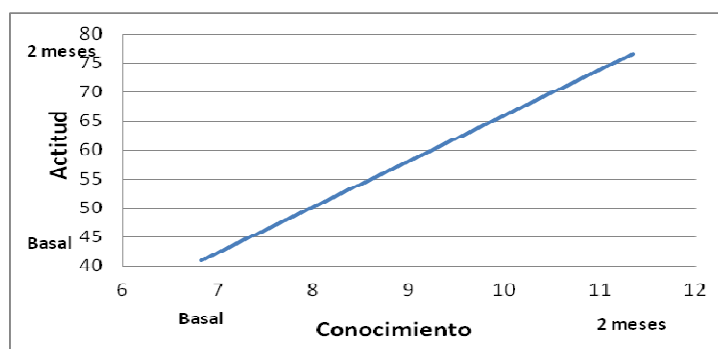


Figura 7. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento versus actitud del Grupo Experimental. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

En la Figura 8, a diferencia del experimental, en el grupo control no hubo un incremento del conocimiento significativo, lo que también mantuvo relación con la actitud al no mostrar cambio.

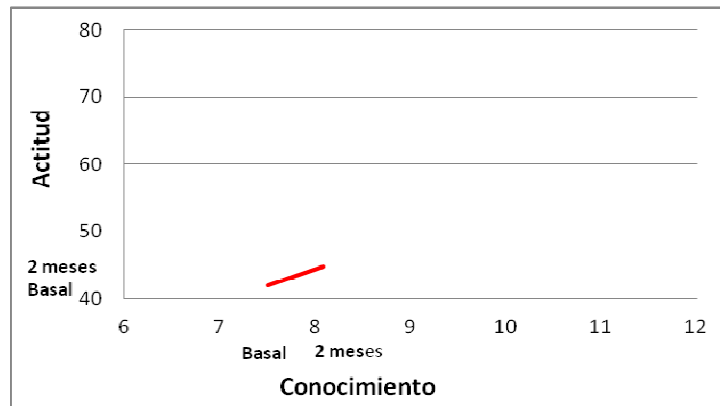


Figura 8. Puntaje promedio de la prueba de conocimiento versus actitud del Grupo control. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

4.2. Prueba de hipótesis

- H_1 : El modelo de intervención educativa sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, influye positivamente en el nivel de conocimiento y actitudes en las universitarias.
- H_0 : El modelo de intervención educativa sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, no influye positivamente en el nivel de conocimiento y actitudes en las universitarias.

PRUEBA DE HIPOTESIS: PUNTAJE DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD

Para verificar la significancia estadística de la intervención educativa tanto en conocimientos sobre VPH y cáncer de cuello uterino como en actitud sobre los mismos, se hacen comparaciones por pares pero solo para el grupo experimental dado que en el control no se evidencian cambios, los pares son:

Cuadro 10. Propuesta de prueba de hipótesis para datos apareados

Par	Diferencia entre los puntajes de
1	La prueba de conocimiento al mes de la intervención educativa y basal.
2	La prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa y al mes de la intervención educativa.
3	La prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa y basal.
4	La prueba de actitud a los dos meses de concluido la intervención educativa y basal.

Previo al uso de la prueba estadística para datos apareados empleando la prueba t-Student, se evalúan las diferencias muestrales para cada par propuesto, ver el cuadro 11.

Las Figuras 9, 10, 11 y 12 permiten evaluar las diferencias de los 4 pares propuestos en el Cuadro 10, resultan con muy buena aproximación lineal los 3 primeros pares dado que los puntos están próximos a la recta, con algunos valores muy bajos; lo cual indica que las diferencias muestrales de los pares 1, 2 y 3 se aproximan bien al modelo normal de probabilidad. Para el último par, 4, la Figura 12 nos muestra una ligera desviación respecto a la recta, lo que indica que las diferencias muestrales del par 4 se aproximan al modelo normal de probabilidad.

Por tanto, estamos en condición de emplear la prueba t-Student para datos pareados, cuyos resultados se presentan en el Cuadro 11.

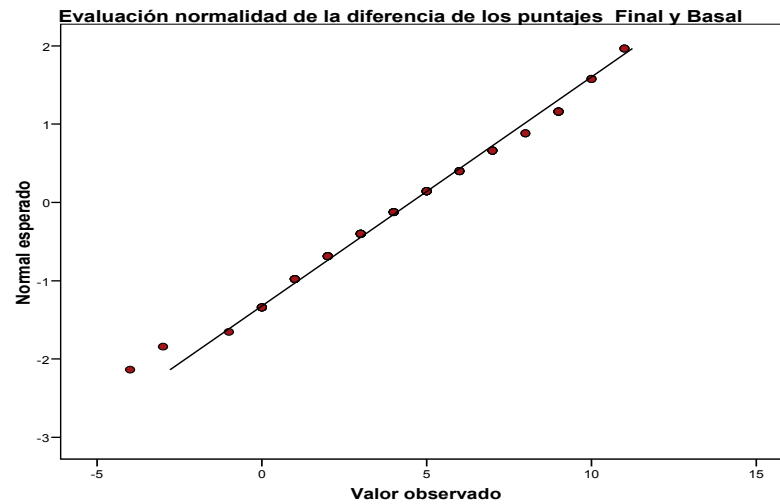


Figura 9. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes al mes de la intervención y el Basal. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

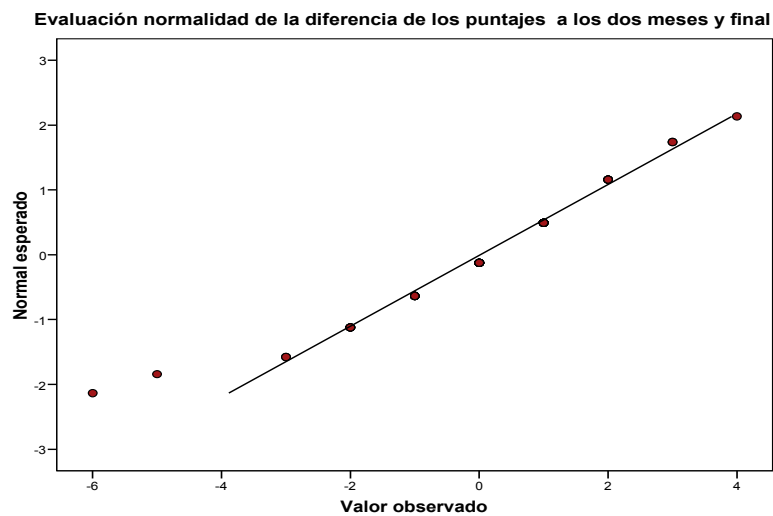


Figura 10. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses de la intervención y el Final. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

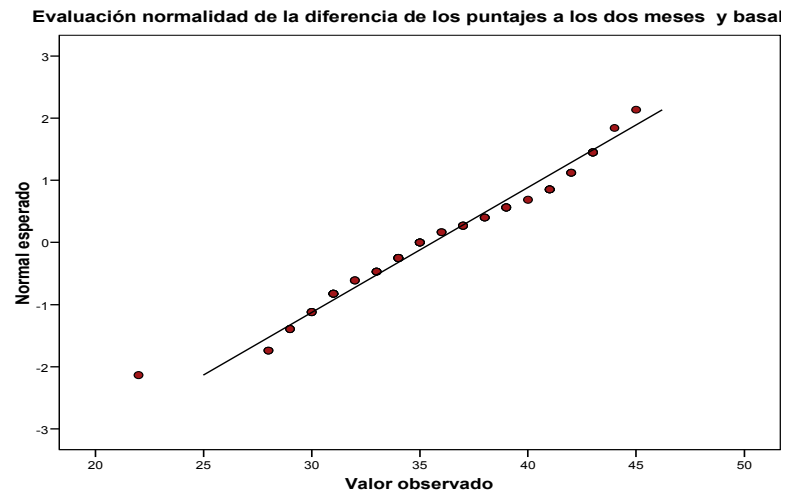


Figura 11. Evaluación de normalidad para la prueba de Conocimientos respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses de la intervención y el Basal. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

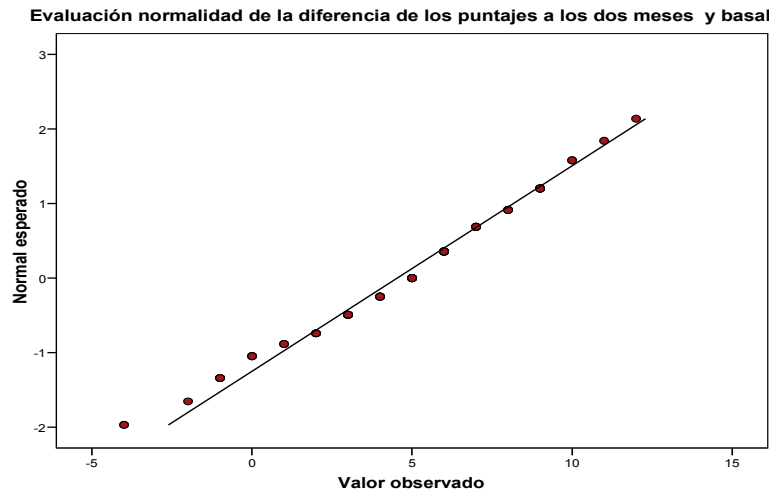


Figura 12. Evaluación de normalidad para la prueba de Actitud respecto a la diferencia de los puntajes a los Dos meses de la intervención y el Basal. Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH.

Cuadro 11. Resultados de la prueba de hipótesis para datos apareados

Par	Media	DE	EE de la media	Intervalo de confianza 95%		t	gl	p-value
				Superior	Inferior			
1	4.52	3.42	0.44	3.63	5.40	10.22	59	0.00
2	0.02	1.83	0.24	-0.46	0.49	0.07	59	0.94
3	4.53	3.63	0.47	3.59	5.47	9.66	59	0.00
4	35.60	4.97	0.64	34.32	36.88	55.46	59	0.00

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

Las hipótesis estadísticas correspondientes son:

PAR 1:

H_0 : No existe diferencia entre los promedios del puntaje de la prueba de conocimiento al mes de la intervención educativa y basal.

H_1 : El promedio del puntaje de la prueba de conocimiento al mes de la intervención educativa es mayor que la del basal.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del p-value=0.00 menor de 0.05, por tanto se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación la intervención educativa permite incrementar el promedio del puntaje de la prueba de conocimientos.

PAR 2:

H_0 : No existe diferencia entre los promedios del puntaje de la prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa y al mes de la intervención educativa.

H_1 : El promedio del puntaje de la prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa es mayor que al mes de la intervención educativa.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del $p\text{-value}=0.94$ no es menor de 0.05 , por tanto no se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación después de dos meses de concluido no se evidencia incremento de promedio del puntaje de la prueba de conocimientos con respecto al mes de la intervención educativa.

PAR 3:

H_0 : No existe diferencia entre los promedios del puntaje de la prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa y basal.

H_1 : El promedio del puntaje de la prueba de conocimiento a los dos meses de concluido la intervención educativa es mayor que la del basal.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del $p\text{-value}=0.00$ es menor de 0.05 , por tanto se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación después de dos meses de concluido la intervención educativa se incrementa el promedio del puntaje de la prueba de conocimientos con respecto al basal.

PAR 4:

H_0 : No existe diferencia entre los promedios del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluido la intervención educativa y basal.

H_1 : El promedio del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluido la intervención educativa es mayor que la del basal.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del $p\text{-value}=0.00$ es menor de 0.05 , por tanto se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación después de dos meses de concluido la intervención educativa se incrementa el promedio del puntaje de la prueba de actitud con respecto al basal.

Prueba de McNemar

El puntaje de la prueba de conocimientos se dicotomiza como desaprobado si obtiene puntaje de de 0 a 10 y aprobado si tiene de 11 a 20, para someter a prueba si antes y después de la intervención educativa ocurren cambios significativos, para tal efecto se emplea la prueba de McNemar, que equivalente a la prueba t-Student para muestras apareadas.

Antes de la intervención educativa, Cuadro 12, el 90% (54 alumnas) desapruban la prueba de conocimientos, al final de la intervención educativa el 28.33% (17 alumnas) desapruban el test.

Cuadro 12. Distribución del grupo experimental antes (basal) y al mes (final) de la intervención educativa

Basal	Final		Total
	Desaprobado	Aprobado	
Desaprobado	17	37	54
Aprobado	0	6	6
Total	17	43	60

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

La prueba de McNemar se puede apreciar en Cuadro 13.

Cuadro 13. Resultado de la prueba de McNemar (Cuadro 13)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		.000 ^a
N de casos válidos	60	

a. Utilizada la distribución binomial

Las hipótesis estadísticas para esta prueba son:

H_0 : La intervención educativa no mejora el nivel de conocimientos de las alumnas sobre VPH y cáncer de cuello uterino.

H_1 : La intervención educativa mejora el nivel de conocimientos de las alumnas sobre VPH y cáncer de cuello uterino.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del p-value=0.00 es menor de 0.05, por tanto se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación la intervención educativa mejora el nivel de conocimientos con respecto al basal.

Al mes de la intervención educativa (Cuadro 14), 17 estudiantes desaprobaban la prueba de conocimientos, a los dos meses de finalizado la intervención educativa 20 estudiantes desaprobaban el test.

Cuadro 14. Distribución del grupo experimental al mes y a los dos meses de concluida la intervención educativa

Final	A los dos meses		Total
	Desaprobado	Aprobado	
Desaprobado	10	7	17
Aprobado	10	33	43
Total	20	40	60

Fuente. Encuesta sobre conocimiento y actitud sobre VPH

La prueba de McNemar da el siguiente resultado, Cuadro 15.

Cuadro 15. Resultado de la prueba de McNemar (Cuadro 15)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Sig. exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		.629 ^a
N de casos válidos	60	

a. Utilizada la distribución binomial

Las hipótesis estadísticas para esta prueba son:

H_0 : A dos meses de concluida la intervención educativa las alumnas no mejoran el nivel de conocimientos sobre VPH y cáncer de cuello uterino.

H_1 : A dos meses de concluida la intervención educativa las alumnas mejoran el nivel de conocimientos sobre VPH y cáncer de cuello uterino.

Nivel de significación 0.05 (5%).

El valor del p-value=0.629 no es menor de 0.05, por tanto no se rechaza la hipótesis nula, esto es, con 5% de nivel de significación a los dos meses de concluida la intervención educativa las alumnas no mejoran el nivel de conocimientos sobre VPH y cáncer de cuello uterino.

4.3. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Este estudio se fundamentó, en la necesidad de brindar educación sobre el cáncer de cuello uterino y su relación con el Virus Papiloma Humano a los estudiantes, siendo que los conocimientos necesarios sobre el tema pueden ayudar a que se motive a los mismos individuos a cambiar hacia actitudes positivas que mejoren sus conductas de prevención. Según Dewey (1995), la fuerza intelectual o el conocimiento, no existe separada de las actitudes, los

sentimientos o emociones, lo que hace a los individuos receptivos y responsables.

Al analizar los datos generales de las participantes, en este estudio se encontró que la edad promedio en el grupo control son casi similares entre las alumnas de las dos escuelas profesionales (Enfermería 19.57 y Obstetricia 20.10) aunque ligeramente mayor en las alumnas de Obstetricia, de igual forma en el grupo experimental (Enfermería 18.13 y Obstetricia 17.47) a predominio de las alumnas de Enfermería. Pero la edad es más homogénea respecto a su media entre las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia dado que tiene menor desviación estándar, tanto en el grupo control como en el experimental. Solmar et al. (2009), encontró que la edad promedio de las universitarias de enfermería fue de $18 \pm 0,5$ años, al igual que en este estudio.

En cuanto a la edad (Figura 4), el 100% de las alumnas de la Escuela Profesional de Enfermería son solteras y en el caso de las alumnas de la Escuela Profesional de Obstetricia (96.67%) la mayoría son solteras.

Estas principales características de las participantes nos denota la posibilidad que tienen de estar en grupo de riesgo siendo jóvenes y en su mayoría solteras por lo cual es importante que tengan una mayor información sobre la prevención del cáncer del cuello uterino y su relación con la infección por el papiloma virus humano, además siendo un grupo que por su característica particular se dedicaran a realizar prevención dentro de su ámbito profesional podrían contribuir aun mas en la replicación de la información en sus pares.

Debido a que el presente estudio se enfocó prioritariamente en el efecto de la intervención educativa sobre los conocimientos, así como en las actitudes, es que no se incluyó otras características personales de los participantes.

En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, el 90% (54 alumnas) desaprobaban la prueba de conocimientos antes de la intervención, mientras que al final solo el

28.33% (17 alumnas) lo desaprobó, esto mismo lo encontró Gamarra et al. (2003), en mujeres en edad fértil, donde halló un total desconocimiento respecto al virus del papiloma humano en más de un 90%, similar a lo que se encontró aquí. Posteriormente a los dos meses de finalizada la intervención educativa, el 33.33% (20 alumnas) desaprobaron la prueba, comparado con un 28.33% (17 alumnas) que lo desaprobaron al final de la intervención, esto nos muestra la falta de conocimientos con las que vienen las estudiantes respecto al Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, teniendo un alto porcentaje de desaprobados en la prueba de conocimientos sobre aspectos básicos acerca del cáncer de cuello uterino como su definición, posibles causas, relación con el Virus del Papiloma Humano, detección y formas de prevención, lo mismo encontró Simas et al. (2010) respecto al conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y el Virus del Papiloma Humano en adolescentes, donde el 31,4% identificó a la falta de conocimiento como la principal razón para la prevención. En otra investigación realizada por Sarabia C. (2008), sobre la relación entre el Virus del Papiloma Humano y el cáncer de cerviz, solo un 3,4% dijo estar “muy de acuerdo” en que el primero podía causar el segundo. A diferencia de estos resultados, Solmar et al. (2009) encontró que más de la mitad de las estudiantes de enfermería tuvo un conocimiento sobre el virus del papiloma humano muy bueno o excelente, estando éste significativamente asociado a un ejercicio responsable de la sexualidad. Habría que considerar que en nuestro estudio las estudiantes que participaron fueron aquellas que tenían pocos meses de ingreso a la universidad, por lo que la toma de la información base fue entre adolescentes recién egresados del colegio, que todavía no tenían cursos de la especialidad en la universidad, sino curso generales, esto explicaría la diferencia con la investigación realizada por Solmar.

La Prueba de McNemar, demostró que al Final de la intervención educativa ocurrieron cambios significativos ($p=0.00$) (Cuadro 13), mientras que a los dos meses de concluida la intervención educativa las alumnas no

mejoraron el nivel de conocimientos sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano ($p=0.629$) (Cuadro 15). Esto también se corroboró cuando se hizo el seguimiento a los dos grupos en estudio encontrando que (Cuadro 2) hubo una diferencia en el grupo experimental obteniendo un aumento en el promedio basal ($\bar{X}=6.82$) al final de la intervención ($\bar{X}=11.33$), con una Desviación Estándar basal ($DE=3.12$), que decreció al Final ($DE=1.30$) lo que nos muestra que las alumnas que participaron en la intervención tuvieron un mejor rendimiento sobre el conocimiento del cáncer del cuello uterino y el virus del Papiloma Humano, respecto al grupo control donde su basal ($\bar{X}=7.50$, $DE=2.68$) no aumentó al final de la intervención ($\bar{X}=7.43$, $DE=2.90$). Al respecto Li Ping et al. (2010), encontró una puntuación media total conocimiento de 3,25; lo que evidenció un nivel de conocimiento muy pobre sobre cáncer del cuello uterino y su relación con el virus del Papiloma Humano.

Por lo mencionado anteriormente, podemos decir que es importante brindar programas de intervención educativa en los estudiantes que permitan mejorar su nivel de conocimientos dado que este puede tener un doble efecto benéfico por cuanto se trata de una población joven con riesgo de contraer ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), por lo que el conocimiento puede tener un efecto protector para su salud, pero además tratándose de universitarias con estudios en salud será un grupo que hará una replica mucho mayor de sus conocimientos en la población en general y en sus pares. Es importante considerar que tanto el grupo experimental como los controles fueron estudiantes ingresantes al primer ciclo de estudios universitarios de ciencias médicas, sin embargo, como se ha mencionado el conocimiento sobre el tema es bajo lo que nos demuestra además que tampoco adquirieron el conocimiento en el colegio aun cuando se dan campañas de prevención contra las Infecciones de Transmisión Sexual, es poco lo que se difunde en este grupo sobre el Virus

del Papiloma Humano y su relación con el Cáncer de Cuello Uterino y la información esta mas enfocada a otras Infecciones de Transmisión Sexual. Así Dell et al. (2000) encontró en su investigación que el 87% de adolescentes no había oído hablar del Virus del Papiloma Humano, lo cual resulta preocupante por ser un grupo de riesgo con un inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

Por lo expuesto, la intervención demostró (Figura. 5) una tendencia creciente en la prueba de conocimiento a lo largo de las mediciones hechas al final y a los dos meses de culminada la intervención, lo que evidenció una brecha en los promedios entre el grupo experimental y el control, como lo sustenta lo hallado por Chávez M. et al. (2008) que luego de una intervención aumentó el conocimiento sobre los factores de riesgo y prevención del cáncer de cuello uterino y el Papiloma virus humano entre un 80 y 100%.

Con la prueba t-Student, para datos apareados (Cuadro 12), se obtuvo que la diferencia de los resultados entre el basal y el final de la intervención resulto realmente significativa ($p=0.00$) como afirmar que la intervención educativa permitió incrementar el promedio del puntaje de la prueba de conocimientos. De igual manera y con el mismo nivel de significancia ($p=0.00$), ocurrió con la diferencia del resultado basal y el resultado a los dos meses de la intervención.

Como vemos, la aplicación de la intervención usando una metodología como el modelo didáctico de Bustos aplicando diversos materiales de enseñanza aprendizaje para el desarrollo permitió un efecto significativo en la mejora de conocimientos sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano.

A diferencia de los resultados anteriores, la evaluación hecha al final de la intervención en comparación a la que se hizo a los dos meses posteriores no evidenció un incremento significativo ($p=0.94$) en el promedio del puntaje de la prueba de conocimientos, lo que nos demuestra que el conocimiento

adquirido fue mantenido al menos por un período de dos meses posteriores al término de la intervención aunque este no mejoró por lo que existe la necesidad de mantener una información constante en las estudiantes para mejorar aun más su nivel de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello uterino y el Virus del Papiloma Humano, ya que se nota una ausencia de información al respecto como lo encontró Hernández et al. (2006) en su investigación donde el 77.1% de mujeres no habían recibido pláticas informativas en relación al virus del papiloma humano, lo cual resulta por demás preocupante ya que las mujeres no tienen conciencia sobre la relación del virus con el cáncer de cuello uterino.

En cuanto a la actitud (Cuadro 7), la media de la prueba para el grupo control en los dos momentos evaluados tuvo una diferencia de 2.70 puntos, es decir que no hubo un cambio evidente en la actitud de las estudiantes, teniendo una mayor dispersión en el segundo momento de evaluación lo que denota actitudes más variables en el grupo control pero en general fueron negativas, esto fue diferente en el grupo experimental donde el promedio del puntaje de la prueba de actitud entre los dos momentos evaluados tuvo una diferencia de 35.60 puntos, la dispersión fue mayor a los dos meses de evaluación obteniendo así actitudes diferentes, sin embargo los puntajes obtenidos nos denota actitudes positivas. Esto nos demuestra que, cuando las estudiantes tuvieron más conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, su actitud mejoró positivamente. La investigación realizada por Simas et al.(2010), observó que la actitud fue negativa en casi la mitad (47,1%) de los adolescentes que fueron sexualmente activas frente a la prueba de Papanicolaou debido principalmente a la falta de conocimiento como la principal razón para la prevención.

Posteriormente a realizar la evaluación con la prueba t-student, se encontró que después de dos meses de concluida la intervención educativa se incrementó el promedio del puntaje de la prueba de actitud con respecto al basal ($p=0.00$) (Cuadro 11).

4.4. Ética de la investigación.-

Para el cumplimiento de las normas éticas en los trabajos de investigación se tomó el consentimiento previo de las participantes, por lo cual se citó a las participantes para que lean el consentimiento informado y la posterior firma de su aceptación, previa a la absolución de las consultas. (Anexos N°6 y N°7).

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, antes de la intervención educativa, fue Bajo para los casos y controles (76.7% y 61.7% respectivamente); mientras que la actitud fue Indiferente para los casos y controles (96.7% y 98.3% respectivamente).
2. El nivel de conocimientos, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, al término de la intervención educativa, fue Alto en los casos (90.0%), mientras que en los controles fue Bajo (56.7%).
3. El nivel de conocimientos, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, a los dos meses de la intervención educativa, fue Alto en los casos (83.3%) y Medio en los controles (71.7%); mientras que la actitud fue Positiva en los casos (93.3%) e Indiferente en los controles (98.3%).
4. Hubo un incremento significativo, entre el nivel de conocimientos y actitud frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, antes y después de la intervención educativa para los casos; mientras que los controles no presentaron tal diferencia.
5. La actitud en los casos fue Positiva conforme el nivel de conocimientos fue Alto; mientras que en los controles la actitud se mantuvo Indiferente cuando el nivel de conocimiento fue Bajo.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario brindar una educación continua sobre el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano desde los colegios hasta los centros universitarios por cuanto hay un desconocimiento del mismo en la población joven, teniendo en cuenta que son una población vulnerable y donde se puede iniciar una prevención más efectiva.
2. Se debe realizar una reevaluación a mayor tiempo, para verificar si la modificación o influencia en las actitudes tuvo un efecto continuo a largo plazo.
3. Es recomendable, desarrollar futuros estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias de enseñanza y el aprendizaje sobre el tema para medir los conocimientos y actitudes hacia el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en los estudiantes.
4. Es necesario, realizar material educativo sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano para una mejor promoción del tema en la población joven.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Afnasiev, V. (1984). *Manual de Filosofía*. Lima, Perú .
2. Aguilar, S. (2005). Formulas para el cálculo de las muestras en investigaciones en salud. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* . , 11 (1-2), 33-338.
3. Arauzo, G. (Marzo de 2009). *Descubren vacuna contra el virus del papiloma humano*. Recuperado el 20 de Mayo de 2010, de <http://www.arequipainfo.com/actualidad/descubren-vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano/>.
4. Argueta, D. (2009). Evolución de las pacientes diagnosticadas con infección por el virus del papiloma humano, en el departamento de patología del Heodra, Enero 2004-Diciembre 2007. [*Tesis para optar título de Especialista en Patología*] UNAN-LEON .
5. Brown, D., Shew, M., & Qadadri, B. (2005). A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis* (191), 182-92.
6. Chávez, M. I., & Casave, C. R. (2002). Conocimientos, actitudes y prácticas en Planificación Familiar y Sexualidad en escolares de Tercero, Cuarto y Quinto de Secundaria en Colegios de Tintaya Marquiri y Campamento. (F. d. Cusco, Ed.) *Situa* (20).
7. Chávez, M., Virelles, M., Bermejo, W., & Viñas, L. (2008). Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. *Arch. méd. Camaguey* , 12 (5).
8. De Sanjosé Llongueras, S., & García, A. (2006). *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención*. Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología.
9. Dell, D., Chen, H., Ahmad, M., & Stewart, D. (2000). Conocimiento sobre el Virus del Papiloma humano entre los adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología* , 96 (5), 653-656.
10. Gamarra, C. (Septiembre de 2003). *Conocimiento de la población mayor de 15 años en la promoción de la salud sobre las enfermedades de transmisión*

sexual y Sida. Recuperado el 08 de Octubre de 2010, de <http://www.revista.cientifica.com>

11. Gómez, C. (2009). Frecuencia y tipificación del virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas del cuello uterino mediante PCR en pacientes que consultan al Hospital Hipólito Unanue. *Tesis para optar título de médico cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann*. Tacna, Perú.
12. Hernández-Colín, V., Aguilar-Cacho, F., Toraño-Zamudio, V. H., Sandoval-Jurado, L., & Ceballos-Martínez, Z. I. (2006). Identificación de mecanismos de transmisión del virus del papiloma humano en mujeres infectadas. *Revista de Enfermería IMSS*, 14 (2), 75-79.
13. Hidalgo, M., & Castellano, G. (2007). Revisión Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol. Pediatría* (47), 213-218.
14. Lewis, M. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
15. Lizano, M., Carrillo, A., & Contreras, A. (2009). *Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y carcinogénesis*. (I. N. Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer, Ed.)
16. López, A., & Lizano, M. (2002). *Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina*. (I. N. Cancerología., Ed.) México D.F.: Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer. UNAM - INCan. Subdirección de investigación básica.
17. Ministerio de Educación. (Mayo 2008). *Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH SIDA. Educación Primaria y Secundaria. Documento de Trabajo*.
18. Ministerio de Salud-MINSA. (2000). *¿Cómo podemos prevenir el cáncer de cuello uterino?. Guía de facilitadores de la comunidad. Plan Nacional de prevención del cáncer ginecológico*.
19. Ministerio de Salud-MINSA. (Octubre de 2009). *Ministerio de Salud del Perú*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2010, de http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2009/BOL_SE_43.pdf
20. PATH, & IIN. (2009). *Desarrollo de una estrategia para introducir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el Perú: Resultados de*

la Investigación Formativa del Proyecto Vacunas contra el VPH: Evidencias para Impacto. [serial online].

21. Potenziani, J., & Potenziani, S. (2006). *Historia de las Enfermedades Venéreas.* (E. M. Venezuela, Ed.)
22. Real Academia Española-RAE. (Enero de 2010). *Diccionario de la Real Academia Española. 22th ed. España.*. Recuperado el 15 de Abril de 2010, de [serial online]: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=nivel
23. Rodríguez, F., Primo, E., Martínez, E., & Sánchez, M. (2006). Sida /ITS y sexualidad en ingresantes universitarios. *Ciencia, Docencia y Tecnología* , p.33.
24. Rosental, I. (1825). *Diccionario Filosófico.* Lima: Ediciones Universo.
25. Sarabia, C. (2008). Virus del Papiloma Humano (VPH) y prevención: qué saben nuestros adolescentes. *Revista de Enfermería Comunitaria* (4), 2.
26. Simas, F. M., Izumi, L. Y., & Vilela, A. L. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención de cáncer. *Escuela Anna Nery Revista de Enfermería* , 14 (1), 126-34.
27. Sociedad Americana del Cáncer. (2009). Recuperado el 22 de Abril de 2010, de http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_prevenccion_y_factores_de_riesgo_8.asp
28. Solmar, M., Guevara, H., Herrera, E., Jiménez, K., Cardozo, R., & Sánchez, K. (2009). Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. *Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela* , 69 (3), 179-185.
29. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogota,. (2010). *Metodología de la Investigación.* Recuperado el 14 de Noviembre de 2010, de http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/lecciones/cap_2/su_b5.html
30. Wallon, H. (1985). *Psicología, Ciencia y Sociedad.*
31. Wong, L., & Sam, I. (2010). Ethnically diverse female university students' knowledge and attitudes toward human papillomavirus (HPV), HPV vaccination and cervical cancer. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (148), 90-95.

ANEXOS

ANEXO N°01

INSTRUMENTO

Universidad Nacional Mayor De San Marcos

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER DE CUELLO
UTERINO, VPH Y SU PREVENCION

FECHA DE LA ENCUESTA:

HORA		DIA		MES		AÑO	
------	--	-----	--	-----	--	-----	--

CODIGO: -----

PRESENTACION

La Lic. en Obstetricia: Elizabeth Paredes Cruz, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, está llevando a cabo un cuestionario que está dirigido a las estudiantes del primer ciclo de estudios de la facultad de ciencias médicas de la UNASAM-Filial Barranca, el cual se aplicara con la finalidad de recolectar información necesaria para el desarrollo de una tesis de maestría, acerca del “Nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino, VPH y su prevención, antes y después de un programa de intervención”.

Este cuestionario es totalmente anónimo, confidencial y tiene preguntas sencillas, pero lo más importante es que responda con sinceridad. Le agradecemos su gentil colaboración porque todo lo que usted diga será en beneficio de la población joven como Usted, además nos ha de servir para poder proponer algunas soluciones en bien de todos.

INSTRUCCIONES:

DATOS GENERALES:	
EDAD	ESTADO CIVIL
(años) _____	Soltera () Conviviente () Casada () Otros () _____

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

ITEMS	ENUNCIADOS	RESPUESTAS	
		Si	No
1.	El cáncer de cuello uterino es el crecimiento de células malignas en la vagina.	Si	No
2.	El cáncer de cuello uterino se produce por tener un familiar con cáncer de cuello uterino.	Si	No
3.	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	Si	No
4.	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal.	Si	No
5.	La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.	Si	No
6.	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.	Si	No
7.	Existen vacunas que previenen la infección por el virus del papiloma humano.	Si	No
8.	El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas.	Si	No
9.	El Papanicolaou detecta la infección por el virus del papiloma humano.	Si	No
10.	La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de la secreción vaginal.	Si	No
11.	La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto	Si	No
12.	El Papanicolaou se debe realizar cada cinco años.	Si	No
13.	El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.	Si	No
14.	El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.	Si	No
15.	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual.	Si	No
16.	Tener un tipo de virus del papiloma humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos.	Si	No
17.	El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales.	Si	No
18.	Si el Papanicolaou de una mujer es normal significa que no tiene el virus del papiloma humano.	Si	No
19.	El preservativo evita siempre el contagio del virus del papiloma humano.	Si	No
20.	El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable.	Si	No

Lea atentamente los enunciados que se presentan a continuación y marque la opción que crea se acerque más a su respuesta, para ello deberá tener en cuenta las siguientes respuestas:

TA: totalmente de acuerdo / A: de acuerdo.
 I: indeciso / D: en desacuerdo / TD: totalmente en desacuerdo

ITEMS	ENUNCIADOS	RESPUESTAS				
		TA	A	I	D	TD
1.	Retrasar el inicio de las relaciones sexuales puede ser importante para prevenir la infección por el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
2.	La infección por el virus del papiloma humano puede ser grave.	TA	A	I	D	TD
3.	Reducir al mínimo el número de compañeros sexuales me ayudaría a reducir las probabilidades de contraer el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
4.	Me encuentro en la capacidad de usar un condón para prevenir la infección del virus del papiloma humano la próxima vez que tenga relaciones sexuales.	TA	A	I	D	TD
5.	El contraer el virus del papiloma humano puede llevarme a la muerte.	TA	A	I	D	TD
6.	Las vacunas pueden ser efectivas para prevenir la infección por el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
7.	Las vacunas pueden prevenir eficazmente la infección por el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
8.	El uso del condón puede prevenir eficazmente la infección por el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
9.	Las personas que ya tienen el virus del papiloma humano no deberían ser vacunadas.	TA	A	I	D	TD
10.	Es fácil reconocer a una persona que tiene el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
11.	El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano.	TA	A	I	D	TD
12.	Es necesario realizar el Papanicolaou a toda mujer que ya ha tenido relaciones sexuales.	TA	A	I	D	TD
13.	Las vacunas contra el virus del papiloma humano deben ser colocadas a las niñas.	TA	A	I	D	TD
14.	El virus del papiloma humano puede ser curado fácilmente por lo que no sería un peligro para mi salud.	TA	A	I	D	TD
15.	El cáncer de cuello uterino podría causarme la muerte.	TA	A	I	D	TD
16.	Una persona que tiene el virus del papiloma humano sin signos y síntomas aparentes no podría contagiar el virus.	TA	A	I	D	TD
17.	El Papanicolaou puede ser muy doloroso por lo que las mujeres no desean realizárselo.	TA	A	I	D	TD

¡Muchas Gracias!

ANEXO N°02

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

ITEMS	ENUNCIADOS	RESPUESTA	
1.	El cáncer de cuello uterino es el crecimiento de células malignas en la vagina.		No
2.	El cáncer de cuello uterino se produce por tener un familiar con cáncer de cuello uterino.		No
3.	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	Si	
4.	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal.	Si	
5.	La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.	Si	
6.	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.		No
7.	Existen vacunas que previenen la infección por el virus del papiloma humano.	Si	
8.	El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas.	Si	
9.	El Papanicolaou siempre detecta la infección por el virus del papiloma humano.		No
10.	La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de la secreción vaginal.		No
11.	La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto	Si	
12.	El Papanicolaou se debe realizar cada cinco años.		No
13.	El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.	Si	
14.	El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.	Si	
15.	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual.	Si	
16.	Tener un tipo de virus del papiloma humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos.		No
17.	El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales.	Si	
18.	Si el Papanicolaou de una mujer es normal significa que no tiene el virus del papiloma humano.		No
19.	El preservativo evita siempre el contagio del virus del papiloma humano.		No
20.	El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable.		No

ANEXO N°03

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS RESPUESTAS							
PGTA P/N	ITEMS	AFIRMACIONES	RESPUESTAS				
			TA	A	I	D	TD
Pos.	1.	Retrasar el inicio de las relaciones sexuales puede ser importante para prevenir la infección por el virus del papiloma humano.	5	4	3	2	1
Pos.	2.	La infección por el virus del papiloma humano puede ser grave.	5	4	3	2	1
Pos.	3.	Reducir al mínimo el número de compañeros sexuales me ayudaría a reducir las probabilidades de contraer el virus del papiloma humano.	5	4	3	2	1
Pos.	4.	Me encuentro en la capacidad de usar un condón para prevenir la infección del virus del papiloma humano la próxima vez que tenga relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
Pos.	5.	El contraer el virus del papiloma humano puede llevarme a la muerte.	5	4	3	2	1
Pos.	6.	Las vacunas pueden ser efectivas para prevenir la infección por el virus del papiloma humano.	5	4	3	2	1
Pos.	7.	Las vacunas pueden prevenir el cáncer de cuello uterino producido por el virus del papiloma humano.	5	4	3	2	1
Neg.	8.	El uso del condón puede prevenir eficazmente la infección por el virus del papiloma humano.	1	2	3	4	5
Neg.	9.	Las personas que ya tienen el virus del papiloma humano no deberían ser vacunadas.	1	2	3	4	5
Neg.	10.	Es fácil reconocer a una persona que tiene el virus del papiloma humano.	1	2	3	4	5
Pos.	11.	El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano.	5	4	3	2	1
Pos.	12.	Es necesario realizar el Papanicolaou a toda mujer que ya ha tenido relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
Pos.	13.	Las vacunas contra el virus del papiloma humano deben ser colocadas a las niñas.	5	4	3	2	1
Neg.	14.	El virus del papiloma humano puede ser curado fácilmente por lo que no sería un peligro para mi salud.	1	2	3	4	5
Pos.	15.	El cáncer de cuello uterino podría causarme la muerte.	5	4	3	2	1
Neg.	16.	Una persona que tiene el virus del papiloma humano sin signos y síntomas aparentes no podría contagiar el virus.	1	2	3	4	5
Neg.	17.	El Papanicolaou puede ser muy doloroso por lo que las mujeres no desean realizárselo.	1	2	3	4	5

TA: totalmente de acuerdo. A: de acuerdo. I: indeciso. D: en desacuerdo. TD: totalmente en desacuerdo

ANEXO N°04

Desarrollo del programa de intervención educativa sobre “Cáncer de cuello uterino y el papiloma virus humano”

1. JUSTIFICACIÓN

La infección por virus del papiloma humano (VPH) está considerada como una ITS, y es factor primordial en la génesis del cáncer cervical. Según estudios epidemiológicos, en la actualidad la neoplasia cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. La epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS), representa la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan los adolescentes y jóvenes hoy día. Al presente, las relaciones sexuales tienden a iniciarse a edades más tempranas. Se puede apreciar que mientras más temprano aparece el desarrollo puberal, menos preparación tiene el individuo. Existen estudios que revelan una información deficiente por parte de los adolescentes en cuanto al papiloma virus humano y su relación con el cáncer cervical lo que hace más difícil su prevención. Al conocer esta situación, se decide realizar una investigación con el objetivo de realizar una intervención educativa que tenga un efecto positivo sobre los conocimientos y actitudes del cáncer cervical y el VPH en las adolescentes universitarias, más aun cuando son estudiantes de la facultad de ciencias medicas el efecto podría ser aun mayor ya que podrían hacer una mayor replica en su entorno para la prevención y promoción del mismo.

2. OBJETIVO

Evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en universitarias de la UNASAM -Filial Barranca.

3. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes, antes de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes, después de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.
- Comparar las diferencias entre conocimientos y actitudes, antes y después de la intervención educativa, frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.

4. CONTENIDO

Conceptual	Actitudinal
Conoce la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	Organiza los elementos de la anatomía del aparato reproductor femenino y explica la fisiología.
Identifica el concepto acerca del cáncer de cuello uterino y el papiloma virus humano, factores de riesgo y síntomas.	Interioriza el concepto del cáncer de cuello uterino y el papiloma virus humano, factores de riesgo y síntomas.
Comprende la relación del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.	Integra la relación que existe entre la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello.
Conoce cómo prevenir el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.	Valora la las formas de prevención el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.

5. ACTIVIDADES

El programa se basa en una Intervención Educativa que consta de 4 sesiones de dos horas de duración cada una.

Para el desarrollo de las sesiones se usará siguiendo el enfoque constructivista, aplicando como metodología en modelo didáctico operativo de Bustos para la

presentación de los contenidos, así mismo se recurrirá a la utilización de materiales de enseñanza aprendizaje, dando prioridad a los procesos de aprendizaje por encima de los resultados, y al desarrollo de actitudes sobre los conceptos.

6. PROGRAMA

1 RA SESION

Momento	Técnicas	Tiempo	Estrategias
Experiencia vivencial	Demostración	15mn.	Maqueta demostrativa de la anatomía femenina.
Reflexión	Dinámicas en pequeños grupos	15mn.	Rompecabezas de los órganos sexuales.
Documentación	Modulo	30mn.	Explicación de conceptos de anatomía y fisiología femenina.
Aplicación	Ejercicios	20mn.	Uso de tarjetas de órganos sexuales en el conocimiento de estructuras y sus funciones.
Ampliación	Dinámica	20mn.	Integración del tema con el cuidado de los genitales

2 DA SESION

Momento	Técnicas	Tiempo	Estrategias
Experiencia vivencial	Observación	15mn.	Entrevista realizada a mujeres reales con cáncer de cuello uterino.
Reflexión	Grupos de estudio y reflexión	15mn.	Preguntas dirigidas para analizar conocimientos y sentimientos vividos respecto al contacto cercano de personas con cáncer.
Documentación	Videos	30mn.	Explicación de conceptos sobre el cáncer cervical, causas y evolución.
Aplicación	Ejercicios	20mn.	Uso de tarjetas para evaluar conocimientos.
Ampliación	Historia	8mn.	Video sobre la historia natural del cáncer.

3 RA SESION

Momento	Técnicas	Tiempo	Estrategias
Experiencia vivencial	Observación	15mn.	Video demostrativo de casos de mujeres infectadas con el VPH.
Reflexión	Grupos de estudio y reflexión	15mn.	Preguntas dirigidas para analizar conocimientos y sentimientos vividos respecto al contacto cercano de personas con cáncer.
Documentación	Videos	30mn.	Explicación de conceptos sobre el virus del papiloma humano y su relación con el cáncer cervical.
Aplicación	Ejercicios	20mn.	Uso de tarjetas para evaluar conocimientos.
Ampliación	Historia	8mn.	Video sobre la historia natural del VPH.

4 TA. SESION

Momento	Técnicas	Tiempo	Estrategias
Experiencia vivencial	Juego de roles	15mn.	Asignación de casos para tomar los roles.
Reflexión	Grupos de estudio y reflexión	15mn.	Preguntas dirigidas para analizar miedos y prejuicios respecto las formas de prevención.
Documentación	Videos	30mn.	Explicación de conceptos sobre la prevención del cáncer cervical y el VPH.
Aplicación	Ejercicios	20mn.	Uso de tarjetas para evaluar conocimientos y practica sobre prevención y el PAP.
Ampliación	Historia	8mn.	Video sobre la historia natural del cáncer.

7. MATERIALES:

- Equipo multimedia y laptop
- Pizarra y plumones
- Papelógrafos
- Tarjetas de dibujos para la dinámica de presentación.
- Rompecabezas o láminas de los órganos sexuales femeninos externos.
- Materiales para la toma de Papanicolaou.
- Láminas para proyección sobre:
 - Las células iguales y desiguales.
 - Láminas de cáncer de cuello uterino.
- Láminas para proyección sobre: El virus del papiloma humano.
- Láminas para proyección sobre:
 - Examen de PAP (Prueba de Papanicolaou).
 - Examen IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético)
- Videos

ANEXO N°05

Consentimiento Informado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Efecto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en universitarias de la UNASAM -Filial Barranca-2010

Elizabeth Paredes Cruz	Alejandro Barreda Gallegos
Investigador Principal	Asesor
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Telf. 998053582	Telef. 998705094
elidppc@yahoo.com	albaga@terra.com.pe
versión 1.1	Fecha: 10 Julio 2010

Este formulario de consentimiento informado es para los estudiantes de la UNASAM-Filial Barranca, y a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación: **“Efecto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM -Filial Barranca-2010”**

La presente investigación es conducida por **ELIZABETH DEL PILAR PAREDES CRUZ** como investigadora principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para realizar el desarrollo de una tesis de grado de maestría.

Introducción

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en universitarias de la UNASAM -Filial Barranca, antes y después de recibir talleres educativos.

Tipo de Intervención en la Investigación

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario previo a recibir unos talleres educativos sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo, esto permitirá conocer el nivel de conocimiento acerca del tema. Posteriormente a ello y al finalizar los talleres educativos se le tomara otro cuestionario, lo cual permitirá medir la mejora e incremento de sus conocimientos sobre el tema tratado.

Selección de Participantes

Le estamos invitando a tomar parte de esta investigación porque es importante conocer el conocimiento que se tiene sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del

papiloma humano y como mejorar la información como parte de la prevención. Ya que usted pertenece al grupo de estudiantes que se encuentran en la facultad de ciencias medicas y se encuentra en el primer ciclo de estudios, se le invita a participar de esta investigación.

Participación Voluntaria

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria. Es su decisión el querer participar o no. Si usted elige no consentir, no afectara en nada su condición actual.

Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado previamente, sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Descripción del Proceso

En la primera cita se le pedirá contestar a un cuestionario que demorara aproximadamente 20 minutos, este será codificado para no utilizar su nombre. Posteriormente a ello se iniciara la primera sesión, posteriormente y bajo mutuo acuerdo se indicara las próximas sesiones con los participantes, para evitar perjudicar sus horas de estudio en la universidad.

Seguidamente al termino de los talleres se tomara una evaluación inmediata y pasado dos meses de terminado el taller, se le invitara nuevamente a una sesión para realizar una evaluación sobre los temas tratados en los talleres a través de un cuestionario, que tomara el mismo tiempo que el cuestionario del inicio. Con ello se culminara su participación en esta investigación.

Duración

Los talleres educativos serán brindados es un lapso de dos meses, de Agosto a Octubre, de los cuales usted asistirá a 4 sesiones educativas en total. Durante ese tiempo, será necesario que se acerque a los días y horas establecidas para los talleres, para lo cual se tomara en cuenta los horarios disponibles por los participantes y previo acuerdo con ellos.

Beneficios

Si usted decide participar en esta investigación, seguramente nos ayudará a encontrar la respuesta a la pregunta de investigación y puede probablemente beneficiar a la población.

Incentivos

No se le proporcionará ningún incentivo económico para tomar parte en esta investigación.

Confidencialidad

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Después, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas aprendan de nuestra investigación.

A quién contactar

Si usted tiene algunas preguntas puede hacerlas ahora e incluso después de que haya comenzado el estudio. Si usted desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona: Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz, teléfono: 998053582.

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO N° 06

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitada para participar en una investigación sobre el efecto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM - Filial Barranca.

Entiendo que ello significa que debo comprometerme a asistir a las sesiones programadas para la investigación.

Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que eso me afecte de ninguna manera.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Lic. Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz al teléfono anteriormente mencionado. Paso a dar mi consentimiento mediante mi nombre completo y firma que da fe de mi participación.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Código:

Fecha (Día/mes/año):

Nombre del que hizo el consentimiento:

Firma del que hizo el consentimiento:

ANEXO N° 07
MEDICION DE CONOCIMIENTO

INDICE DE DIFICULTAD - INDICE DE HOMOGENEIDAD																					
	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	PUNTAJE TOTAL
1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	12
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	16
4	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	14
5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	15
6	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12
7	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	12
8	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	10
9	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	13
10	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	11
11	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	11
12	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	14
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	15
14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	12
15	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	11
16	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	10
17	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	15
18	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	10
19	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	11
20	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	9

MEDICION DE ACTITUD

Comunalidades

	Inicial	Extracción
V1REC	1.000	.604
V2REC	1.000	.818
V3REC	1.000	.747
V4REC	1.000	.772
V5REC	1.000	.783
V6REC	1.000	.633
V7REC	1.000	.893
V8REC	1.000	.708
V9REC	1.000	.660
V10REC	1.000	.720
V11REC	1.000	.651
V12REC	1.000	.788
V13REC	1.000	.789
V14REC	1.000	.743
V15REC	1.000	.803
V16REC	1.000	.744
V17REC	1.000	.750
V18REC	1.000	.660
V19REC	1.000	.802
V20REC	1.000	.700

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.001	25.003	25.003	5.001	25.003	25.003
2	2.404	12.022	37.025	2.404	12.022	37.025
3	1.813	9.067	46.092	1.813	9.067	46.092
4	1.580	7.900	53.991	1.580	7.900	53.991
5	1.451	7.254	61.245	1.451	7.254	61.245
6	1.312	6.562	67.807	1.312	6.562	67.807
7	1.209	6.043	73.850	1.209	6.043	73.850
8	.971	4.856	78.707			
9	.743	3.714	82.420			
10	.669	3.345	85.766			
11	.606	3.032	88.798			
12	.502	2.510	91.307			
13	.469	2.347	93.655			
14	.337	1.684	95.338			
15	.251	1.257	96.596			
16	.232	1.158	97.753			
17	.191	.953	98.706			
18	.143	.716	99.422			
19	.089	.443	99.865			
20	.027	.135	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes(a)

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
V1REC	.536	.388	-.251	.274	-.116	.058	-.100
V2REC	.622	.143	.189	-.400	-.415	-.169	.122
V3REC	.820	-.118	-.180	-.095	-.098	-.095	.004
V4REC	-.089	.082	-.213	-.281	-.127	.705	.347
V5REC	.603	-.316	-.238	.085	.458	-.021	.212
V6REC	-.193	-.295	.459	.269	.453	.143	.028
V7REC	.448	.333	.345	-.623	.109	.050	.245
V8REC	.756	-.243	.084	-.114	.171	-.012	-.168
V9REC	.563	-.372	.226	.040	-.191	-.274	-.202
V10REC	-.381	.647	.307	.022	.180	-.168	.027
V11REC	-.070	.523	.052	-.372	.466	-.123	.004
V12REC	.106	.568	.089	-.103	-.033	.031	-.659
V13REC	.845	.069	.060	-.007	-.010	-.087	.241
V14REC	.506	.168	-.348	.055	.565	.065	.111
V15REC	-.167	.345	.603	.390	-.065	.053	.366
V16REC	.566	-.148	.448	.370	-.076	.238	.045
V17REC	.505	.466	.011	.364	-.259	-.112	.257
V18REC	.516	-.005	.426	.052	.283	.157	-.324
V19REC	.281	.556	-.460	.443	.039	.039	-.060
V20REC	.276	.063	.072	-.036	-.133	.723	-.271

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 7 componentes extraídos

**ANALISIS DE FIABILIDAD
ALFA DE CRONBACH**

ITEMS	ALFA DE CRONBACH EXCLUYENDO ITEM TOTAL
V1REC	.704
V2REC	.818
V3REC	.747
V4REC	.772
V5REC	.783
V6REC	.733
V7REC	.893
V8REC	.708
V9REC	.770
V10REC	.720
V11REC	.751
V12REC	.788
V13REC	.789
V14REC	.743
V15REC	.803
V16REC	.744
V17REC	.750