

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creado por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**EFICACIA DE INTERVENCION EDUCATIVA EN EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAMELICA - 2015**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PUBLICA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA (O) EN ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

HILARIO HUAMANI, Henry

MONTES BERNARDO, Madeleine Irene

**HUANCAMELICA - PERÚ
2016**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 14 días del mes de noviembre del año 2016 siendo las 16:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- | | |
|---------------------------------|------------|
| - Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE | Presidenta |
| - Mg. Guido FLORES MARIN | Secretaria |
| - Lic. Rafael REGINALDO HUAMANI | Vocal |

Designado con Resolución N° 054-2016-COFA-ENF-R-UNH (07.03.16); de la tesis titulada **EFICACIA DE INTERVENCION EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CANCER DE CUELLO UTERINO EN ESTUDIANES DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCÁVELICA - 2015**

Cuyo autor(es) es(son) el (los) graduado(s):

BACHILLER(ES):

MONTES BERNARDO MADELEINE IRENE y HILARIO HUAMANI HENRY

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 128-2016-D-FENF-R-UNH (14.11.16).

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

MONTES BERNARDO MADELEINE IRENE

APROBADO POR:.....*UNANIMIDAD*.....

DESAPROBADO

HILARIO HUAMANI HENRY

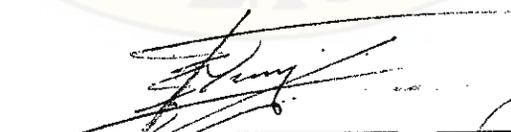
APROBADO POR:.....*MAYORIA*.....

DESAPROBADO

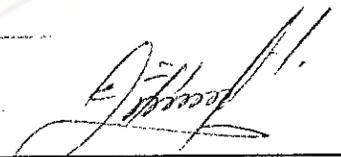
En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



Presidente



Secretario



Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**EFICACIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAMELICA - 2015**

JURADOS

Presidenta : Dra. Alicia Vargas Clemente

Secretaria : Mg. Guido Flores Marin

Vocal : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

HUANCAMELICA – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**EFICACIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAMELICA - 2015**

ASESORA:

Mg. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

HUANCAMELICA – PERÚ

2016

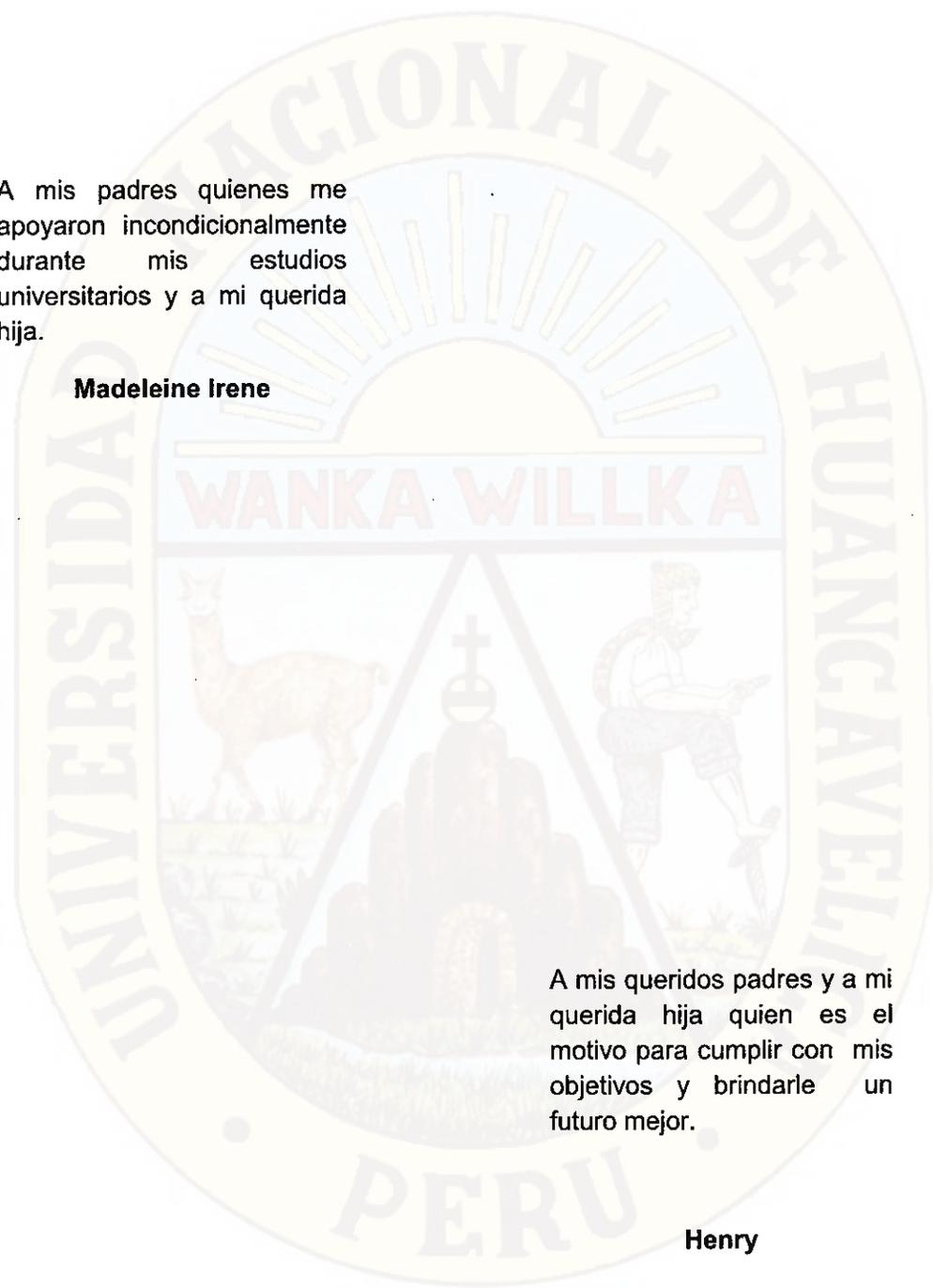
DEDICATORIA

A mis padres quienes me apoyaron incondicionalmente durante mis estudios universitarios y a mi querida hija.

Madeleine Irene

A mis queridos padres y a mi querida hija quien es el motivo para cumplir con mis objetivos y brindarle un futuro mejor.

Henry



AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos vida y salud para cumplir todos nuestros objetivos y metas. Asimismo por habernos guiado por el camino de la felicidad.

A la asesora Mg. Charo Jáuregui Sueldo, por el apoyo en la elaboración del trabajo de investigación.

A los jurados: Dra. Alicia Vargas Clemente, Mg. Guido Flores Marín y Lic. Rafael Reginaldo Huamani, por su asesoramiento en todo el proceso de la investigación.

A los estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, por el apoyo en la recolección de datos.

A nuestros padres y familiares, quienes están a nuestro lado en todo momento y por darnos fuerzas en el camino del estudio de igual manera a nuestra querida hija JADE quien es nuestro motor y motivo para salir adelante.

A los docentes quienes contribuyeron en nuestra formación profesional durante la vida universitaria

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
PÁGINA DE ASESORES.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRAC.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5. DELIMITACIONES.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO DE REFERENCIAS	9
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	9
2.2. MARCO TEÓRICO	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	53
2.5. HIPÓTESIS.....	54
2.6. VARIABLES.....	55
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
CAPÍTULO III.....	61
MARCO METODOLÓGICO.....	61

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	61
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	61
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	61
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	62
3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	62
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	63
3.9. ÁMBITO DE ESTUDIO	65
CAPÍTULO IV	66
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	66
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	67
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	73
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	79
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	91
ANEXOS	92
Anexo N° 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
Anexo N° 02	C
CUESTIONARIO	C
ESCALA	F
Anexo N° 03	I
VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	I
Anexo N° 04	K
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	K
Anexo N° 05	N
CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES	N
Anexo N° 06	O
INTERVENCIÓN EDUCATIVA	O

Anexo N° 07	Z
IMÁGENES.....	Z
Anexo N° 08.....	BB
ARTÍCULO CIENTÍFICO	BB



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.	67
Tabla N° 02. Actitud frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.	68
Tabla N° 03. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	69
Tabla N° 04. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	70
Tabla N° 05. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	71
Tabla N° 06. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	72

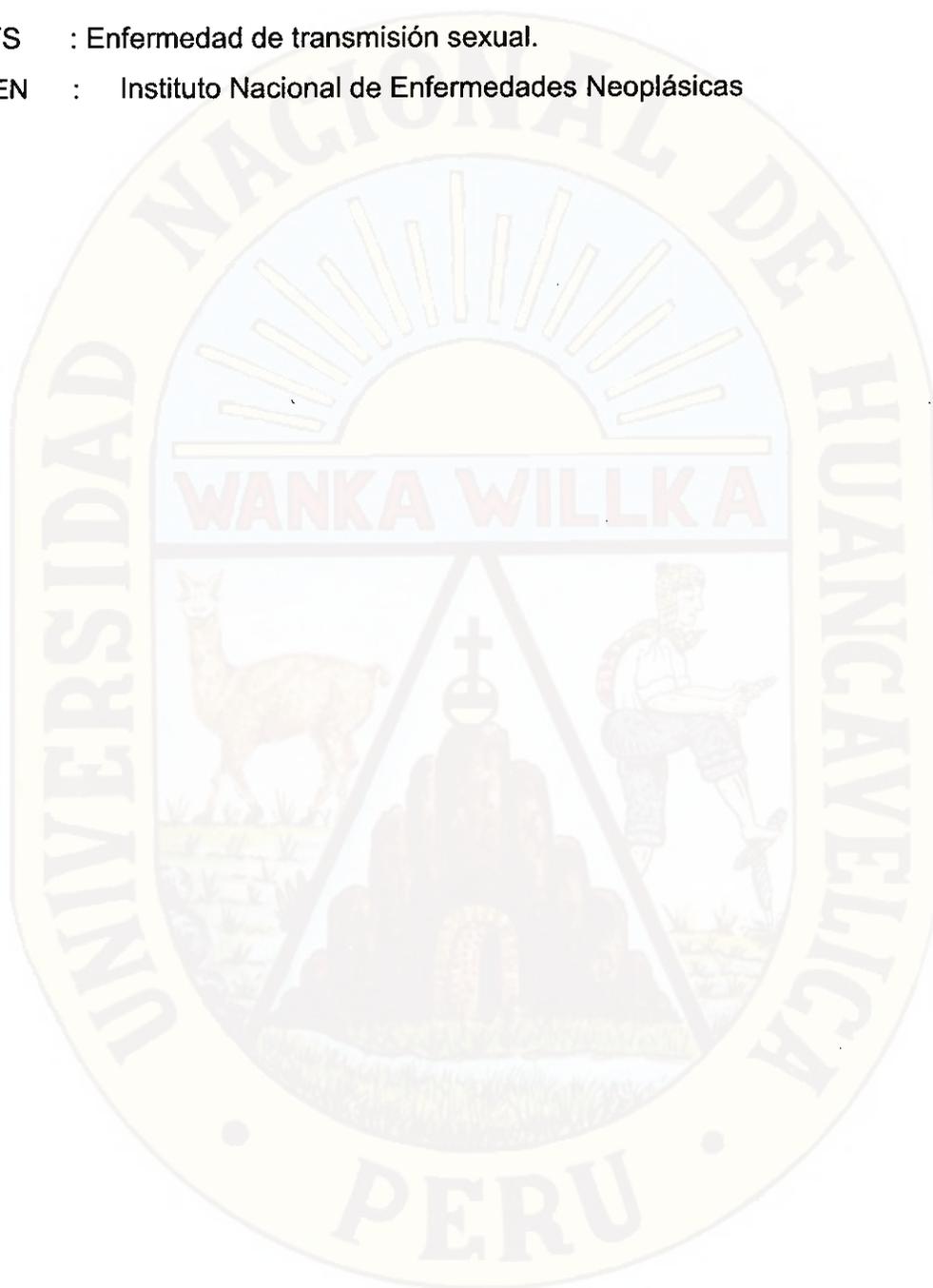
ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.	67
Figura N° 02. Actitud frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.	68
Figura N° 03. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	69
Figura N° 04. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	70
Figura N° 05. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	71
Figura N° 06. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.	72

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ETS : Enfermedad de transmisión sexual.

INEN : Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitudes frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015. El estudio según la intervención del investigador fue experimental. La población de estudio estuvo conformado por 60 estudiantes del II ciclo “A” y “B” de los cuales los estudiantes de la sección “A” conformaron el grupo experimental y la sección “B” el grupo control. El muestreo fue no probabilístico intencional. Con diseño cuasi experimental con pre prueba, post prueba y grupos intactos. Los resultados indican que la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y la actitud frente al cáncer de cuello uterino fue significativa por presentar un p valor de 0,000 en estudiantes de la Facultad de Enfermería, es decir el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino, en pre test de grupo control y experimental es regular en más de la mitad, seguido del nivel bajo en menos de la mitad, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería. Sin embargo en el post test del grupo control resultó que la mayoría de estudiantes presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y la minoría fue bajo. Sin embargo en la mayoría de estudiantes del grupo experimental, el nivel de conocimiento fue alto seguido del nivel regular. En casi todos los estudiantes del grupo control, que se aplicó el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino. Asimismo en todos los estudiantes del grupo experimental presentaron actitud negativa. En el post test resultó que la gran mayoría de estudiantes del grupo control presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino. Sin embargo en el grupo experimental la gran mayoría presentaron actitud positiva. **Conclusión.** La intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería fue eficaz.

Palabras claves: Intervención educativa, cáncer de cuello uterino.

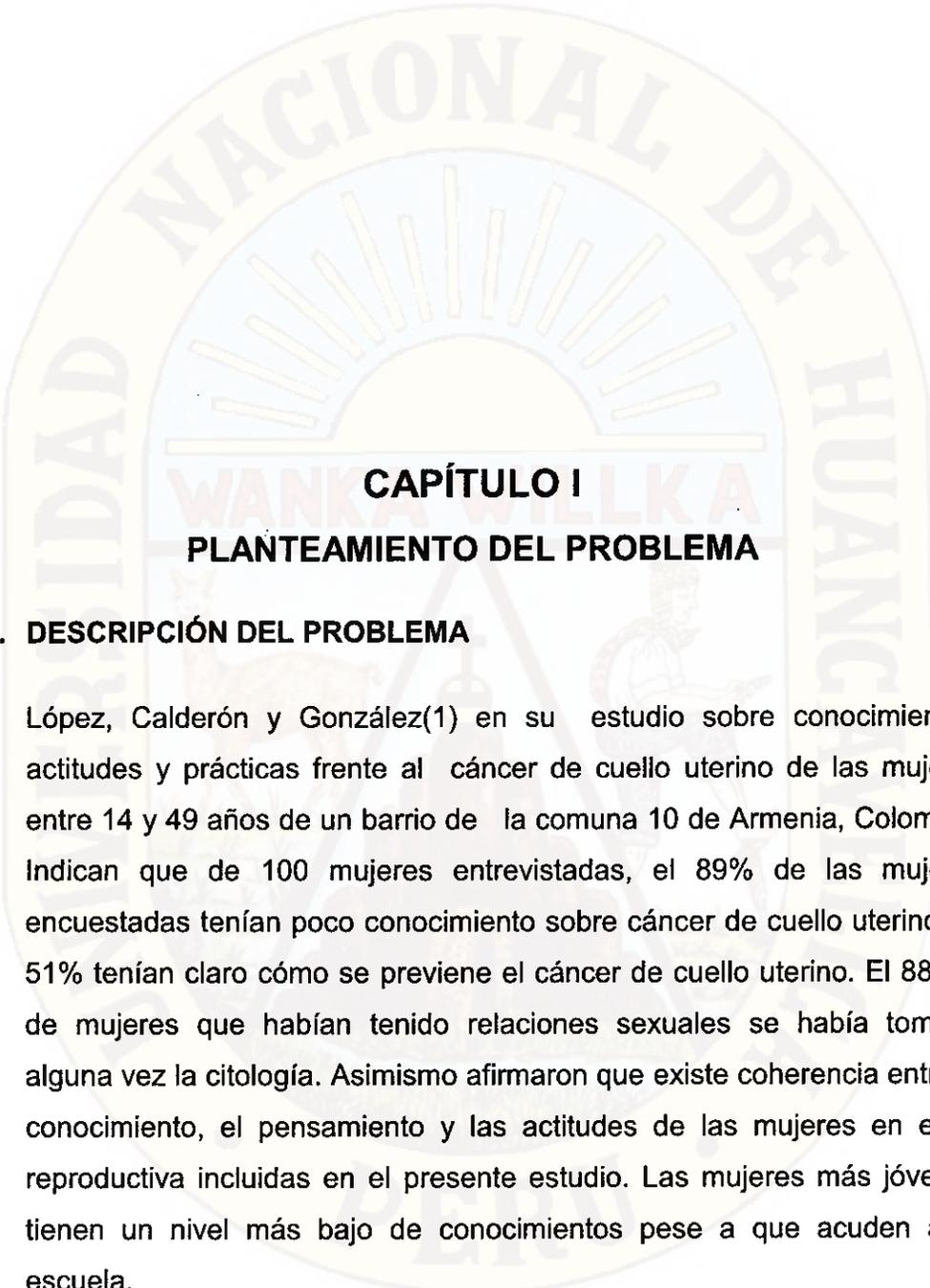
ABSTRAC

The aim of the research was to determine the effectiveness of educational intervention in the level of knowledge and attitudes towards cervical cancer in students of the School of Nursing, National University of Huancavelica - 2015. The study by the intervention of the researcher was experimental . The study population consisted of 60 students of the second cycle "A" and "B" which students in the "A" formed the experimental group and the "B" control group. Probabilistic sampling was not intentional. Quasi-experimental design with pretest, post-test and intact groups. The results indicate that the effectiveness of the educational intervention at the level of knowledge and attitudes towards cervical cancer was significant for presenting a p value of 0.000 in students from the Faculty of Nursing, ie the level of awareness against cancer cervical pretest control and experimental group is regular in more than half, followed by the low level in less than half, before the educational intervention students of the Faculty of Nursing. However, in the post test control group turned out that most students had regular level of knowledge against cervical cancer and the minority was low. However most students in the experimental group, the level of knowledge was high followed by the regular level. In almost all students in the control group, which was applied the pretest showed negative attitude towards cervical cancer. Also all students in the experimental group had negative attitude. In the post test it turned out that the vast majority of students in the control group had a negative attitude towards cervical cancer. However in the experimental group showed the most positive attitude. Conclusion. The educational intervention at the level of knowledge and attitude towards cervical cancer in students of the School of Nursing was effective.

Keywords: Educational intervention, cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

En este año 2016, cada día en el Perú entre 12 y 14 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 6 ó 7 mueren por la falta de una detección oportuna. Según la Liga contra el Cáncer, este tipo de neoplasia afecta al 34.6 de cada 100,000 peruanas y anualmente se reportan unos 5,500 casos nuevos de la enfermedad. Más de 13 mil mujeres fallecen en el Perú anualmente a causa del cáncer. En el mundo, esta cifra asciende a más de 3.5 millones. En el Perú las mujeres tienden a sufrir cáncer en mayor porcentaje (57%). Entre los tipos de cáncer con mayor incidencia en la mujer peruana, es del cuello uterino que representa un 19% del total, seguido por el de mama (16%), estómago (9%), colorectal (7%) y, finalmente, el de pulmón (6%). El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015. Los resultados de esta investigación servirán de base para la realización de otras investigaciones, asimismo permitirá ampliar programas de prevención a la Dirección Universitaria de Bienestar, Facultad de Enfermería y a los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica. El tipo de investigación fue experimental, , con diseño cuasi experimental: Diseño con pre prueba, pos prueba y grupos intactos (uno de ellos de control), la población de estudio estuvo conformado por los estudiantes del II ciclo “A” y “B”, con muestreo no probabilístico intencional. Para efectos de su presentación la tesis se encuentra organizado en cuatro capítulos: Capítulo I comprende el Planteamiento del problema, el capítulo II Marco de referencias, capítulo III involucra el Marco metodológico y finalmente le capítulo IV Presentación de resultados.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

López, Calderón y González(1) en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Indican que de 100 mujeres entrevistadas, el 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Asimismo afirmaron que existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela.

José Méndez, gerente de la Liga de Lucha contra el Cáncer señaló a Radio Programas del Perú Noticias que en la última década se incrementó en 31% el número de pacientes diagnosticados con cáncer de cuello uterino en el Perú, situación que impulsa a esa institución realizar

una campaña en favor de la población femenina. En el Perú el cáncer de cuello uterino afecta a 5400 mujeres al año pese a ser una enfermedad 100% curable si se detecta a tiempo. Se estima que en el Perú la incidencia es de 5 mil 400 nuevos casos de cáncer de cuello uterino cada año y más de 2 mil 700 mujeres mueren por causa de esta enfermedad (2).

Seis mujeres fallecen cada día en el Perú a causa de cáncer al cuello uterino y al año se detectan más de 5.000 nuevos casos, informó la Liga Contra el Cáncer. Entre 2006 y 2011, el mal ocupó el primer lugar entre las causas de decesos femeninos. De seguir la tendencia, hacia 2015 se encontrarían 13 casos por día. "En el mundo existen 370 millones de mujeres infectadas por el virus del papiloma humano. Solo medio millón presenta cáncer de cuello uterino y de esta cifra el 80% proviene de países en vías de desarrollo, como el Perú", señaló Gilmar Grisson, oncólogo de la institución. Este tipo de cáncer es causado por el papiloma humano, virus que se contrae a través de las relaciones sexuales. "En los últimos años mujeres menores de 18 años están contrayendo esta enfermedad. Eso se debe a su temprano inicio en la vida sexual, pero también depende mucho de la conducta sexual del varón. La promiscuidad aumenta el riesgo del cáncer del cuello uterino". El especialista recomendó a todas las mujeres que se practiquen un chequeo preventivo anualmente, tras haber tenido su primera relación sexual. "Toda mujer debe acercarse a un centro médico y realizarse su Papanicolaou cada año. El cáncer de cuello uterino, al igual que las demás neoplasias, son curables si se detecta a tiempo"(3).

El Ministerio de Salud estima que el 30% de cualquier tipo de cáncer se puede curar si se detecta en su fase inicial. Lamentablemente, las estadísticas indican que el 85% de casos en el Perú se diagnostica en etapas avanzadas. De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%),

mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículoendotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%). Para dicho período, el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16 374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11 340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje(4).

Es preocupante la cantidad de casos de mujeres con cáncer de cuello uterino que se detecta en la región Huancavelica. Solo en el mes de junio hemos referido a cinco pacientes al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), por el avanzado estado de su enfermedad y dos han fallecido" (5).

López, Calderón y González en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Materiales y métodos: Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Resultados: En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SISBEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. Discusión: No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar,

hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos(6).

El Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica, indica que en el año 2016 hasta el mes de agosto, se han registrado tres pacientes con cáncer de mama y cuatro con cáncer de cuello uterino, pues es evidente el incremento de este tipo de neoplasias a diferencia del año pasado que fueron detectados un caso de cáncer de mama y 3 de cuello uterino; sin embargo, a pesar de no haber concluido el año, estas cifras han sido superadas en este año, lo que causa preocupación(7).

Al haber tenido la entrevista con estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica en el año 2014, resulto que los estudiantes del II ciclo tienen mínimo conocimiento sobre aspectos básicos del cáncer de cuello uterino a diferencia de los demás ciclos de estudio, al tener poco conocimiento se pudo constatar que las actitudes son negativas en ellos.

Los estudiantes universitarios son agentes activos dentro de la sociedad. La falta de información sobre la sexualidad contribuye a mantener en ellos falsas creencias y prejuicios sobre este problema, lo que implicará un aumento de las conductas de riesgo. Al mismo tiempo, si se carece de una información sexual básica, difícilmente se puede tener un criterio acerca de temas más complejos, como el aborto, la homosexualidad y sobre el cáncer de cuello uterino.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Pregunta general:

¿Cuál es la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica (pre test)?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)?
- ¿Qué actitud frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(pre test)?
- ¿Qué actitud frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)?

1.3. OBJETIVOS**Objetivo General**

Determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica (pre test).
- Identificar el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test).

- Identificar la actitud frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(pre test).
- Identificar la actitud frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)?

1.4. JUSTIFICACIÓN

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.

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 segundo ciclo de estudios

de Enfermería, 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 cuidaran en un futuro, y así ser agentes de cambio para poder disminuir la incidencia y mortalidad derivada de esta enfermedad.

Los resultados de la investigación servirán para establecer un diagnóstico base de cómo están los conocimientos en estudiantes de la carrera de enfermería. Asimismo serviría de motivación a los profesionales de salud para realizar actividades preventivas, que establezcan dentro de sus actividades la promoción y medidas destinadas a la prevención del cáncer de cuello uterino y finalmente servir de antecedente a futuras investigaciones. Por otro lado permitirá reorientar estrategias de intervención a la Dirección Universitaria de Bienestar, Facultad de Enfermería así como a los establecimientos de salud.

1.5. DELIMITACIONES.

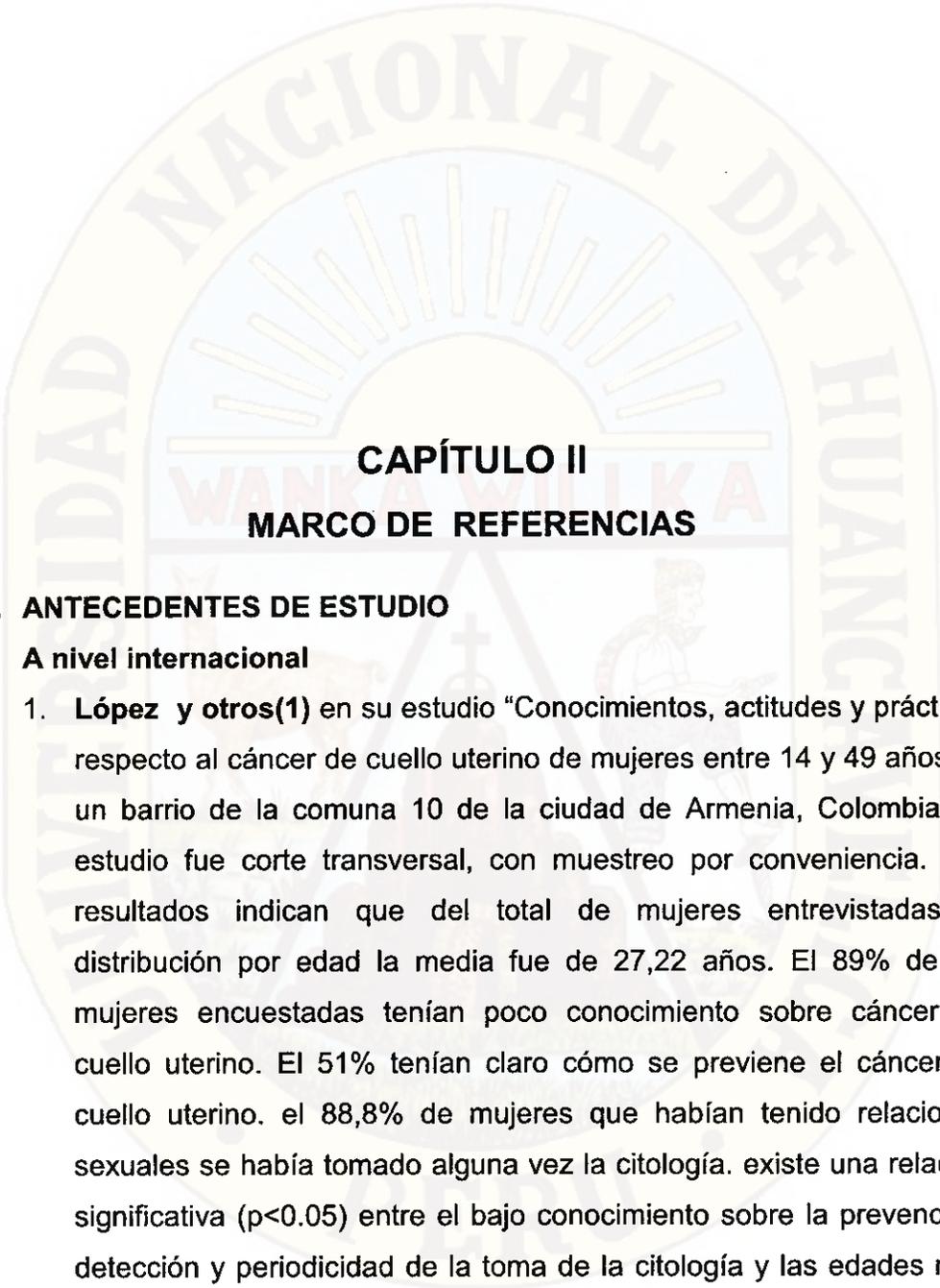
Delimitación temporal. El presente trabajo se realizó de mayo del 2014 a noviembre del 2016.

Delimitación espacial. El ámbito de estudio es la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica.

Delimitación de unidad de estudio. Los datos fueron recolectados de las estudiantes del segundo ciclo de estudios.

Delimitación teórico. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem y el Modelo de promoción de la salud propuesta por Nola Pender.

Delimitación conceptual. Los conceptos tomados en consideración es cáncer de cuello uterino, conocimiento, intervención educativa.



CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A nivel internacional

1. **López y otros(1)** en su estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia" El estudio fue corte transversal, con muestreo por conveniencia. Los resultados indican que del total de mujeres entrevistadas la distribución por edad la media fue de 27,22 años. El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. el 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos

educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

2. Figueroa (8) en su tesis "Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. 2010". Es un estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas. La edad promedio de las encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado a cabo el Instituto Nacional de Cancerología (INC). El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen.
3. Ybarra y otros (9) en el estudio "Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios". La muestra estuvo conformada por 423 estudiantes. Como instrumento de recolección de datos aplicaron un cuestionario que evalúa el

conocimiento y creencias sobre el Papanicolaou y las infecciones de transmisión sexual, específicamente sobre el virus de papiloma humano. Los resultados indican que el 66.6% de la muestra total dijo conocer la prueba, y las mujeres indicaron tener un mayor conocimiento sobre la misma (82.2 vs. 56.6%; $\chi^2 = 28.236$, $p < 0.0001$). Sin embargo, solo 38.9% de la muestra total respondió correctamente a la pregunta de en qué consiste esta prueba. Las mujeres definieron mejor la prueba que los varones (51.3 vs. 38.75%; $\chi^2 = 23.925$, $p < 0.0001$). Un 93.8% de la muestra señaló que la prueba era solamente para mujeres y 4.3% consideró que se podía aplicar tanto a hombres como a mujeres. Sobre la frecuencia con que debe hacerse, 51.3% de la muestra total creía que debe ser anual, 40.2% bianual y 8.5% dijo que debía hacerse cuando la ordenara un médico. Las mujeres creían que debía realizarse anualmente (57.9 vs. 45.4%), mientras que los hombres dijeron que debía ser bianual (43.1 vs. 37.1%) ($\chi^2 = 9.191$, $p < 0.01$) Respecto a la creencia de cuándo es necesario hacerse la prueba por primera vez, las razones informadas más frecuentemente fueron, a saber: cuando lo recomienda un médico, para prevenir una ETS y por el hecho de tener relaciones sexuales completas. Los hombres informaron en mayor medida que las mujeres debe realizarse cuando hay recomendación de un médico y la necesidad de la pareja. Las mujeres señalaron como razones, en comparación a los hombres, el tener relaciones sexuales completas, varias parejas sexuales y otras razones.

A nivel nacional

1. Acevedo (10) en su tesis "Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2009". El propósito está orientado hacia la creación de estrategias de aprendizaje que enfatizan el conocimiento de los alumnos sobre estos temas a fin de afianzar el rol preventivo promocional sobre el cáncer. El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de

corte transversal. Se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 182 estudiantes de enfermería. Los resultados indican que el 50% presenta solo un conocimiento medio sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama, es decir manejan una información incompleta e inexacta sobre éstos aspectos básicos. El 20.9% de los alumnos presento un nivel de conocimiento bajo evidenciándose así un pobre contenido de información acerca del tema. En cuanto al nivel de conocimientos presentados por los alumnos, se evidencia diferencias significativas, pues en cuanto al primer año de estudios el nivel de conocimientos alcanzado es predominantemente bajo, mientras que en el segundo año se presenta un incremento importante en el porcentaje que corresponde a un conocimiento Alto, en el tercer año desciende nuevamente; en cuanto al cuarto y quinto predomina el nivel de conocimiento medio, si consideramos que las experiencias de aprendizaje van de menos a más y cuya complejidad y profundidad también van en sentido creciente, lo esperado seria que la curva de conocimiento se inicie en un punto bajo y vaya ascendiendo a medida que va avanzando en los años de estudio, lo cual no ocurre dado que en el segundo año se muestra el punto más alto y luego decae para no volver a recuperar el mismo nivel; lo cual nos permite evidenciar que los temas preventivo promocionales no deben desarrollarse en un solo momento (segundo año), ya que la competencia no se consolida, y es en el internado donde se torna imprescindible para el buen rendimiento del interno en la función educativa de las respectivas rotaciones por centros y puestos de salud, para el fomento de estilos de vida saludables y medidas destinadas a prevenir el cáncer. Se concluye que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en su mayoría es medio.

2. Paredes (11) en su tesis "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. 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. 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 ($X = 6.82$, $DE=3.12$) aumento al final de la intervención ($X = 11.33$, $DE=1.30$), comparado con el grupo control que fue ($X = 7.50$, $DE=2.68$) y ($X = 7.43$, $DE=2.90$) 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.

3. Alfaro(12) en la tesis "Efectividad de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al centro de salud Magdalena de Cao. Ascope, 2013". Es un estudio de tipo cuantitativo – cuasi experimental – en un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 52 mujeres que acudieron al establecimiento de salud. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista; como instrumento, el programa educativo y un cuestionario de conocimientos y actitud (pre y post test), diseñados por Linares, M y cols (23), modificado por la autora. Las conclusiones indican: el nivel de conocimiento bueno en el pos test fue de 57.7%, comparado con el 13,5% obtenido antes del programa educativo; el nivel de conocimiento, regular; en el pos test fue de 25% en comparación con el 42,3% adquirido antes del programa educativo y el nivel de conocimiento deficiente fue de 17,3% en el pos test, comparado con el 44,2% obtenido antes del programa educativo. Asimismo, un 84,6% para un grado de actitud adecuado en el postest, comparado con 23,1% antes del programa educativo. Se concluyó que el programa educativo fue efectivo en el nivel de conocimientos y grado de actitud de las mujeres en estudio, con una significancia estadística de $p < 0.05$, equivalente a una certeza mayor a 95%, probándose las hipótesis propuestas.

2.2. MARCO TEÓRICO

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

Propuesta por Dorothea Elizabeth Orem y citada por Marriner y Raile(13), esta teoría explica la definición de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de

seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- a. **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- b. **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- c. **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Propuesta por Nola Pender y citada por Marriner y Raile(13), El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, se le da independencia a la gente. El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción. Los siguientes factores son

factores cognitivo-perceptuales y se definen como "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

- a. **Importancia de la salud.** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- b. **Control de la salud percibido.** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- c. **Autoeficacia percibida.** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
- d. **Definición de la salud.** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
- e. **Estado de salud percibido.** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
- f. **Beneficios percibidos de las conductas.** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- g. **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud.** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

Supuestos Principales

La salud se considera como un estado altamente positivo. Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud. La definición de salud para sí mismo del individuo, tiene más importancia que un enunciado denotativo general sobre la salud. Pender revisa las principales visiones de la medicina, la enfermería, la psicología y la sociología sobre la salud.

La persona es el individuo y el centro del modelo. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. Pender no propone el modelo como explicación para grupos.

Afirmaciones Teóricas

El modelo representa las interrelaciones entre factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen la aparición de conductas promotoras de la salud, desarrollando estos conocimientos a partir de hallazgos de investigaciones, Pender no indica afirmaciones teóricas específicas.

Forma Lógica

El modelo de promoción de la salud ha sido formulado mediante inducción, empleando las investigaciones existentes para formar un patrón de conocimientos. Las teorías de rango medio se construyen con frecuencia por este método. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así interrogantes para su comprobación ulterior.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza

una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales(14).

La intervención dentro del ámbito educativo es un proceso complejo que debe ser realizado por el docente a partir de la investigación de la práctica educativa. Las intencionalidades de la investigación de las acciones educativas tienen como primera finalidad establecer significaciones de las acciones del proceso, resignificar la práctica docente y sistematizar la profesionalización del docente. Actualmente, entendemos a la intervención educativa como un proceso asociado con la investigación del trabajo docente vinculado con la reflexión sistemática de las acciones, relaciones y significaciones de la práctica educativa y que busca detectar problemáticas propias del quehacer educativo, explicar las causas y buscar alternativas de transformación bajo una perspectiva innovadora(15).

Una intervención es la participación en un asunto o sistema, que conociendo su realidad exige una respuesta profesional a cierta problemática. Consiste en delimitar que aspectos

Objetivo de la intervención educativa

Intervenir en una situación y cambiarla

Fases de la intervención educativa

- a. Diagnóstico.** Los pasos son la recolección de datos a través de la observación directa y entrevista.
- b. Planeación.** Es delimitar los fines, objetivos y metas, es decir la ejecución del plan a seguir.

- c. **Intervención.** Como su nombre lo indica en esta etapa se realiza la intervención con la población afectada, se debe llevar un registro de cada una de las experiencias.
- d. **Evaluación.** Proceso dinámico, continuo, sistemático enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimiento, mediante el cual se verifican logros adquiridos en función de los objetivos propuestos.

Características

- a. Es toda acción que se refiere a enseñar, informar, guiar, transformar, atender una problemática específica; en una forma estructurada y dependiendo del ámbito o contexto en el que se aplique.
- b. Es una estrategia puesta en acción, cuyo proceso u objetivo es mejorar o cambiar en un contexto determinado, bajo expresiones de la voluntad y/o el deseo de las instituciones que inciden en el.
- c. No se limita a un solo campo de acción, como es estrictamente la educación dentro del aula (educación formal), sino que se involucra con todos los campos, en distintas modalidades: formal, no formal, informal.

2.3.2. CONOCIMIENTO

El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

¿ Qué es conocer?

"Conocer es estar enterado de algo", "conocer es recibir información sobre una cosa", "conocer es tener idea acerca de algo", "conocer es saber algo", "recibir información sobre una cosa", "estar familiarizado

con lo que es una cosa", "obtener datos sobre algo", "tener una idea acerca de una cosa". Todas estas expresiones son aproximaciones válidas sobre lo que es conocer. Sin embargo, es necesario precisar el concepto con mayor exactitud (16).

En hebreo la palabra equivalente a nuestro verbo conocer es yadoa, la cual significa propiamente acercamiento íntimo tanto mental como biológico con la correspondiente producción tanto del concepto, en el acercamiento mental, como del embarazo, en el acercamiento biológico sexual. Conocimiento es compenetración tanto mental como biológica. Simultáneamente, traduce conocer y amar vitalmente, incluyendo la compenetración sexual(16).

Igual significado se encuentra al analizar el origen etimológico del verbo conocer. En efecto, conocer viene del latín cognosco y este a su vez se deriva del griego gignosko y resulta que tanto el gignosko griego como el cognosco latino tienen el doble significado: el de conocer como compenetración mental y el de conocer como relación sexual íntima; es explorar en sentido holístico. En la cultura grecolatina, cargada de machismo, la relación de intimidad se entendía primordialmente como posesión del objeto por parte del sujeto cognoscente y penetración sexual de la mujer por parte del hombre. Si superamos el sesgo machista el gignosko y el cognosco recuperan su sentido de comunión íntima, alegre e interactiva, tanto del acto sexual hombre-mujer como del acto cognitivo mental sujeto-objeto, con el consiguiente alumbramiento del concepto en el conocer mental o del hijo en el conocer sexual. Es decir, conocimiento es acercamiento íntimo. En español, conocer aparentemente perdió la connotación de coito y se refiere exclusivamente a la relación mental. Sin embargo, el verbo concebir y el sustantivo concepción, derivados del verbo conocer, conservan los dos sentidos: el concebir y la concepción biológicos y el concebir y la concepción mental, que suponen un acercamiento íntimo(16).

¿Qué indica esto? Que conocer, en primer lugar, es cercanía, compenetración, intimidad, comunión vital entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido. No es un ver a distancia, un tener noticias lejanas de algo; conocer no es un mirar superficialmente sino, como expresa Hessen (1981, p.18), "un ver la realidad desnuda, penetrarla, esforzarse crítica y activamente por adentrarse hasta lo más hondo de cada realidad". En segundo lugar, esa cercanía y compenetración debe estar cargada de vida, de amor, de interés, de deseos de mayor acercamiento e intimidad. Conocer no es ni un algo a distancia ni un hecho neutral; conocer incluye cercanía y conlleva una relación de afectividad e identificación. Conocer es acercarse tan íntima y vitalmente a la realidad que se produce un hijo muy querido o un concepto muy real(16).

Aparece aquí el significado genuino de lo que es investigar: es ir tras la huella de la realidad y seguirla con el infinito deseo de encontrarla. El investigador, el que en verdad quiere conocer, no se contenta con lograr noticias dudosas o a distancia sobre lo que indaga sino que lucha y trabaja por llegar hasta la realidad pura, sin dudas ni sombras. Como escribió Blanco (2002, p.7): "Este es el espíritu del verdadero investigador: un buscador sincero de la realidad, alguien enamorado de ella y dispuesto a llegar hasta la misma para desnudarla y descubrir su intimidad; y que está resuelto a no cesar en su empeño hasta lograrlo"(16).

Niveles del conocimiento humano

Un segundo análisis que puede ayudar a precisar mejor el conocimiento humano es la consideración de los diversos niveles de conocimiento. Quedó establecido que conocer es acercarse a la realidad, compenetrarse con ella; por tanto, los niveles de conocimiento

se darán de acuerdo con los grados de acercamiento y compenetración del cognoscente con la realidad(16).

El primer grado es el simple *percibir*, es decir, acercarse reverentemente a la realidad y penetrarla sensorialmente para descubrir amorosa y pacientemente qué es o quién es. Este grado de conocimiento es común a todos los seres dotados de sensibilidad. La mascota se acerca a su amo y por medio de su contacto sensible "íntimo" (se esfuerza por tocarle, olfatearle, lamerle) lo conoce y lo distingue de quien no es su amo. Todos los animales y los humanos también tenemos la capacidad de acercarnos "íntimamente" a la realidad y reconocerla sensiblemente. Esta es la primera tarea del investigador: acercarse efectivamente a la realidad, hacer contacto real con ella mediante un acercamiento sensorial real(16).

Los humanos tenemos **un segundo grado de conocimiento: *entender***. El caballo capta a su dueño, el perro conoce a su amo, mas su captación es solo externa: distingue su olor, color, tacto, presencia física, y con ello elabora su imagen sensorial y por esta conoce a los suyos, a los demás animales, a las demás cosas sensibles e incluso nos conoce a nosotros los humanos. La inteligencia humana, en cambio, realiza un acercamiento más profundo, sigue hacia el fondo y lee por dentro.

El vocablo inteligencia viene de las palabras latinas *intus legere* que quieren decir "leer por dentro". De acuerdo con lo expuesto por Neef (1993, p.38), "entender es ir más adentro de lo meramente sensible; es traspasar la fachada perceptible y leer los sentimientos, pensamientos y valores que hay en el fondo". Este conocimiento es exclusivo de los humanos; el hombre no solo conoce exteriormente sino que entiende: lee por dentro, procesa, relaciona y trasciende el conocimiento sensible; toma en cuenta lo que hay en el fondo de cada persona y de cada realidad, penetra la superficie y llega a sus raíces.

El lenguaje cotidiano, a veces rudo y fuerte pero muy real, expresa con precisión este hecho cuando ante un comportamiento o concepto nuestro demasiado superficial acerca de las personas o de las cosas enseguida se nos increpa: "¡no sea bruto, no sea animal, entienda!". ¿Qué ha sucedido? Que nuestro interlocutor ha echado de menos lo típico del conocimiento humano, a saber: la capacidad de leer por dentro y entender las cosas y las personas sin quedarse en la apariencia sensible. Por ello Erich From (2007, p.88) advertía que "en el modo de ser el conocimiento va hasta dentro del sentido de la realidad; en el modo de tener se poseen más conocimientos sin llegar hasta el fondo de nada". El intelecto humano no puede detenerse en lo aparente; debe profundizar hasta hallar las causas y los por qué internos de cada cosa, de cada proceso y de cada comportamiento; debe inteligir o leer por dentro.

Cabe aquí una reflexión acerca del impacto que causaría en la convivencia social el ejercicio real de la intelectualidad. Si leyéramos por dentro las cosas, las personas y los acontecimientos, quizá nuestra vida sería distinta: más armoniosa, más cercana, más real, más humana, de mayor entendimiento.

Un tercer nivel de conocimiento es comprender. La palabra comprender viene de los vocablos latinos cum prehendere que significan "tomar por todos los lados" o "contener en totalidad". Comprender es tomar en cuenta todas las dimensiones de las personas y de las cosas, no contentarse con una visión fragmentaria sino acercarse a todas las dimensiones de la realidad. Comprender también es conocer en totalidad, realizar un acercamiento aún mayor que el de leer por dentro o entender; es tocar todos los aspectos de esa realidad. Cuando en el lenguaje diario decimos "es que tú no me comprendes" o "es que no me comprenden" en realidad lo que reclamamos es que tengan en cuenta todo lo que somos, que no

ignoren las cosas y valores que poseemos y que no aparecen a primera vista, que nos miren por todos lados y tengan en cuenta todo lo que somos y tenemos. Este tercer grado de conocimiento es mucho más humano y hacia él debe dirigirse nuestro esfuerzo de conocer como humanos: comprender la realidad, conocerla por todos los lados y tomar en consideración todas las componentes de la persona u objeto que se desea conocer.

De nuevo la reflexión: ¿cómo sería una vida social guiada por el ejercicio del conocimiento en su nivel de comprender o reconocer las cosas, los eventos y las personas en todas sus dimensiones y en todos sus valores? Uno de los problemas que más preocupan a los teóricos de la filosofía, de la ética y de la sociedad es el de la convivencia. Intolerancia, discriminación, exclusión, marginamiento, sospechas, supuestos, visiones parciales, incomprensiones y su acompañante la guerra asechan, amenazan y vulneran la convivencia a todo nivel: entre individuos, familias, grupos, regiones, naciones y bloques mundiales. Es posible que un esfuerzo teórico y práctico por recuperar el genuino sentido del conocer humano, en su nivel de comprensión, abra un camino seguro hacia la tan anhelada convivencia de los hombres.

Existe un cuarto grado de conocimiento: la sabiduría. La sabiduría es la plenitud del acercamiento a la realidad conocida. El sabio no solo se acerca a la realidad, la lee por dentro y toma en cuenta todos sus lados sino que se identifica con ella y se goza en ella. El científico conoce la realidad, la entiende y la comprende pero conserva su distancia; el sabio, en cambio, se identifica con ella y se recrea en ella. Saber viene del latín *sapere* que significa saborear, disfrutar; y ese vocablo a su vez deriva del griego *sofia* que expresa la idea de unidad por identidad. Es lo que buscaba Perkins (1985) con sus propuestas de escuela inteligente y aprendizaje integral. El sabio se identifica con la realidad y se goza en ella. Saber es saborear plenamente una cosa conocida; un

sabor no del tener sino del ser; no es un placer superfluo sino una felicidad profunda. El sabio es el que engrandece las cosas que conoce y se engrandece a sí mismo y todo su entorno con ese saborear la realidad.

La sabiduría supera lo sensible sin abandonarlo; incluye la lectura inteligente y crítica sin enfriarla y produce la compenetración suprema entre lo conocido pleotórico de "riqueza existencial" y el cognoscente lleno tanto de devoción y entrega como de felicidad. ¡Qué luminosa la presencia de un científico, pero cuánto más vivificante la de un hombre de ciencia que transforma su conocer en sabiduría! No solo conoce, entiende y comprende la realidad que investiga sino que se goza y se identifica con ella.

Cuánto ganaríamos todos, como individuos y como sociedad, si aprendiéramos a saborear el universo, a ver con sabiduría la vida, y disfrutar sabiamente la presencia de las personas y de las cosas. Cómo cambiarían positivamente nuestras vidas si entendiéramos, comprendiéramos y saboreáramos el concepto omnicompreensivo de hombre.

Funciones intelectuales humanas

Dentro de esta potencialidad de percibir, entender, comprender y saborear la realidad existe una rica variedad de funciones. A continuación analizaremos como principales funciones las siguientes: función memoria, función lógica, función criterio, imaginación creadora e intuición(16).

Función memoria

La memoria es la primera función intelectual: nuestro cerebro es un poderosísimo procesador central (PC) que archiva no solo miles sino millones de millones de carpetas, cada una de ellas con millones de millones de archivos que a su vez contienen millones de millones de

documentos en cada uno de los cuales se almacenan millones de millones de datos. Siete años de recuerdos, veinte años de recuerdos, cincuenta años de recuerdos, ochenta y más años de recuerdos. ¿Cuántos megabytes implica el archivo de los datos que el cerebro procesa en un minuto? ¿Y en una hora? ¿Y en un día? ¿Y en los miles de días que conforman la vida regular de una persona? Sería muy importante consultar las obras y documentales que se han publicado sobre la neurofisiología del cerebro para captar más a fondo la complejidad y perfección "técnica" de nuestro cerebro y estimular su cuidado y estima.

Por lo demás, existe una diferencia cualitativa entre la memoria humana y la de las computadoras. Las computadoras solo conservan registros mecánicos que para convertirse en memoria efectiva deben ser no solo incluidos como parte de un programa de signos y significantes diseñado por el hombre sino además necesitan una activación física por parte del mismo hombre. La memoria humana, en cambio, es autónoma y trascendente.

Es interesante el análisis de Llinás (2003) sobre el funcionamiento neurofisiológico del cerebro pero es necesario afirmar que el pensamiento humano no se reduce a las acciones y reacciones electromagnéticas. El proceso mecánico, biológico, no produce por sí solo el conocimiento ni mucho menos el acto libre. Ese proceso mecánico es solo el instrumento de la capacidad racional del hombre en sus producciones intelectuales. El solo vibrar de las cuerdas de una guitarra no produce la música; la melodía se produce porque un músico activa y coordina las vibraciones de las cuerdas para que en su conjunto resulte la canción buscada inteligentemente(16).

Lo más valioso no es la cantidad de datos que el cerebro humano puede archivar y luego recordar sino la forma como lo hace. No es una

memoria mecánica; la memoria humana no es solo la fijación cuantitativa de datos sino que los fija "inteligentemente", es decir, con lectura interna o entendimiento, con comprensión o visión global de relación y con sabiduría, es decir, con saboreo, disfrute e identificación personal. A manera de ilustración indaguemos acerca del secreto de los "genios computadora" capaces de realizar con la rapidez propia de una computadora cálculos inmediatos y exactos o repetir largas series sin equivocarse. La base de su genialidad no está en actualizar miles de datos sueltos en mínimas fracciones de segundo sino en su potencia intelectual capaz de leer por dentro los datos, comprenderlos y relacionarlos de manera casi instantánea. Para comprobar esto se puede leer a Antonio García (1974), la computadora humana colombiana que centró la atención mundial entre los años 1960 y 1990, y que en su libro expone que el secreto de su memoria y prodigiosa velocidad de cálculos es su capacidad de relacionar inteligentemente los datos recibidos.

¿Qué indica esto? Que nuestra memoria humana tiene como característica la intelección interna de los datos y la construcción comprensiva de sus mutuas relaciones y no solo la fijación mecánica de estos. ¡Qué mala pedagogía aquella que intente que el estudiante memorice mecánicamente a base de repeticiones y mnemotecnias puramente materiales o sensoriales sin promover la intelección y la construcción comprensiva de relaciones lógicas! Es ignorar que el estudiante es un ser humano y por lo tanto un "inteligente". Todo acto de memorización en las personas tiene que trabajar a lo humano, es decir, con inteligencia.

Cuánto tiempo pierden y hacen perder a sus aprendices los padres, tutores y maestros que intentan trabajar con la memoria mecánica únicamente y cuánta energía derrocha inútilmente el que piensa memorizar a lo no inteligente, mecánicamente. Además, una conducta

así carece de ética porque al niño, al joven, a las personas humanas hay que tratarlas como seres inteligentes y no es ético hacer lo contrario. Por otra parte, esta función primera de memorizar datos, aunque no sea la función suprema dentro de la escala de funciones intelectuales, sí tiene muchísima importancia para el conjunto de la vida humana pues ella provee al hombre el material necesario para sus posteriores construcciones mentales. Por ello, es muy importante educarla para que actúe como memoria inteligente y alimentarla con las más ricas fuentes de datos: experiencias, vivencias, conversaciones, lecturas, viajes, discusiones, diálogos y toda clase de contactos con la realidad.

En este sentido, la academia aporta mucho al crecimiento del acervo de datos de nuestra memoria; lo lamentable es que la educación formal parece haberse quedado solo en el instruccionismo, con descuido y olvido de las demás facetas del desarrollo de la intelectualidad (la lógica, el criterio, la intuición y la creatividad) y de las otras dimensiones de la personalidad del estudiante (mundo, cuerpo, voluntad, sentimientos, sociedad y trascendencia).

Función lógica

Es la segunda de nuestras funciones intelectuales. Es tan importante que muchos reducen a esto la intelectualidad e identifican lo humano con lo racional. La capacidad lógica, aunque no es el todo de nuestra psique humana, sí es un elemento primordial. Mediante la lógica inducimos de los hechos concretos ciertos los grandes principios y leyes de la ciencia; y a la inversa, de los grandes principios y verdades universales deducimos las consecuencias y aplicaciones particulares. Esta cualidad nos permite trascender el tiempo y el espacio y llevar con coherencia y seguridad nuestros conocimientos, prolongándolos en nuevas deducciones, nuevas inducciones y nuevas abducciones.

Cabe aquí de nuevo la observación: la inferencia debe ser "inteligente", es decir, fundamentada en la lectura interna, la comprensión de totalidad y el sabio reconocimiento de las relaciones. No se pueden hacer inferencias sobre la base de imágenes superficiales o simples externalidades. Como humanos tenemos que aplicar la inferencia lógica sobre conocimientos realmente humanos o, lo que es lo mismo, inteligentes y comprensivos. No se pueden hacer deducciones sanas basadas en apariencias o en visiones parciales de la realidad; hay que hacerlas sobre la base de conocimientos inteligentes, comprensivos y sabios, es decir, que leen por dentro, toman en cuenta todas las dimensiones y se acercan tanto a la realidad que se identifican con ella.

La memoria alimenta nuestra capacidad lógica y la lógica nos permite guiar nuestros juicios de vida. De ahí su importancia, pero ¡cuántos errores cometemos por sacar conclusiones aparentemente lógicas basadas solo en datos parciales! Para que una conclusión sea humana y correcta (y por tanto ética) debe construirse sobre la mirada inteligente, comprensiva y sabia de todos los datos y sus mutuas relaciones. Esto se llama honestidad intelectual. El cultivo de esta gran función de la lógica debiera ser la tarea propia de las ciencias básicas y de la filosofía: educar el espíritu y el procedimiento lógico sano y honesto. Más que enseñar fórmulas y datos esas ciencias deben introducir al estudiante en el saber pensar con coherencia. Una manera efectiva de desarrollarla lógica es permitir que el Juanito preguntón que está como escondido en nosotros desde la niñez pueda preguntar los por qué de las cosas y de los acontecimientos y hacer el esfuerzo de contestarle con honestidad intelectual.

Toda pedagogía que desee ser humana, exitosa y honesta tendrá que fundamentarse en esta realidad: el conocimiento humano es una operación inteligente, comprensiva y sabia; no una colección mecánica de datos estériles. Hay que superar el formulismo y el instrucionismo y

aspirar al fruto verdaderamente humano de aprender a aprehender, aprender a entender, aprender a comprender y aprender a saborear la realidad.

La función criterio

Esta tercera función es superior a las anteriores y las supone. La memoria y la lógica son herramientas para la vida, pero cuando construimos juicios de valor o criterios entonces acertamos o no a vivir. Si alguien archivó datos "inteligentemente" y estableció entre ellos ilaciones "inteligentes" producirá juicios "claros, pertinentes y ajustados a la realidad" ,lo cual le permitirá desenvolverse en la vida con acierto, seguridad y oportunidad. Esto se llama buen criterio. El criterio da firmeza a la persona, claridad a la conducta, sentido común a cada acción, autonomía a cada individuo y desarrollo a toda la humanidad. Criterio viene del verbo griego krinein que significa juzgar, valorar, justipreciar después de comparar los pro y contra de una realidad. Desafortunadamente, hemos tergiversado la palabra "crítica" y la hemos identificado con el juicio adverso sobre algo o contra alguien. La crítica en sentido genuino es el juicio inteligente fruto de una apropiada valoración que antes de concluir o calificar toma en cuenta y sopesa todos los aspectos (tanto positivos como negativos), establece las relaciones, valora las dimensiones involucradas y emite el veredicto con el deseo infinito de aproximarse lo más cerca posible a la realidad objetiva.

En sentido propio, juzgar no es condenar o absolver a priori sino examinar omnicomprendivamente la realidad. A todos nos gusta emitir juicios pero no tenemos la honradez de realizar el examen necesario que garantice su buena construcción. Nos falta la ética de los juicios inteligentes, comprensivos y sabios, es decir, honestos. Es otra de nuestras crisis actuales: emitimos muchos juicios pero poco o casi nada equilibrados. El acto pedagógico como acto consciente y libre es

un acto moral y como acto moral debe comprometerse con la praxis de juicios y criterios inteligentes, comprensivos y sabios y con el empeño de formar en los estudiantes el hábito de elaborar juicios seguros, prudentes, oportunos, vale decir, honestos.

La imaginación creadora

La imaginación creadora es el origen de la innovación que ha permitido al hombre producir las grandes transformaciones tecnológicas y sociales, y ha dado forma a las policromas novedades del arte en pintura, escultura, arquitectura, música, teatro y literatura. El lenguaje popular y peyorativo ha calificado a la imaginación como la "loca de la casa" pero de manera más real y apropiada se la debería llamar "el motor de todos los avances de la cultura humana" porque, a decir verdad, lo es, lo ha sido y lo será. Las tensiones de la vida moderna incuban una latente agresividad que de manera sorpresiva explota aquí y allí. La persona tensa, agresiva, frustrada, con fuertes impulsos destructores, no tiene más alternativa que crear o destruir. Socialmente, y también en el plano individual, la creatividad es el cauce sublimador de la destructividad, como bien lo explica Erick Fromm (1980) en su análisis de las tendencias destructivas de los humanos. El individuo que no puede crear quiere destruir, lo cual quiere decir que para disminuir un poco las tendencias destructoras presentes en nuestra actual sociedad una buena alternativa es cultivar el potencial creador que posee el intelecto humano. ¿No quieres que tu hijo destruya los juguetes? Ponlo a imaginar, diseñar y construir los suyos.

Para ello hay que fomentar los facilitadores y derribar los obstáculos de la creatividad. En el orden físico un entorno monótono, demasiado tranquilo y estático es tan enemigo de la creatividad como un ambiente inestable, tempestuoso, acelerado y caótico. En el primer caso la pobreza de estímulos origina reacciones espirituales igualmente

pobres, perezosas y estereotipadas. En el segundo el atropellado diluvio de estímulos genera congestión y nada positivo se produce. Salvo excepciones, es bien difícil que una persona pueda inspirarse para grandes creaciones en el cruce de dos avenidas de intenso tráfico en las horas pico. Por ende, se puede sugerir que para estimular la imaginación creadora se alternen periodos de intensa estimulación (viajes, congresos, etc.) con periodos de calma y serenidad. Max Neef, nos relata su propia experiencia que concuerda con esta teoría. Cada periodo de nueve meses de intenso ir y venir de un avión a otro, de un país a otro, de un auditorio a otro, es retroalimentado por tres meses de retiro, meditación y contemplación serena de la naturaleza en su silenciosa isla del Pacífico, cerca de Santiago de Chile.

En el orden intelectual son enemigos de la imaginación creadora aquellos ambientes cargados de prejuicios, dogmatismos, tradicionalismos, burocracia, escepticismos crónicos y rechazo sistemático a lo nuevo. Y por el contrario, facilitan la creatividad los ambientes intelectuales abiertos, plurales, tolerantes, de amplio diálogo, mutuo respeto y de constante actitud de búsqueda. Desde lo afectivo, bloquean la creatividad la inseguridad, los límites impuestos, los sentimientos vagos de culpa, el hastío y toda presión que lleve a no ser uno mismo sino a usar caretas en el teatro de la vida. En cambio, la seguridad en sí mismo, la alegría de vivir, la fe en las propias capacidades, la confianza en los otros, el espíritu de compromiso y de entrega son grandes promotores de la actividad creadora, tanto de los individuos como de los grupos.

Por su pertinencia no podemos resistirnos a transcribir aquí un párrafo de J.P. Guilford (1964) escrito como prólogo al libro Guía del comportamiento creador, publicado por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos: Vivir es tener problemas, resolverlos equivale a crecer intelectualmente. No es equivocado decir que en nuestra época

actual viven en nuestro planeta más individuos informados e intelectualmente capaces que en otras, y sin embargo los problemas por resolver son también mayores: cómo vivir en paz, cómo alimentar y vestir una población siempre más numerosa, cómo educarla, cómo organizarla. En los países más adelantados, la educación ha tenido cierta medida de éxito en la transmisión a las generaciones jóvenes de lo descubierto por sus mayores. Pero la enseñanza ha sido excesivamente autoritaria. No se indicó a los jóvenes cómo usar la información en forma creadora, ni se les dio siquiera la oportunidad de hacerlo en muchos casos. La educación creadora tiene como objetivo la formación de una persona con iniciativa, recursos imaginativos y confianza propia, dispuesta a enfrentar los problemas personales, interpersonales o de otra índole. Debido a la propia confianza es también tolerante pues no necesita violencia para sentirse seguro. Un mundo de personas tolerantes sería también un mundo de paz y cooperación. Por lo tanto, la creatividad es educación en el sentido más completo, y es la clave para la solución de los problemas más apremiantes de la humanidad.

2.3.3. ACTITUD

La actitud es «una tendencia psicológica que se expresa en la evaluación de un objeto o de una actividad particular con algún grado a favor o en contra» (Eagly y Chaiken, 1993). En primer lugar hay que especificar qué se entiende por objeto de la actitud: el objeto de la actitud puede ser cualquier elemento diferenciable del medio en que se encuentra la persona y que ésta pueda discriminar. Así, encontramos objetos abstractos o concretos, particulares o contemplados como clase; comportamientos, ideas, situaciones, contemplados concretamente o como clase; grupos sociales, personas concretas, uno mismo. La primera cuestión que se nos plantea en la definición es que las actitudes, al ser tendencias psicológicas, pertenecen al estado interno de la persona y, por lo tanto, no son observables directamente sino que hay que inferirlas a partir de las respuestas de la persona,

respuestas que pueden ser tanto cognitivas, afectivas o comportamentales. Eso quiere decir que podemos inferir una actitud a partir de la expresión de una idea, de una emoción o de un comportamiento determinado; que pueden manifestarse las tres respuestas al mismo tiempo, sólo dos o solas, es decir, no tienen que presentarse de forma conjunta, por lo que se encuentran actitudes con respuestas únicamente conductuales, únicamente afectivas, afectivo-cognitivas... Hay que tener también presente que si se presenta más de una respuesta, existe la tendencia a establecer coherencia entre ellas y que no se contradigan. Así, un afecto hacia el objeto de la actitud tiende a ser coherente con una idea y con la conducta determinada de la actitud, aunque no siempre se da esta coherencia (podemos llevar a cabo acciones que no están de acuerdo con nuestros pensamientos, por ejemplo)(17).

Un elemento importante de la actitud, y que de hecho la define, es la evaluación que se hace del objeto o de la actividad a la que dirigimos la actitud. Esta evaluación, a favor o en contra, es la que le confiere el sentido de favorabilidad, predisposición negativa o positiva hacia el objeto o la actividad, pero es importante tener presente que esta evaluación no siempre implica una comprensión consciente de lo que se está realizando o sintiendo. La evaluación puede no llevarse a cabo a partir de un juicio evaluativo consciente de la persona, sino que puede realizarse de modo poco consciente, experimentando el objeto de la actitud como más o menos deseable, como mejor o peor en algún grado. Esta característica es la que provoca que las actitudes, a veces, sean poco racionales, poco analizadas, poco justificadas por el individuo que las tiene. Es importante también tener claro que las actitudes se forman mediante tres tipos de procesos -cognitivos, afectivos y comportamentales- que constituyen los antecedentes de las actitudes. Eso quiere decir que podemos tener actitudes formadas a partir de ideas, sentimientos, hábitos determinados. Estos antecedentes, al igual que las respuestas, no tienen por qué darse

conjuntamente, por lo que puede haber actitudes basadas únicamente en procesos de algún tipo. A partir de este concepto de actitud, veremos cuáles son las propiedades que se le otorgan y que nos ayudan a entenderla mejor y, por lo tanto, a poder trabajarla correctamente en el ámbito educativo.

Las características de las actitudes

Las actitudes son decisivas en la personalidad del individuo, ya que a través de ellas se canalizan tres parcelas fundamentales: la cognitiva, la afectiva y la conductual. Son parte integrante de la personalidad, se forman a partir de factores internos y externos del ser humano y sirven para equilibrar las imposiciones del funcionamiento interior y del ambiente. Son, por lo tanto, individuales, se forman y se modifican siguiendo procesos psicológicos que operan en el individuo en función de su persona, de su historia y de la influencia que ejercen en él los grupos sociales con los que se relaciona. Son de difícil observación porque son internas. No son innatas, sino adquiridas, y su adquisición se produce a lo largo de toda la vida de un individuo, hecho que determina que sean dinámicas (pueden variar en sus características, por ejemplo). El aprendizaje es la base de la formación de actitudes, y eso las hace educables. Las actitudes tienen características y funciones diversas: son relativamente estables (especialmente las sociales), aunque tienen posibilidades de cambio (en este sentido, son flexibles). Normalmente son específicas y contextualizadas, a pesar de que se producen actitudes de carácter general. Las actitudes pueden estar aisladas, pero normalmente tienden a organizarse en un conjunto aglutinador con otras actitudes y sistemas de actitudes, lo cual proporciona integridad y coherencia a la personalidad del individuo. Esta organización se extiende generalizándose hasta llegar al sistema de valores. Condicionan otros procesos psicológicos, como por ejemplo la formación de juicios sociales, el procesamiento de la información (la percepción, la interpretación de estímulos, la comprensión, la retención,

la rememoración), el aprendizaje, la organización del universo cognitivo y factores que facilitan la adaptación al contexto(17).

Es importante observar esta última característica de las actitudes: el condicionamiento que hace de otros procesos psicológicos. Así se ha comprobado que las actitudes sirven para ordenar y dotar de significado aspectos del medio social en el que la persona se mueve, para dirigir su percepción sobre aquello con lo que se relaciona. Eso implica que podemos escoger estímulos del entorno en función de las actitudes que tenemos (hacemos una selección de los mismos), o podemos interpretar algo que nos rodea en una dirección determinada a partir de nuestras actitudes. También se relaciona la actitud con la retención de la información y con su recuperación en la memoria. Diversos autores afirman que la información que confirma o que está de acuerdo con las actitudes propias es mucho más fácil de aprender y de recordar que la información que las contradice. Se recuerda aquello que está de acuerdo con la propia representación y se distorsiona la información que no está de acuerdo con las ideas propias para hacerla más compatible con ella. De hecho, vemos que las actitudes pueden influir en cada uno de los pasos de la secuencia del proceso de información, incluidas la atención, la codificación, la comprensión, la interpretación, la elaboración y la memoria(17).

Reflexiones sobre el concepto de actitud

- **Las actitudes son más amplias que las conductas.** Las conductas se pueden contemplar como actitudes visibles y como tales pueden ser manifestaciones de las actitudes o pueden no serlo. En este sentido, podemos llevar a cabo acciones concretas que no respondan a actitudes determinadas sino a hábitos adquiridos o costumbres, o podemos, incluso, realizar acciones determinadas que no correspondan con nuestras actitudes: las normas sociales nos pueden imponer acciones (lo que pensamos que se debe hacer para estar en un grupo determinado, por

ejemplo) o podemos llevar a cabo acciones pensando más en las consecuencias de la acción concreta (conseguir un premio, evitar un castigo, ser halagados...) que en la búsqueda de la coherencia de la acción con nuestra actitud. Esta característica requiere contemplar desde los ámbitos didácticos cuáles son los aspectos que programamos o que trabajamos con los niños o adolescentes.

- Es importante también **tener en cuenta la actitud dentro de la globalidad de la persona**, no verla como algo aislado sino relacionado con otros elementos que conforman al individuo. En este sentido, y a partir de que las actitudes son las concreciones de los valores en situaciones determinadas, en muchas ocasiones en el centro escolar trabajaremos conjuntamente valores y actitudes. Las características de las actitudes hacen necesario, por lo tanto, trabajarlas globalmente tanto en su composición interna como en su relación con los otros constructos o contenidos de trabajo escolar (lo que no implica, como ya veremos, que no se establezcan estrategias de programación y no tanto de práctica directa con el alumnado más parceladas para contemplar la complejidad de la actitud y el trabajo coherente e interrelacionado de sus diferentes elementos).
- Finalmente, es necesario reflexionar sobre las implicaciones didácticas que tiene el hecho de que las actitudes puedan no estar totalmente concienciadas en la persona que las tiene, reflexiones que hay que llevar a cabo tanto desde el punto de vista de la enseñanza como del aprendizaje del alumnado, a fin de buscar la mejor manera posible de que el alumnado sea consciente de sus actitudes así como de las consecuencias que comportan(17).

El aprendizaje de las actitudes

Una de las características que definen las actitudes es que son aprendidas. Las actitudes se adquieren mediante aprendizaje. Surgen a partir de las interacciones sociales significativas que tiene el individuo, de sus experiencias en un contexto determinado.

➤ **Contextos de aprendizaje actitudinal**

Los contextos de aprendizaje actitudinal son diversos, tantos como contextos con los que se relaciona la persona. Tengamos presente que la identidad social del individuo es múltiple, porque todo el mundo está incluido en diferentes grupos y contextos sociales. No obstante, cada persona se ve sometida a las influencias de los contextos con los que entra en contacto de una u otra forma, y es en éstos donde lleva a cabo los aprendizajes. En la práctica, la separación entre ellos es bastante artificial, dada la dificultad de separar de forma clara la influencia de cada uno de los diferentes ámbitos. Las relaciones que establece con cada contexto y las relaciones que establece con las personas de cada uno de ellos responden a una concepción sistémica en la que la persona recibe y genera influencias en relación con todo aquello que le rodea. Así mismo, también se establecen relaciones de interdependencia entre los diferentes contextos.

A partir de aquí, es necesario rechazar la idea que atribuye a cada contexto la educación de una parte del individuo (la familia, la afectiva; la escuela, la cognitiva o la de los conocimientos institucionalizados...). Aunque sea cierto que las instituciones asumen funciones preestablecidas, la realidad nos dice que es difícil parcelar el aprendizaje por contextos, ya que el individuo lleva a cabo diversos tipos de aprendizaje dentro de cada uno de los contextos en que se encuentra. Lo que sí se acepta dentro de una perspectiva sistémica es que los diferentes contextos se relacionan entre sí y, si éstos no se contradicen, el potencial de influencia es mayor. No obstante, las influencias que recibe la persona pueden no tener la misma orientación: contextos diferentes pueden estar confrontados por los valores que los presiden, por las pautas de conducta que propician, o los intereses que predominan en ellos, por ejemplo, pueden provocar en la persona conflictos de pareceres y de elección.

A pesar de las potencialidades educativas o de influencia que tiene cada contexto, hay que partir de la idea de que los contextos en los que está inmerso el individuo no le determinan directamente, sino que le dan una información y unos estímulos con los que él reacciona de formas diversas y condicionado por sus características personales (experienciales básicamente, a partir de las relaciones con las demás personas y el medio, y de capacidades y habilidades personales). El ambiente no actúa nunca mecánicamente sobre el sujeto, por lo tanto, el individuo no interioriza tal cual las influencias que recibe de los diferentes ambientes. Las influencias de los ambientes (generales, específicos...) no implican un determinismo concreto. Además, pueden variar en forma y en efecto, tener intencionalidad consciente o inconsciente, ser directas o diferidas... De hecho, debe hablarse de la suma de influencias diversas que en cada individuo se concretan de forma particular. Todas las personas son producto de la sociedad en la que viven, pero en la determinación de las características de este producto tiene un papel decisivo la especificidad de cada individuo en particular y las características de los agentes que interaccionan con él(17).

➤ **La sociedad**

Toda persona nace en un grupo humano más o menos organizado que transmite y hace vivir a sus miembros las características que lo definen a partir de las necesidades, de los intereses y de las fuerzas de los grupos que lo componen, así como de su historia.

Sociólogos y antropólogos ponen de manifiesto la necesidad del ser humano de desarrollarse en una sociedad, pero, a su vez, como la propia sociedad, necesita reproducirse biológicamente, económicamente y socialmente entre sus miembros para sobrevivir. Esta reproducción la lleva a cabo mediante la

socialización, que es el proceso mediante el cual se trata de activar unos rasgos de la personalidad del individuo que sirvan para que la sociedad se perpetúe. Así pues, la sociedad se conforma como un contexto de influencias que da pautas culturales sobre aspectos básicos de supervivencia, conducta, pensamientos, sentimientos y relación con los demás (roles sexuales, manera de comunicarse, concepción de la vida...) y, en el ámbito actitudinal que nos ocupa, valores y actitudes determinados. La presión social es tan grande que conforma, incluso, la manera en que las personas utilizan sus capacidades básicas(17).

El resultado de la socialización es un proceso de interiorización de las normas sociales mediante el cual el individuo convierte la cultura que le rodea o sus aspectos fundamentales en algo propio. Los agentes que utiliza la sociedad para llevar a cabo este proceso son diversos: la familia, la escuela, los medios de comunicación. La sociedad, no obstante, es diversa. Conviven en ella diferentes grupos con culturas o rasgos diferentes que, aunque estén interrelacionados, tienen características propias. Eso hace que la persona no sólo vaya adquiriendo unas pautas culturales dadas por la sociedad en la que vive, sino que, además, reciba la influencia de las particularidades de las diferentes culturas o grupos adyacentes. Así, son diferentes los planteamientos que se dan en un grupo marginal que en otro de un nivel económico elevado, por ejemplo. Tampoco son iguales las influencias familiares que las de la escuela o las de los medios de comunicación. Cada uno de estos agentes influyen en la persona tanto con las particularidades de sus creencias, afectos o pautas de conducta propias como a través de los valores sociales que han asimilado de la sociedad que los utiliza para socializar al individuo(17).

➤ **Los medios de comunicación social**

Los medios de comunicación social, con sus influencias persistentes, ayudan a formar la personalidad del niño y del adolescente, así como sus actitudes. Actualmente, los medios de comunicación se han convertido en los grandes configuradores de la apreciación e interpretación de la realidad, así como en los promotores de modelos personales que hay que imitar a partir de las propuestas que ofrecen sobre conductas, interrelaciones personales o resolución de conflictos, por ejemplo.

Como indica Corominas (1994), los medios de comunicación actuales presentan entornos diferentes al propio y aportan estéticas y lenguajes propios y valores determinados. Además, la persona receptora no puede verificar la información recibida, por lo que su credibilidad depende de la confianza que tenga en la autoridad del medio o en la persona que da la información.

Una de las características de los medios de comunicación que utilizan la imagen es que la información es presencial y emotiva. La información que dan las imágenes no son proposicionales, sino presenciales. Tienen un papel más emotivo que racional: hacen surgir emociones, provocan lazos afectivos... En este sentido, las imágenes no piden que se piense, sino que se sienta. Se da también una rapidez en la selección de la información: las imágenes se producen tan rápidamente que es necesario hacer de las mismas un reconocimiento instantáneo, de percepción y no de decodificación, lo que provoca el consumo de sentimientos. Existen también la redundancia y el poder normativo de los medios: el receptor de la información recibe mensajes redundantes que le remiten a un referente que ya conoce y que sigue esquemas y valores determinados. Estos mensajes, no obstante, son muy parecidos en su desarrollo y en sus personajes, están

estereotipados y no ofrecen modelos alternativos. La redundancia, junto con la aceptación del mensaje, producida porque éste se da en momentos de relajación y descanso, produce un poder normativo en aquello a lo que hace referencia. La información, pensada para el gran público, es aceptada socialmente, quien se aparte de lo que en ella se propone es considerado diferente o marginal.

El medio de comunicación que ha hecho de la imagen su código ha sido la televisión, que se ha transformado en el «gran medio» de comunicación de masas, sobre todo en lo que al público infantil y juvenil se refiere.

La facilidad de comunicación que tiene la televisión se centra en sus propias características, es decir, por el hecho de utilizar la imagen como código no requiere un aprendizaje laborioso; la enorme rapidez de paso de los planos es la responsable de la influencia sobre el espectador, y la imagen facilita la percepción de la realidad. Estas mismas características provocan, no obstante, problemas a la hora de poder juzgar sus mensajes, como por ejemplo la falta de conciencia que tiene el receptor o la receptora de las dificultades que la imagen plantea como medio de comunicación (el código de imágenes no lo dominan todas las personas receptoras), el hecho de que la realidad presentada puede estar distorsionada y es posible que la persona espectadora no se dé cuenta de ello, ya que la imagen crea sensación de gran realidad (la aparente realidad dificulta la toma de conciencia de la distorsión informativa realizada). No obstante, el mensaje ofrecido es completo y su captación no requiere demasiado esfuerzo, hecho que permite una actitud de pasividad por parte de la persona receptora(17).

2.3.4. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Definición

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. Antes de la aparición del cáncer en el cuello uterino las células atraviesan cambios conocidos como displasia, en los cuales las células que no son normales empiezan a aparecer en el tejido del cuello uterino. Luego las células cancerosas comienzan a crecer en forma desordenada, autónoma diseminándose más profundamente en el cuello uterino y las áreas circundantes así mismo invade el tejido subyacente y produce la metástasis a distancia.

El cáncer de cuello de útero ha sido uno de los cánceres ginecológicos cuya etiología ha sido más ampliamente estudiada en las últimas décadas. Con el diagnóstico precoz a través de la citología cérvico-vaginal y la extensión del uso de métodos anticonceptivos de barrera, lo que ha supuesto un descenso del contagio del HPV, se ha conseguido una progresiva disminución en cuanto a su mortalidad e incidencia en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo sigue comportándose como un importante problema socio-sanitario. Representa un 20-25% de los tumores ginecológicos, con una incidencia general de 4-8 casos / 100.000 mujeres, máxima en pacientes de edades comprendidas entre los 45 a los 55 años. La localización más frecuente es en la unión escamo-columnar (18)

2.3.5. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino que figuran en los incisos del “a” hasta la “e” corresponden a Bajo (18):

a. Comportamiento sexual:

- Inicio de las relaciones sexuales a edades precoces. El inicio temprano de relaciones sexuales: predispone a tener mayor número de parejas sexuales, a mayor tiempo de evolución de la infección por HPV. También se ha demostrado que en la

adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos

- La promiscuidad : práctica de relaciones sexuales con varias parejas
- El contagio de ETS (H1V, HSV-2, Neisseria gonorrhoeae, Clamidia trachomatis) se asocia con una mayor incidencia. **Infección con clamidia.** La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor, y se contrae por contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico. Generan cambios inflamatorios en los genitales que facilitan el desarrollo de la infección por HPV y su progresión a cáncer de cuello uterino.
- Se encuentra en estudio la relación entre el uso de anticonceptivos orales (más de 5 años) y el cáncer de cérvix.

b. **Paridad:** mayor incidencia en multíparas. Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral.

También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. A mayor cantidad de hijos, sobre todo nacidos por parto vaginal, mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

- c. **Antecedentes de lesiones precancerosas y el estado de inmunosupresión.** El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con sida tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (cervical). El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquéllas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquéllas que han tenido un trasplante de órgano.

d. **Hábito tabáquico.**

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen

del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

e. Detección del Virus del Papiloma Humano (Infección por el virus del papiloma humano), es el factor más importante.

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papiloma, lo que se conoce más comúnmente como verrugas. El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua. Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. Se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado. Los tipos VPH6 o el VPH11 causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres,

y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer.

Los médicos creen que una mujer tiene que estar infectada con VPH para desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18. La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo puede eliminar la infección por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por ciertos tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino.

La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con VPH. Otras pruebas detectan infecciones mediante la búsqueda de genes (ADN) del VPH en las células. A algunas mujeres se les hace la prueba de VPH junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. Cuando el resultado de una prueba de Papanicolaou en una mujer es ligeramente anormal, la prueba de VPH también se puede usar para ayudar a decidir cuál será el próximo paso. Si los resultados de la prueba muestran un tipo de VPH de alto riesgo, esto puede significar que ella necesitará una evaluación completa con un procedimiento de colposcopia. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.

- El ADN del HPV se encuentra presente en el 70% de las lesiones de bajo grado, el 90% de las de alto grado y en el 95% de los cánceres infiltrantes.

- Según el riesgo oncogénico los diferentes genotipos del HPV se pueden diferenciar en:
 - Bajo riesgo: 6, 11, 41, 42, 43, 44.
 - Indeterminado: 31, 33, 35, 39, 51, 52.
 - Alto riesgo: 16, 18, 45, 56.
- Diagnóstico del HPV: detección de DNA o RNA virales o de proteína de la cápside viral, (hibridación y PCR).

f. Alimentación

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

g. Píldoras anticonceptivas

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

h. Pobreza

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil

a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino.

i. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.

2.3.6. HISTOLOGÍA(18)

La introducción de métodos de screenig para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, tiene como objetivo la detección de las lesiones precursoras de la enfermedad en la etapa asintomática, con el fin de interferir en la evolución natural de dicha patología. En el cáncer de cérvix se acepta la existencia de lesiones precursoras, cuya nomenclatura se basa en la clasificación Citológica de Bethesda frente a la anatomo-patológica clásica de Richart:

- a. L-S1L o lesión intracpitelialescamosa de bajo grado: incluye CIN-I y los casos de detección de HPV sin C1N. Es una displasia leve.
- b. H-S1L o lesión intraepitelial escamosa de alto grado, incluye CIN II (displasia moderada) y CIN III (displasia severa y carcinoma in situ).

También podemos encontrar con alteraciones histológicas tipo atipias de células escamosas (ASC):

c. -ASC-US: células atípicas de significado incierto.

d. -ASC-H: atipias que no permiten descartar M-SIL.

Otras lesiones con mayor dificultad diagnóstica serían las lesiones glandulares y los adenocarcinomas.

2.3.7. DIAGNÓSTICO:

Disponemos de las siguientes técnicas diagnósticas(18):

a. **Citología:** Método de screening de elección. La SEGO propone, en pacientes de bajo riesgo, su realización a los 3 años de haber iniciado las relaciones sexuales, estimando que si 2 controles anuales resultan negativos, pueden espaciarse cada 3 años y finalizar a los 65-70 años si las 3 citologías anteriores fueron negativas. Baja sensibilidad para atipias de bajo grado y de un 75-80% para las de alto grado. Permite la visualización de cambios morfológicos como la presencia de coilocitos.

b. **Citología medio líquido:** Busca disminuir la tasa de falsos negativos. Tiene la ventaja de poder detectar el ADN del HPV. Implica un mayor coste, siendo la sensibilidad para lesiones de alto grado similar al Papanicolaou.

c. **Colposcopia:** Visualización del exocérnix, vagina y vulva a través de un microscopio binocular tras la instilación de ácido acético y/o Lugol. Baja especificidad, pero asociado a la citología permite alcanzar una sensibilidad del 90 al 98%. Indicada su realización ante:

- Citología anómala (es la principal indicación).
- Identificación de la zona sospechosa para biopsia
- Control SIL en gestación.
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior de la lesión.

d. **Biopsia:** aporta el diagnóstico definitivo mediante estudio histopatológico de la lesión. Se realizará la toma bajo control colposcópico sobre la imagen sospechosa o, en caso de no visualizarse, se hará una toma de exocérvix en los cuatro cuadrantes. También podremos obtener muestras mediante legrado endocervical.

e. **Microcolpohisteroscopia:** Visualización a mayor aumento de la región del ectocervix y zona accesible de endocervix. Útil en casos de discordancia citocolposcópica y los casos de CIN donde no se visualice la unión escamocolumnar.

f. **Detección del ADN del papilomavirus humano:** en la práctica clínica por su sensibilidad y capacidad de reproducir se utilizan las siguientes técnicas:

- PCR (ampliación en cadena de secuencias de ADN por la polimerasa): precisa poco material de análisis. Puede detectar infecciones latentes sin alteración citológica. Su alta sensibilidad hace que tenga una tasa elevada de falsos positivos.
- Hibridación in situ: alta especificidad. Permite la tipificación del HPV. No detecta infecciones sin alteración citológica. (Hibrid Capture II).

Ya se propone como método de screening alternativo a la citología en algunos protocolos.

2.3.8. CONTROVERSIA(18)

a. **Periodicidad de las citológicas.** no se llega a un acuerdo de si se debe mantener su indicación anual o en el caso de tomas repetidas negativas distanciar el estudio cada 2 o 3 años.

b. **Realización sistemática de colposcopia** o mantener su indicación sólo a casos con citología sospechosa.

c. **Actitud ante SIL de bajo grado:**

- **Expectante:** controles citológicos periódicos cada 6 meses.
- **Activa:** colposcopia y tratamiento de la lesión.

2.3.9. CONCLUSIONES

El cáncer de cuello de útero por su incidencia y sus graves consecuencias, la posibilidad de actuar sobre la etiología (íntimamente ligada con el VPH) y el conocimiento de su historia natural, aporta las características necesarias para poder desarrollar campañas de diagnóstico precoz, basado en una prueba sencilla como es la citología cérvicovaginal, de modo que se detectan lesiones en estadios precancerosos permitiendo un tratamiento efectivo de la patología. Con ello se ha conseguido crear unidades de patología cervical para la detección, control, tratamiento y seguimiento de aquellas pacientes de riesgo, y por lo tanto reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix(18).

2.3.10. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria.

- a. **Prevención primaria.** La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH. Vacuna contra el VPH. Como el VPH es un virus que se transmite por vía sexual, la manera de prevenir la infección sería la abstinencia absoluta, que es totalmente irrealista. Se pueden reducir las probabilidades de adquirir la infección con la práctica de la monogamia, pero ésta debería ser mutua; la circuncisión y el uso de preservativo sólo confieren un cierto grado de protección. Las vacunas profilácticas representan el método ideal para prevenir la infección por VPH (19).
- b. **Prevención secundaria.** La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical. Los esfuerzos de

prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones pre cancerosas. El abordaje preventivo del cáncer de cervix debe tener en cuenta además las implicaciones diagnósticas que se derivan del descubrimiento de la relación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cervix. La constatación de que se trata, en su mayor parte, de una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es el VPH, plantea la necesidad de revisar el abordaje de prevención primaria. En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada. Por ejemplo, en Finlandia, un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino nacional, puesto en marcha en 1963, permitió reducir la tasa de cáncer cervicouterino a 5,5 casos por 100.000 mujeres, uno de los valores más bajos del mundo. En cambio, en los países en desarrollo, donde se produce el 80% de todos los casos nuevos, se ha estimado que sólo el 5% de mujeres se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años (19).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Actitud Es la predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo.

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.

Conocimiento

Es aquel conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee o adquiere la estudiante acerca del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano. El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos.

Intervención educativa

Es una estrategia puesta en acción para identificar desarrollar y evaluar el proceso de mejora sobre los conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino.

Nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino

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

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.

2.5. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de

la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

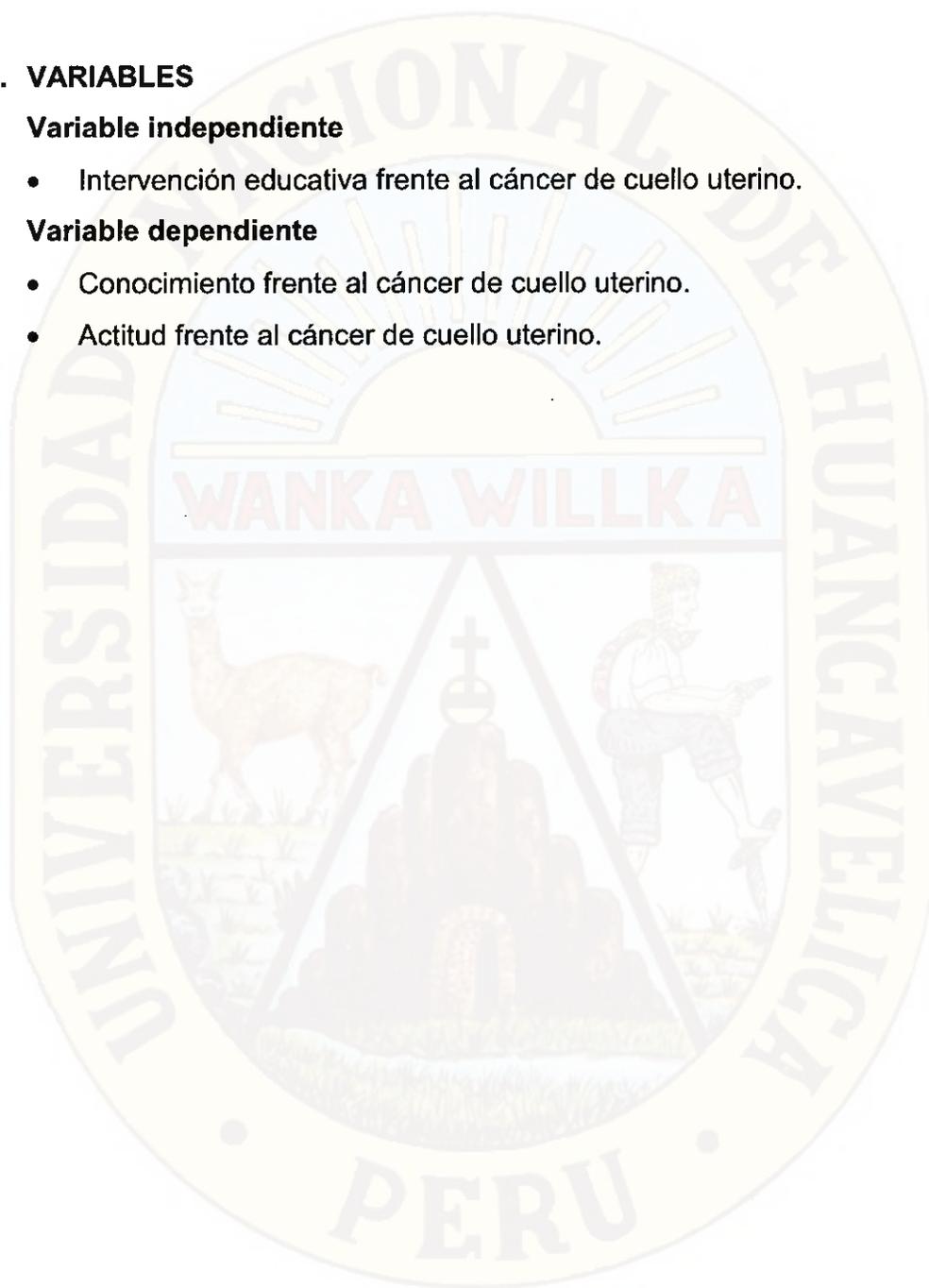
2.6. VARIABLES

Variable independiente

- Intervención educativa frente al cáncer de cuello uterino.

Variable dependiente

- Conocimiento frente al cáncer de cuello uterino.
- Actitud frente al cáncer de cuello uterino.



2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de la variable independiente:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ACTIVIDADES	FRECUENCIA Y DURACIÓN DE ACTIVIDAD
Intervención educativa sobre cáncer de cuello uterino	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.	La intervención educativa se desarrollará basado a un método innovador de carácter teórico práctico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino. 2. Virus del papiloma humano <ol style="list-style-type: none"> a. Definición b. Biología c. Ciclo vital del VPH d. Tipos del VPH e. Epidemiología 3. Cáncer de cuello uterino: <ol style="list-style-type: none"> a. Definición b. Epidemiología c. Etiología (factores de riesgo) d. Cuadro clínico e. Diagnóstico f. Pronóstico g. Medidas preventivas 4. Prueba de Papanicolaou <ol style="list-style-type: none"> a. Definición b. ¿Cómo se hace la prueba de Papanicolaou? c. ¿Para qué sirve la prueba de Papanicolaou? d. ¿Cuándo hacer la prueba de Papanicolaou? e. ¿Qué significa los Resultados de la prueba de Papanicolaou? 	<p>Realizar sesiones de enseñanza aprendizaje basado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muñeco de la anatomía del aparato reproductor femenino. • Proyección de videos. • Diapositivas en power point. 	<p>4 sesiones educativas:</p> <p>Primera sesión: Tema : Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino Duración: 160 minutos.</p> <p>Segunda sesión: Tema : Virus del papiloma humano Duración: 130 minutos.</p> <p>Tercera sesión: Tema : Cáncer de cuello uterino. Duración: 130 minutos.</p> <p>Cuarta sesión: Tema : Prueba de Papanicolaou. Duración: 130 minutos</p>

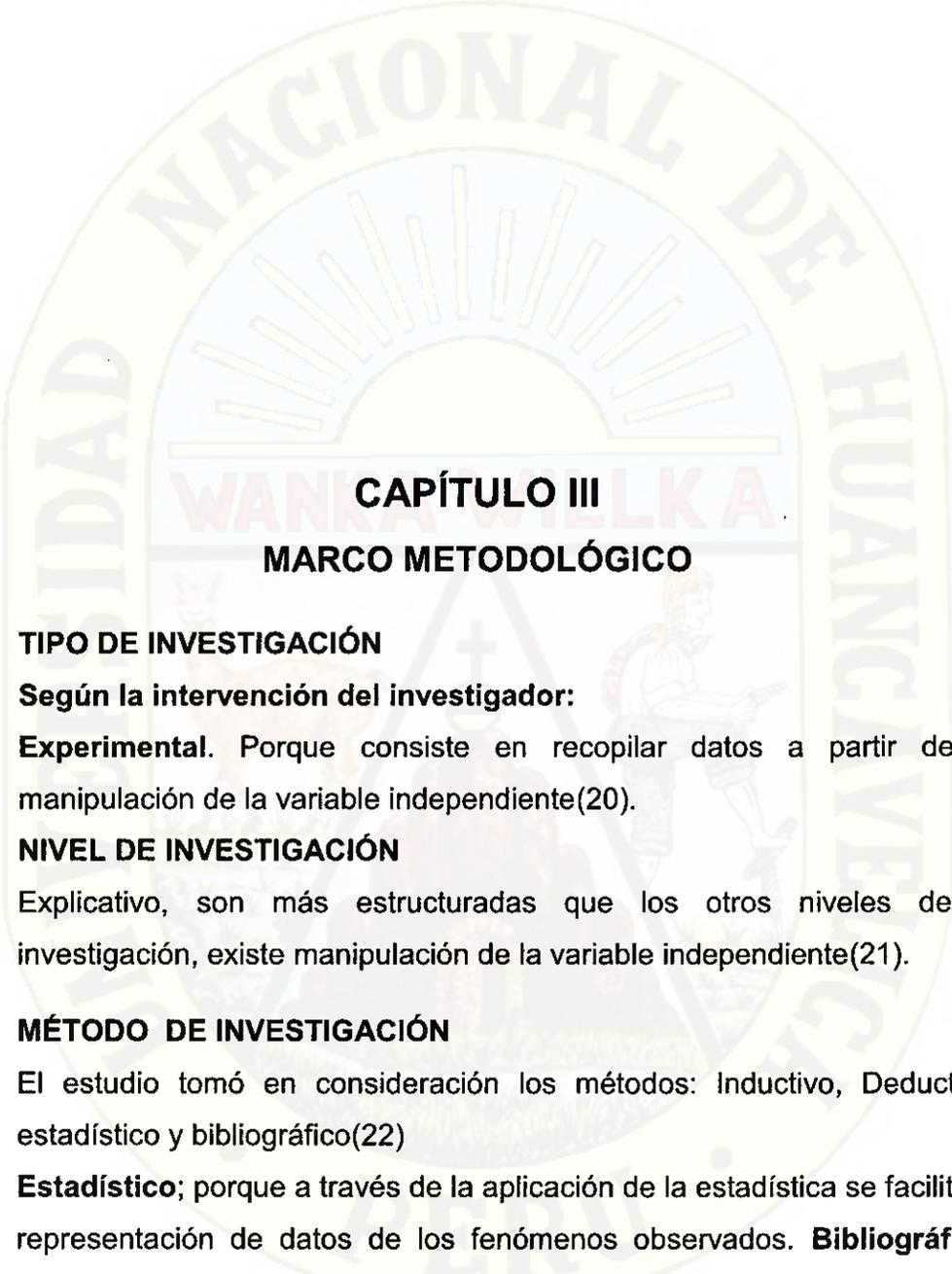
Operacionalización de las variables dependientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino	Es el grado de información obtenida y preestablecida sobre temas relacionados al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano.	Esta dado por toda la información obtenida y preestablecida sobre aspectos básicos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano que deben manejar los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, el cual será medido mediante un I cuestionario y expresado en nivel de conocimiento alto, medio y bajo.	Nivel de conocimientos frente al cáncer de cuello uterino	Definición	El cáncer de cuello uterino es el crecimiento de células malignas en la vagina.	Nivel de Conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0 a 6 • Regular: 7 a 13 • Alto: 14 a 20
				Etiología	El cáncer de cuello uterino se produce por tener un familiar con cáncer de cuello uterino.	
				Diagnóstico		
				Síntomas	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.	
			Prevención			
			Nivel de conocimientos frente al virus del papiloma humano	Definición	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual. El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable	
				Consecuencias	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	
				Transmisión	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal. El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas. La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto. Tener un tipo de virus del papiloma humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos.	

					El preservativo evita siempre el contagio del virus del papiloma humano.
				Signos y síntomas	<p>La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.</p> <p>El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales</p>
				Prevención	Existen vacunas que previenen la infección por el virus del papiloma humano.
				Prueba de Papanicolaou	<p>El Papanicolaou detecta la infección por el virus del papiloma humano.</p> <p>La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de la secreción vaginal.</p> <p>El Papanicolaou se debe realizar cada cinco años.</p> <p>El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.</p> <p>El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.</p> <p>Si el Papanicolaou de una mujer es normal significa que no tiene el virus del papiloma humano.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Actitud frente al cáncer de cuello uterino	Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables 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 una escala de likert, el cual será clasificado a una escala definida	Actitud frente al cáncer de cuello uterino	Causas	El cáncer de cuello uterino podría causarme la muerte.	Actitud: • Negativa • Positiva
				Prueba de Papanicolaou	Es necesario realizar el Papanicolaou a toda mujer que ya ha tenido relaciones sexuales. El Papanicolaou puede ser muy doloroso por lo que las mujeres no desean realizárselo.	
			Actitud frente al virus del papiloma humano	Prevención de la infección del virus del papiloma humano	Retrasar el inicio de las relaciones sexuales puede ser importante para prevenir la infección por el virus del papiloma humano. Reducir al mínimo el número de compañeros sexuales me ayudaría a reducir las probabilidades de contraer el virus del papiloma humano. 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. Las vacunas pueden ser efectivas para prevenir la infección por el virus del papiloma humano. Las vacunas pueden prevenir eficazmente la infección por el virus del papiloma humano. El uso del condón puede prevenir eficazmente la infección por el virus del papiloma humano.	

					<p>Las personas que ya tienen el virus del papiloma humano no deberían ser vacunadas.</p> <p>Las vacunas contra el virus del papiloma humano deben ser colocadas a las niñas.</p>
				Infección por el virus del papiloma humano	<p>Es fácil reconocer a una persona que tiene el virus del papiloma humano.</p> <p>La infección por el virus del papiloma humano puede ser grave.</p> <p>El contraer el virus del papiloma humano puede llevarme a la muerte.</p> <p>El virus del papiloma humano puede ser curado fácilmente por lo que no sería un peligro para mi salud.</p> <p>El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano.</p>
					<p>Es fácil reconocer a una persona que tiene el virus del papiloma humano.</p> <p>El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano.</p>
					<p>Una persona que tiene el virus del papiloma humano sin signos y síntomas aparentes no podría contagiar el virus.</p>



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador:

Experimental. Porque consiste en recopilar datos a partir de la manipulación de la variable independiente(20).

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Explicativo, son más estructuradas que los otros niveles de la investigación, existe manipulación de la variable independiente(21).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tomó en consideración los métodos: Inductivo, Deductivo, estadístico y bibliográfico(22)

Estadístico; porque a través de la aplicación de la estadística se facilitó la representación de datos de los fenómenos observados. **Bibliográfico;** porque permite recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc.

Así mismo; el estudio que se pretende abordar utilizó el método inductivo – deductivo. **Inductivo;** porque parte de lo específico a lo general; vale

decir, que primero va describir cada uno de los fenómenos para luego arribar a una conclusión y **deductivo**; parte de lo general a lo específico; es decir, una vez que se concluye se confrontará la relación de las variables involucradas; a través de un sustento claro y preciso del suceso de los mismos(22).

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño experimental: Específicamente Diseño cuasi experimental con pre prueba, pos prueba (uno de ellos de control) (21).

Esquema:

GE	O ₁	X	O ₂
GC	O ₃	—	O ₄

Leyenda:

- GE = Grupo experimental.
- GC = Grupo control
- O₁ = Aplicación de Pre prueba.
- O₃ = Aplicación de Pre prueba
- O₄ = Aplicación de Post prueba.
- O₂ = Aplicación de Post prueba.
- X = Tratamiento
- = Ausencia de estímulo

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población:

La población estuvo conformada por estudiantes matriculados al II ciclo "A" y "B" de la Facultad de Enfermería : 60.

Muestra: 100% de la población

Grupo experimental: II ciclo "A": 30 estudiantes

Grupo control: II ciclo "B": 30 estudiantes

Muestreo: No probabilístico intencional.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable dependiente	Técnica	Instrumento
Conocimientos frente al cáncer de cuello uterino	Encuesta	Cuestionario
Actitudes frente al cáncer de cuello uterino.	Psicométrica	Escala tipo Likert

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- Se realizaron las gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante el Director de la EAP de Enfermería de la UNH.
- Se realizó el consentimiento informado a las unidades de análisis para ejecución de trabajo de investigación.
- Se aplicó los instrumentos de recolección de datos a estudiantes del segundo ciclo de la FEN- UNH : cuestionario y escala (pre test)
- Se aplicó la intervención educativa al grupo experimental (1º,2º,3º y 4º sesión educativa)
- Se aplicó los instrumentos de recolección de datos a estudiantes del segundo ciclo de la FEN- UNH : cuestionario y escala (post test)
- Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis, síntesis, descripción e interpretación.
- Los datos fueron procesados estadísticamente haciendo uso del software estadístico SPSS v23 y Microsoft office Excel v2013 simultáneamente estos resultados se transfirió a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- Una vez obtenidas las tablas y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, descripción, interpretación y discusión de los resultados.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

Técnicas estadísticas:

Estadística descriptiva: tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.

Estadística inferencial: Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney

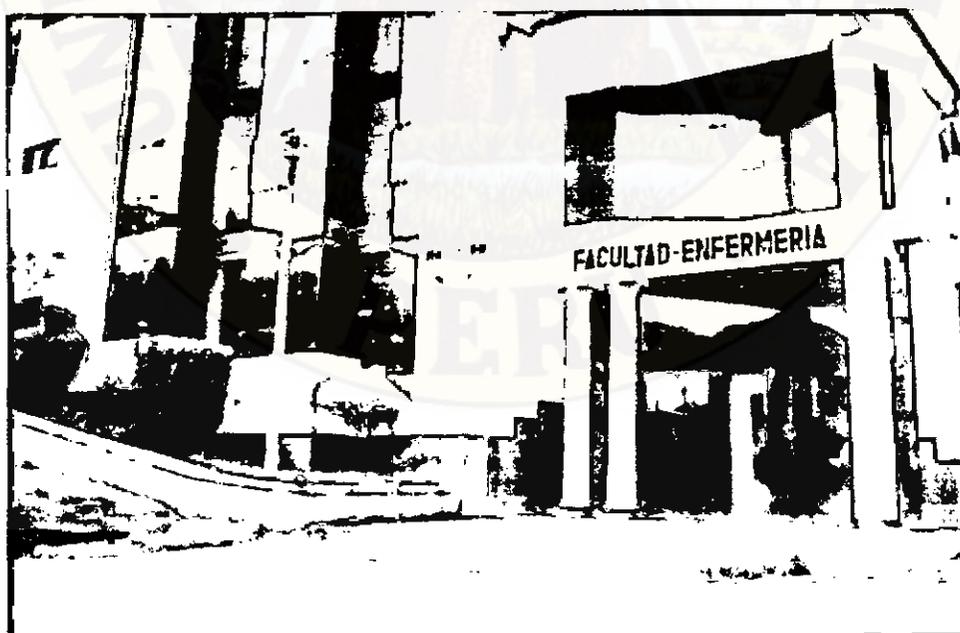


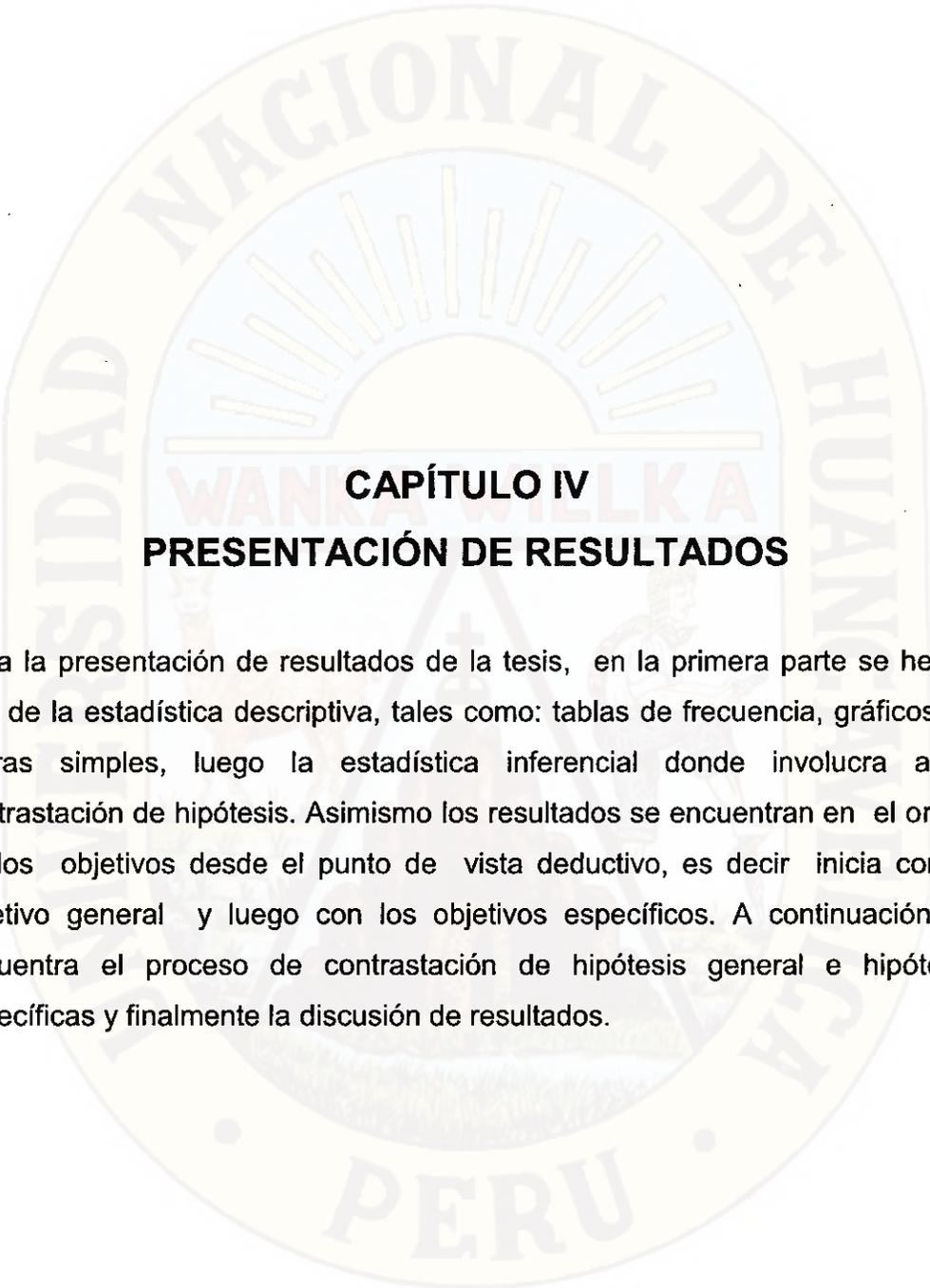
3.9. ÁMBITO DE ESTUDIO

La Universidad Nacional de Huancavelica es una universidad pública peruana, ubicada en Huancavelica en la localidad de Paturpampa. Fue fundada el 14 de octubre de 1990. Los orígenes de nuestra Universidad Nacional de Huancavelica, se remonta a la época del gobierno del Gral. Manuel A. Odría, fue aprobado por Ley N° 25265, la misma que se promulgó y se publicó el 20 de junio de 1990, creando la Universidad Nacional de Huancavelica con las siguientes Facultades: Ciencias de Ingeniería, Educación y Enfermería, siendo la primera Universidad peruana que, por creación tiene un carácter descentralizada.

La Facultad de Enfermería, es una unidad académica fundamental de organización, de formación académica y profesional, de investigación, de proyección social y extensión universitaria. Está integrada por profesores, graduados, estudiantes y personal administrativo, tiene autonomía académica y administrativa en los asuntos de sus competencias, dentro de la ley y del Estatuto y, en concordancia, con el Plan de Funcionamiento y Desarrollo de la Universidad.

Cuenta con 17 docentes, y con 25 docentes contratados, que desarrollan los procesos formativos en los diez ciclos académicos.





CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de resultados de la tesis, en la primera parte se hecho uso de la estadística descriptiva, tales como: tablas de frecuencia, gráficos de barras simples, luego la estadística inferencial donde involucra a la contrastación de hipótesis. Asimismo los resultados se encuentran en el orden de los objetivos desde el punto de vista deductivo, es decir inicia con el objetivo general y luego con los objetivos específicos. A continuación se encuentra el proceso de contrastación de hipótesis general e hipótesis específicas y finalmente la discusión de resultados.

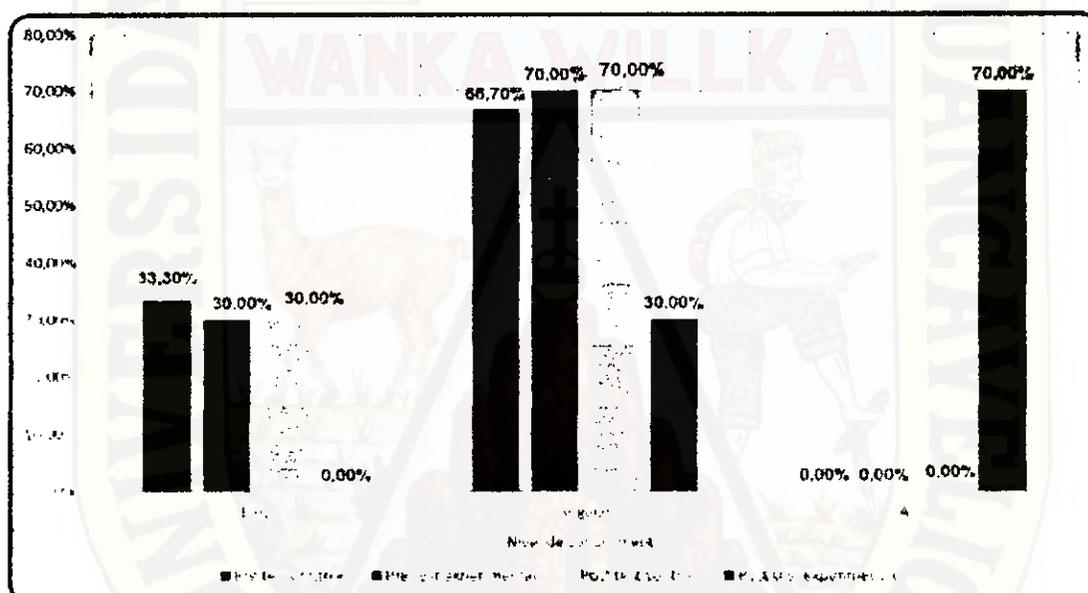
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla N° 01. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.

Nivel de conoc.	Pre test control		Pre test experimental		Post test control		Post test experimental	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	10	33,3%	9	30,0%	9	30,0%	0	0,0%
Regular	20	66,7%	21	70,0%	21	70,0%	9	30,0%
Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	70,0%
Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado, 2015.

Figura N° 01. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015..



Fuente: Tabla N° 01

El 66,7% (20) de estudiantes del grupo control que se aplicó el pre test presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 33,3% (10) fue bajo. El 70,0%(21) del grupo experimental presentaron regular nivel de conocimiento y el 30,0%(9) bajo. No existiendo diferencias considerables entre ambos grupos.

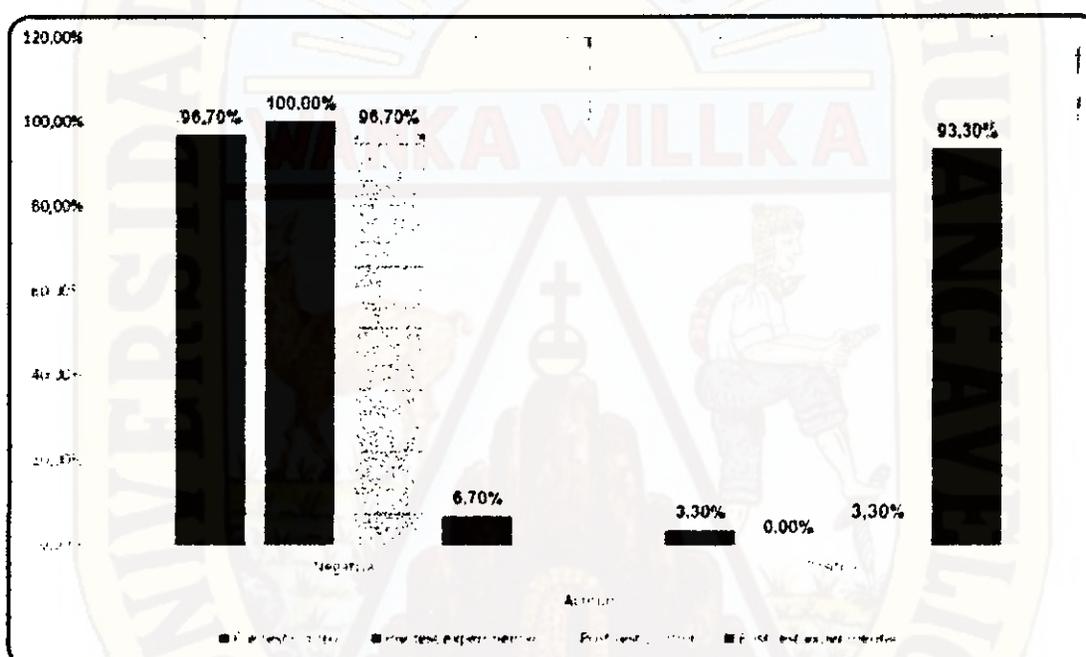
En relación al post test que se aplicó al grupo control resultó que el 70,0% (21) presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 30,0%(9) bajo. Sin embargo en el grupo experimental el 70,0% (21) presentaron alto nivel de conocimiento y el 30,0%(9) regular. Al respecto se concluye que entre el pre test y post test del grupo experimental existen diferencias significativas. No existiendo diferencias considerables en el grupo control entre el pre y pos test.

Tabla N° 02. Actitud frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.

Actitud	Pre test control		Pre test experimental		Post test control		Post test experimental	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Negativa	29	96,7%	30	100,0%	29	96,7%	2	6,7%
Positiva	1	3,3%	0	0,0%	1	3,3%	28	93,3%
Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Escala aplicado, 2015.

Figura N° 02. Actitud frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.



Fuente: Tabla N° 02

El 96,7% (29) de estudiantes del grupo control que le aplicó el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3% (1) actitud positiva. El 100,0%(30) del grupo experimental presentaron actitud negativa y el 0,0%(0) actitud positiva. Existiendo mínimas diferencias entre ambos grupos.

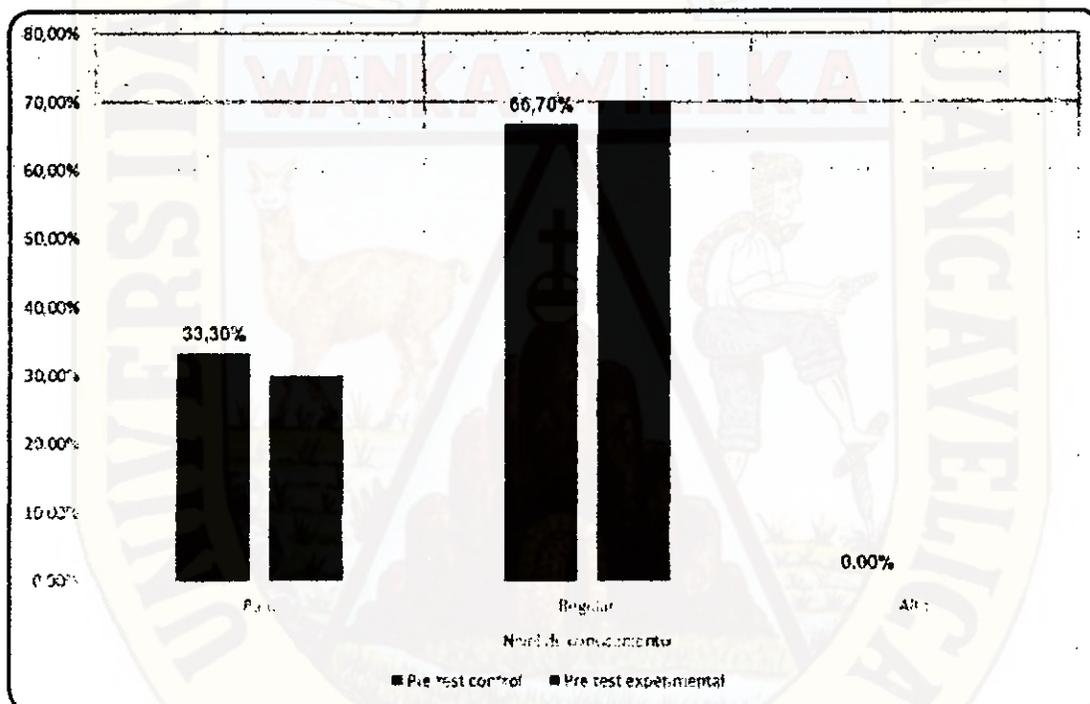
Con respecto al post test que se aplicó al grupo control resultó que el 96,7% (29) presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3%(1) actitud positiva. Sin embargo en el grupo experimental el 93,3% (28) presentaron actitud positiva y el 6,7% (2) actitud negativa. Al respecto se concluye que entre el pre test y post test del grupo experimental existen diferencias significativas. No existiendo diferencias considerables en el grupo control entre el pre y pos test.

Tabla N° 03. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Nivel de conoc.	Pre test control		Pre test experimental	
	f	%	f	%
Bajo	10	33,3%	9	30,0%
Regular	20	66,7%	21	70,0%
Alto	0	0,0%	0	0,0%
Total	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado, 2015.

Figura N° 03. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.



Fuente: Tabla N° 03

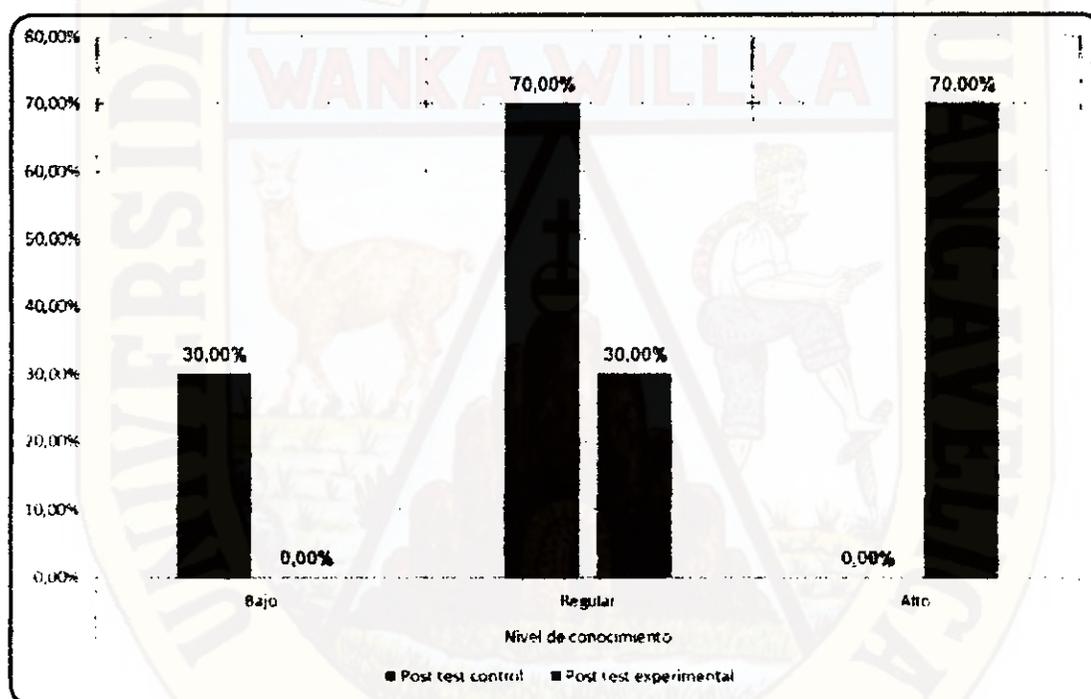
La tabla N° 03, indica que en el pre test del grupo control, el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino resulto regular en el 66,7%(20) y en el grupo experimental fue regular en un 70,0%(21), seguido del nivel bajo en el 33,3%(10) y 30,0% (9) respectivamente, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Tabla N° 04. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Nivel de conoc.	post test control		post test experimental	
	f	%	f	%
Bajo	9	30,0%	0	0,0%
Regular	21	70,0%	9	30,0%
Alto	0	0,0%	21	70,0%
Total	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado, 2015.

Figura N° 04. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.



Fuente: Tabla N° 04

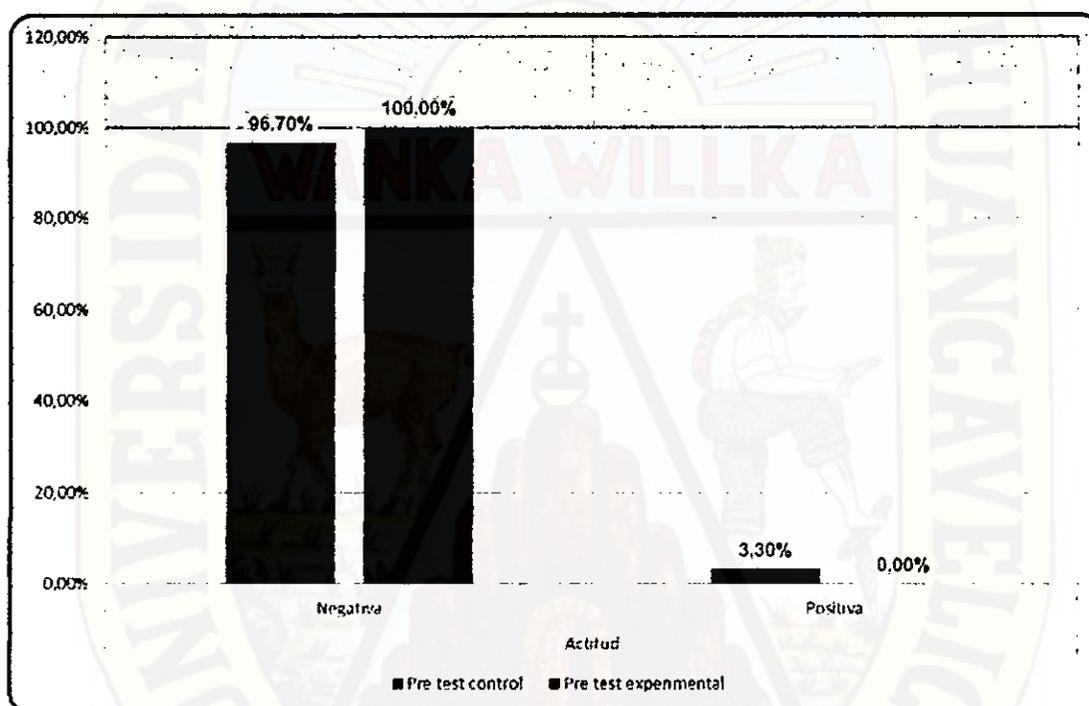
En el post test que se aplicó al grupo control resultó que el 70,0% (21) presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 30,0%(9) bajo. Sin embargo en el grupo experimental el 70,0% (21) presentaron alto nivel de conocimiento y el 30,0%(9) regular.

Tabla N° 05. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Actitud	Pre test control		Pre test experimental	
	f	%	f	%
Negativa	29	96,7%	30	100,0%
Positiva	1	3,3%	0	0,0%
Total	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Escala aplicado, 2015.

Figura N° 05. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en pre test de grupo control y experimental, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.



Fuente: Tabla N° 05

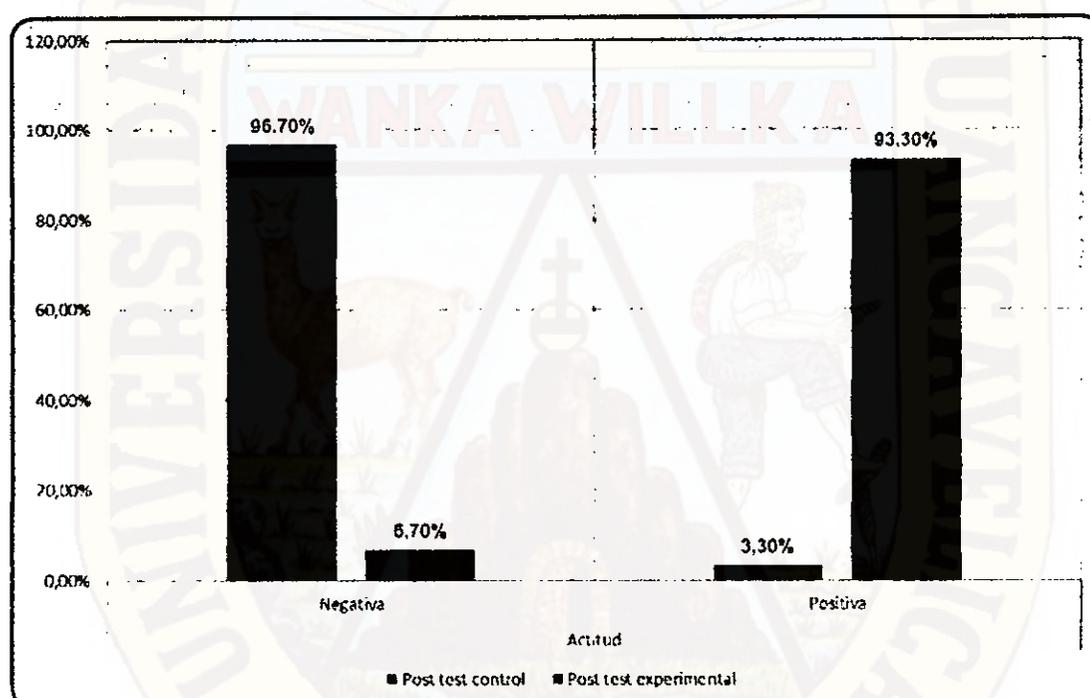
El 96,7% (29) de estudiantes del grupo control que le aplicó el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3% (1) actitud positiva. El 100,0%(30) del grupo experimental presentaron actitud negativa y el 0,0%(0) actitud positiva.

Tabla N° 06. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Actitud	Post test control		Post test experimental	
	f	%	f	%
Negativa	29	96,7%	2	6,7%
Positiva	1	3,3%	28	93,3%
Total	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Escala aplicado, 2015.

Figura N° 06. Actitud frente al cáncer de cuello uterino en post test de grupo control y experimental, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.



Fuente: Tabla N° 06

El post test que se aplicó al grupo control resultó que el 96,7% (29) presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3%(1) actitud positiva. Sin embargo en el grupo experimental el 93,3% (28) presentaron actitud positiva y el 6,7% (2) actitud negativa. Es decir la actitud es la disposición mental que se adopta con respecto a una idea, un objetivo, una emoción o un comportamiento propio o ajeno. Se dice que las actitudes son positivas a aquellas que colaboran con el individuo para conseguir enfrentar la realidad de una forma sana y efectiva, las negativas son las que entorpecen esta relación del individuo con su entorno. La libertad del individuo reside en poder elegir entre una actitud y otra a cada momento.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1. Planteamiento de hipótesis

- Hipótesis nula

La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino no es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

$$H_0: Me_1 = Me_2$$

Me: Mediana

- Hipótesis de investigación

La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

$$H_i: Me_1 \neq Me_2$$

Me: Mediana

2. Nivel de significancia

$$5\% = 0,05$$

3. Estadístico de prueba

Prueba U de Mann-Whitney

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2$$

n : Número de pares de observaciones.

Donde n_1 y n_2 son los tamaños respectivos de cada muestra; R_1 y R_2 es la suma de los rangos de las observaciones de las muestras 1 y 2 respectivamente.

El estadístico U se define como el mínimo de U_1 y U_2 .

Distribución del estadístico

La prueba calcula el llamado estadístico U, cuya distribución para muestras con más de 20 observaciones se aproxima bastante bien a la distribución normal.

La aproximación a la normal, z, cuando tenemos muestras lo suficientemente grandes viene dada por la expresión:

$$z = (U - m_u) / \sigma_U$$

Donde m_U y σ_U son la media y la desviación estándar de U si la hipótesis nula es cierta, y vienen dadas por las siguientes fórmulas:

$$m_u = n_1 n_2 / 2$$

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

4. Regla de decisión

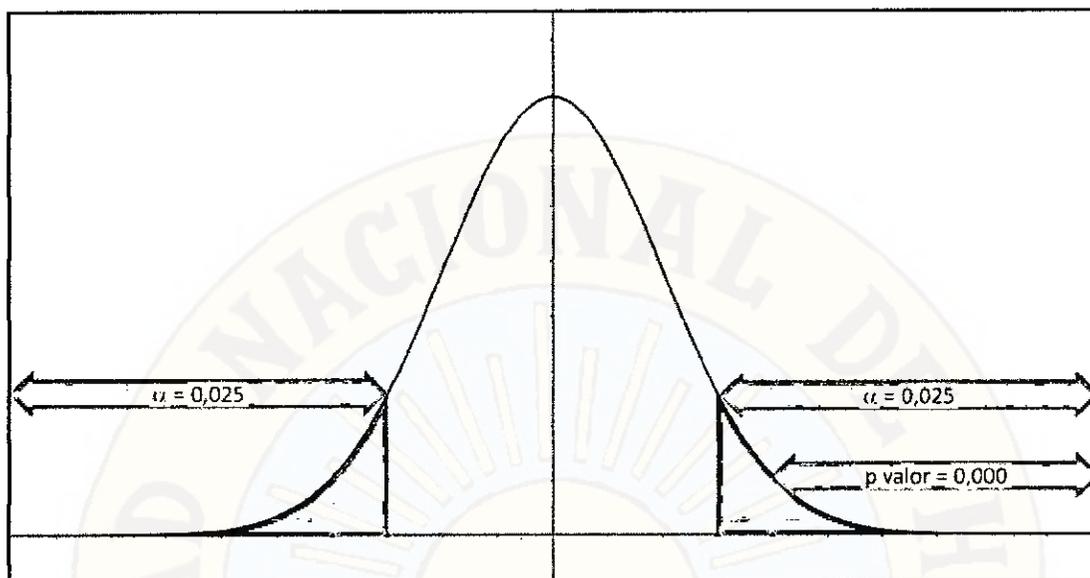
Si: $p \text{ valor} \leq 0,025$ se **RECHAZA** la hipótesis nula (como se está realizando una prueba bilateral el valor 0,05 se divide entre dos resultando 0,025).

Si: $p \text{ valor} > 0,025$ se **ACEPTA** la hipótesis nula (como se está realizando una prueba bilateral el valor 0,05 se divide entre dos resultando 0,025).

5. Calculo del estadístico de prueba

Rangos				
	Grupos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Conocimiento	Control	30	17,18	515,50
	Experimental	30	43,82	1314,50
	Total	60		

Estadísticos de prueba	
	Conocimiento
U de Mann-Whitney	50,500
W de Wilcoxon	515,500
Z	5,942
Sig. asintótica (bilateral)	,000
a. Variable de agrupación: Grupos	



6. Conclusión

Como el p valor es menor es \leq a 0,025 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación: **“La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015”.**

PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA VARIABLE ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1. Planteamiento de hipótesis

- Hipótesis nula

La eficacia de la intervención educativa en la actitud frente al cáncer de cuello uterino no es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

Ho: $Me_1 = Me_2$

- Hipótesis de investigación

La eficacia de la intervención educativa en la actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

Hi: $Me_1 \neq Me_2$

Me: Mediana

2. Nivel de significancia

5% = 0,05

3. Estadístico de prueba

Prueba U de Mann-Whitney

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2$$

n : Número de pares de observaciones.

Donde n_1 y n_2 son los tamaños respectivos de cada muestra; R_1 y R_2 es la suma de los rangos de las observaciones de las muestras 1 y 2 respectivamente.

El estadístico U se define como el mínimo de U_1 y U_2 .

Distribución del estadístico

La prueba calcula el llamado estadístico U, cuya distribución para muestras con más de 20 observaciones se aproxima bastante bien a la distribución normal.

La aproximación a la normal, z, cuando tenemos muestras lo suficientemente grandes viene dada por la expresión:

$$z = (U - m_u) / \sigma_U$$

Donde m_U y σ_U son la media y la desviación estándar de U si la hipótesis nula es cierta, y vienen dadas por las siguientes fórmulas:

$$m_u = n_1 n_2 / 2$$

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

4. Regla de decisión

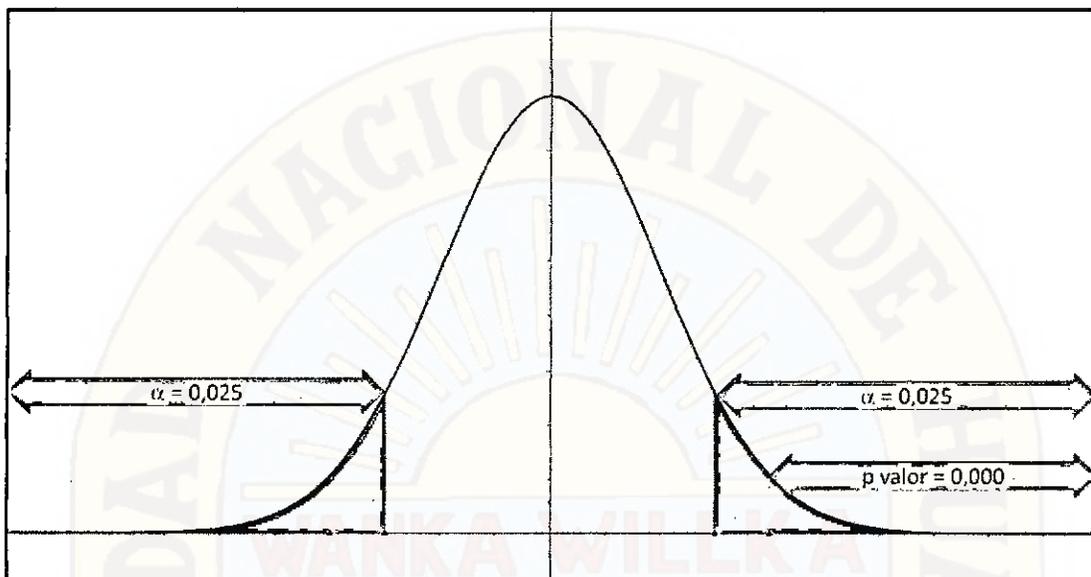
Si: $p \text{ valor} \leq 0,025$ se RECHAZA la hipótesis nula (como se está realizando una prueba bilateral el valor 0,05 se divide entre dos resultando 0,025).

Si: $p \text{ valor} > 0,025$ se ACEPTA la hipótesis nula (como se está realizando una prueba bilateral el valor 0,05 se divide entre dos resultando 0,025).

5. Cálculo del estadístico de prueba

Rangos				
	Grupos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Actitud	Control	30	15,72	471,50
	Experimental	30	45,28	1358,50
	Total	60		

Estadísticos de prueba	
	Actitud
U de Mann-Whitney	6,500
W de Wilcoxon	471,500
Z	6,597
Sig. asintótica (bilateral)	,000
a. Variable de agrupación: Grupos	



6. Conclusión

Como el p valor es menor \leq a 0,025 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación: "La eficacia de la intervención educativa en la actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015".

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El desarrollo de la intervención educativa tomo en consideración: Dinámicas de grupo, exposición y proyección de videos.

1. En relación a los hallazgos encontrados en este estudio, indican que la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 con la prueba U de Mann-Whitney, en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015. Estos resultados encontrados son semejantes con el estudio de Paredes (9) sobre "Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM. Filial Barranca, 2010", donde precisa que el 90% desaprobó la prueba de conocimientos antes de la intervención y después de la intervención solo el 28%. Asimismo precisa que la intervención educativa frente al conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, 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 Mc Nemar 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 ($p=0.629$). Asimismo con el estudio de López y otros (1) coinciden los resultados parcialmente, donde indican que del total de mujeres entrevistadas la distribución por edad la media fue de 27,22 años. El 89% de mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. el 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p<0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las

actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

2. Con respecto a la eficacia de la intervención educativa en la actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015, estos hallazgos coinciden con el estudio de paredes (9) donde determina que 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. La libertad de la persona reside en poder elegir entre una actitud y otra a cada momento. Por último, sólo resta decir que las actitudes no sólo modifican el comportamiento individual, sino también grupal. Una persona con una actitud positiva frente a los problemas, puede conseguir incentivar al grupo a salir adelante y a mejorar; mientras que una con una actitud negativa, consigue "infectarlo" pero para guiarlo en una conducta que lo llevará al fracaso. En conclusión los estudiantes universitarios son agentes activos dentro de la sociedad, lo que implica que la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva contribuye a mantener en ellos falsas creencias y prejuicios sobre este problema, lo que implicará un aumento de las conductas de riesgo.
3. En el pre test del grupo control resultó que el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es regular en el 66,7%(20) y en el

grupo experimental regular en un 70,0%(21), seguido del nivel bajo en el 33,3%(10) y 30,0% (9) respectivamente. Estos resultados difieren con el estudio de López y otros (5) donde se visualiza que el 89% de mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología, presentando una relación significativa ($p<0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio.

4. En el post test que se aplicó al grupo control, resultó que el 70,0% (21) presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 30,0%(9) bajo. Sin embargo en el grupo experimental el 70,0% (21) presentaron alto nivel de conocimiento y el 30,0%(9) regular. Estos resultados son similares con el estudio de Alfaro (10) quien precisa el nivel de conocimiento bueno en el pos test fue de 57.7%, comparado con el 13,5% obtenido antes del programa educativo; el nivel de conocimiento, regular; en el pos test fue de 25% en comparación con el 42,3% adquirido antes del programa educativo y el nivel de conocimiento deficiente fue de 17,3% en el pos test, comparado con el 44,2% obtenido antes del programa educativo . Esto indica que frente a un estímulo hay una respuesta favorable en el grupo experimental. En tal sentido 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.

5. El 96,7% (29) de estudiantes del grupo control en el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3% (1) actitud positiva. El 100,0%(30) del grupo experimental presentaron actitud negativa y el 0,0%(0) actitud positiva. La actitud es la disposición mental que se adopta con respecto a una idea, un objetivo, una emoción o un comportamiento propio o ajeno. En general, la disposición de las personas ante los cambios varía, pues depende de las experiencias vividas, de las relaciones, de las creencias que hemos ido construyendo a lo largo de la vida, y de su estado de ánimo en el momento. Todos manifestamos actitudes negativas y positivas. Las negativas pueden dificultar numerosos aspectos vitales, como las

relaciones o el crecimiento personal, mientras que las positivas, los favorecen y facilitan. Cuando deseamos promover cambios favorables en nuestra vida, es importante que primero identifiquemos y evitemos aquellas actitudes que interfieren negativamente en nuestra capacidad para conseguir nuestros objetivos. Las actitudes negativas más habituales son : La resistencia , la agresividad, la agresividad pasiva (olvido , dejadez, silencio, indiferencia), la manipulación , el miedo, el sabotaje y boicot a uno mismo, la indiferencia, las quejas, , el catastrofismo y el pesimismo. Tener una perspectiva positiva y favorable en la vida es un ingrediente básico para afrontar los cambios y la adversidad .Las personas que pensamos en positivo presentan una mayor disposición a encontrar soluciones a los problemas y a asumir riesgos para mejorar y crecer. Pensar en positivo es compatible con la objetividad y la capacidad para afrontar las situaciones negativas de una forma realista. La forma en la que interpretamos el mundo regula tanto nuestros pensamientos como nuestras emociones. La actitud que tenemos ante las adversidades y los cambios influye drásticamente en nuestro estado de ánimo y nuestra percepción del mundo.

6. En el post test que se aplicó al grupo control resulto que el 96,7% (29) presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3%(1) actitud positiva. Sin embargo en el grupo experimental el 93,3% (28) presentaron actitud positiva y el 6,7% (2) actitud negativa. Estos hallazgos coinciden parcialmente con Alfaro(12) en la tesis "Efectividad de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al centro de salud Magdalena de Cao. Ascope, 2013", cuyas conclusiones son: el nivel de conocimiento bueno en el pos test fue de 57.7%, comparado con el 13,5% obtenido antes del programa educativo; el nivel de conocimiento, regular; en el pos test fue de 25% en comparación con el 42,3% adquirido antes del programa educativo y el nivel de conocimiento deficiente fue de 17,3% en el pos test, comparado con el 44,2% obtenido antes del programa educativo. Asimismo, un 84,6% para un grado de actitud

adecuado en el pos test, comparado con 23,1% antes del programa educativo. Se concluyó que el programa educativo fue efectivo en el nivel de conocimientos y grado de actitud de las mujeres en estudio, con una significancia estadística de $p < 0.05$, equivalente a una certeza mayor a 95%, probándose las hipótesis propuestas. Asimismo la Teoría de Dorothea Orem(13) indica que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar, en tal sentido es de mucha importancia que los universitarios deben promover el autocuidado en todos los aspectos, especialmente en su salud. Por otro lado el Modelo de Promoción de la Salud, propuesta por Nola Pender y citada por Marriner y Raile(11) permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. Expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Este modelo es una poderosa herramienta para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado por los estudiantes y profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

Por lo tanto, la función de la educación para la salud es crear espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de

estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud, entendiéndose que la educación para la salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. En conclusión la educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, y mantener prácticas y estilos de vida saludables; propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos. Genera el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman a la persona y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones. El aprendizaje comprende fundamentalmente interacción o relación persona ambiente; existencia de información; actividad u observación por parte de las personas; interiorización; asimilación de algo nuevo que produce.

CONCLUSIONES

1. La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015
2. La eficacia de la intervención educativa en la actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.
3. El nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino, en pre test de grupo control y experimental es regular en más de la mitad, seguido del nivel bajo en menos de la mitad, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería.
4. En el post test del grupo control resultó que la mayoría de estudiantes presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y la minoría fue bajo. Sin embargo en la mayoría de estudiantes del grupo experimental, el nivel de conocimiento fue alto seguido del nivel regular.
5. En casi todos los estudiantes del grupo control, que se aplicó el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino. Asimismo en todos los estudiantes del grupo experimental presentaron actitud negativa.
6. En el post test resultó que la gran mayoría de estudiantes del grupo control presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino. Sin embargo en el grupo experimental la gran mayoría presentaron actitud positiva.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional Huancavelica "Zacarías Correa Valdivia " a través del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes.

- Coordinar con las instituciones educativas para otorgar educación continua sobre: Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino; Virus del papiloma humano; Cáncer de cuello uterino; Prueba de Papanicolaou.

A los docentes y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica

- Desarrollar otros 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 en los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López CA, Calderón MA, González MM. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Revista Médica de Risaralda 2012;Vol 19 N°1
2. Méndez J. Incidencia de cáncer de cuello uterino. Lima Perú2012.
3. Grisson G. Cáncer de cuello uterino causa la muerte de seis mujeres cada día en el Perú. Lima - Perú2013.
4. MINSA. Análisis de la situación del cáncer en el Perú,2013. Ministerio de Salud, 2013.
5. Ibarra D. Aumentan casos de cáncer al cuello uterino. In: Huancavelica. HDd, editor. Huancavelica.2013.
6. López C, Calderón M, González M. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Risaralda. 2012.
7. Quispe D. Huancavelica: Aumentan casos de cáncer ginecológico. Huancavelica. Perú2016.
8. Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. 2010 [Maestria]. Bogota: Universidad Nacional de Colombia 2010.
9. Ybarra JL, Pérez BE, Romero D. Conocimientos y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. Psicología y salud. 2010;vol. 22:185-94.
10. Acevedo S. Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2009. 2009.
11. Paredes E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en

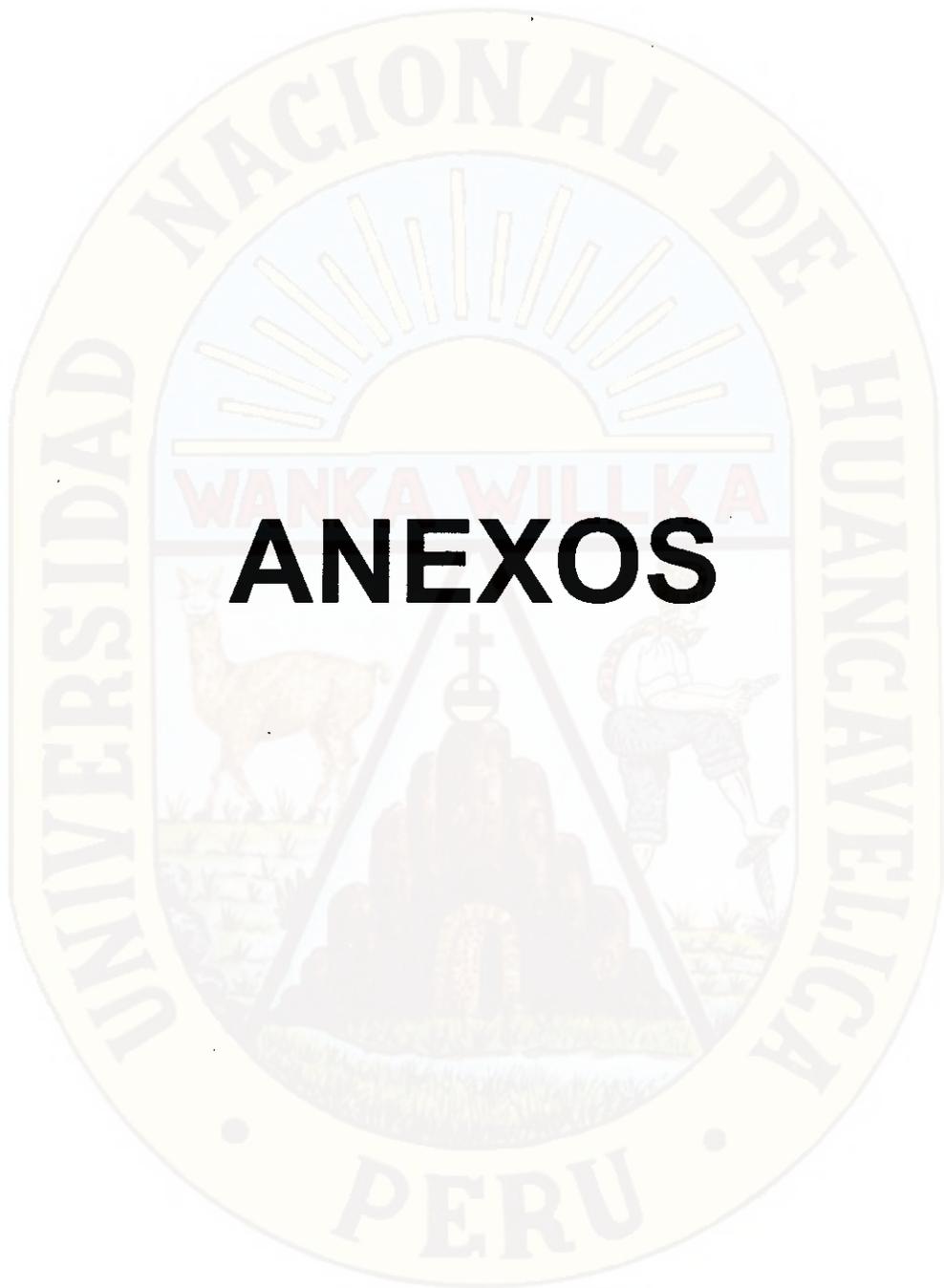
- estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, 2010. [Tesis de maestría]. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010.
12. Alfaro SS. Efectividad de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al centro de salud Magdalena de Cao. Ascope, 2013 [Tesis de maestría]. Trujillo, Perú: Universidad Católica Los Angeles Chimbote 2013.
 13. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. España2011 [cited 2014]. Available from: <http://books.google.com.pe/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=Modelos+y+Teorias+de+Enfermeria+de+Marriner&hl=es&sa=X&ei=6i1DU8OuDcmM0Ahr5oG4AQ&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q=Modelos%20y%20Teorias%20de%20Enfermeria%20de%20Marriner&f=false>.
 14. Touriñán JM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. revista portuguesa de pedagogia. 2011.
 15. Con SL, Chávez VdlÁ. Metodología de la intervención educativa en la práctica del docente del Nivel Medio Superior
 16. Blanco LA. Ética integral. Bogotá, Colombia2013. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=uXIAAgAAQBAJ&pg=PA89&dq=niveles+del+conocimiento+humano&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=niveles%20del%20conocimiento%20humano&f=false.
 17. Guitart RM. Las actitudes en el centro escolar: Reflexiones y propuestas. España2002. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=scwOSZ3qApcC&pg=PA12&dq=como+se+forma++la+actitud+en+el+ser+humano&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=como+se+forma+la.
 18. Bajo J, Laila JM, Xercavins J. Fundamentos de ginecología. Madrid - España2009.
 19. Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. 2005.

20. Supo J. Seminarios de investigación. Arequipa, Perú2012.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ta ed. ed. México.2010.
22. Bernal CA. Metodología de la investigación. Colombia2010.



BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Calvo F. Estadística aplicada. España: Ediciones Deusto S.A.; 1984. 593 p.
- Córdova I. Estadística aplicada a la investigación: cuadros y gráficos. 1ra ed. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2010. 196 p.
- Córdova I. Estadística aplicada a la investigación: introducción. 1ra ed. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2009. 196 p.
- Daniel WW. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. 4ta ed. México: Editorial Limusa S.A.; 2004. 755 p.
- Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 4ta ed. México: Manual Moderno S.A.; 2005. 392 p.
- Day RA. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ta ed. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 217 p.
- Daza J. Estadística aplicada. 1ra ed. Lima - Perú: Grupo editorial Megabyte; 2006. 647 p.
- University of Queensland. References/Bibliography Vancouver Style. Australia: University of Queensland; 2011. 12 p.



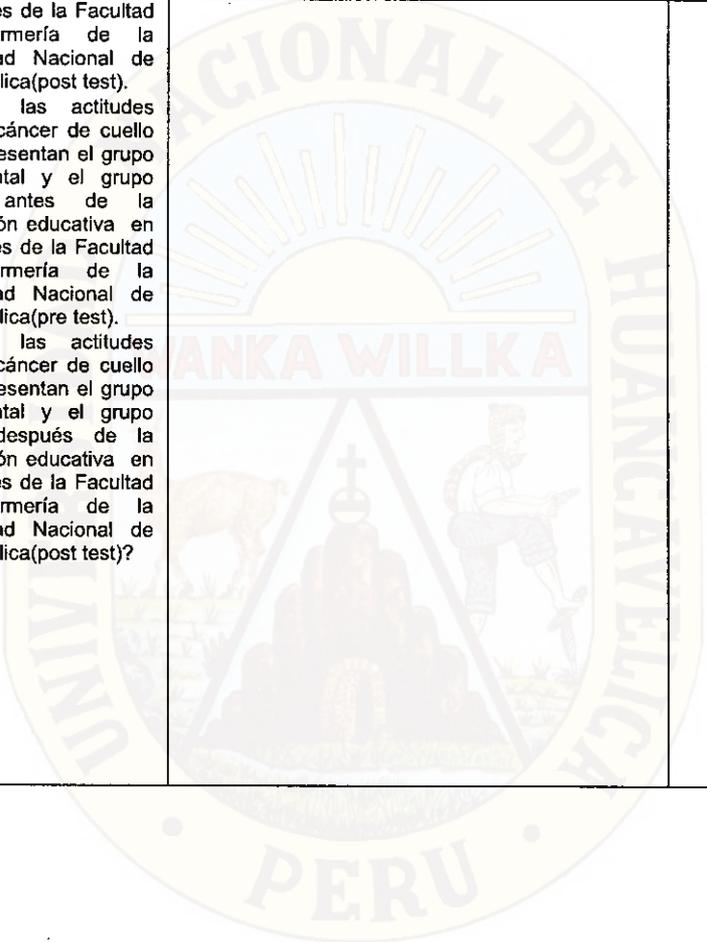
ANEXOS

Anexo N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“EFICACIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA - 2015”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA								
<p>Pregunta general ¿Cuál es la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015?</p> <p>Preguntas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino que presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica (pre test)? • ¿Cuál es el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)? • ¿Qué actitud frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(pre test)? • ¿Qué actitud frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y 	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimientos frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica (pre test). • Identificar el nivel de conocimientos frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en 	<p>Hipótesis general:</p> <p>La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.</p>	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención educativa frente al cáncer de cuello uterino. <p>Variable dependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento frente al cáncer de cuello uterino. • Actitud frente al cáncer de cuello uterino. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según la intervención del investigador: - experimental. <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Explicativo</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Inductivo, deductivo, estadístico y bibliográfico.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Diseño cuasiexperimental: Diseño con pre prueba, pos prueba y grupos intactos (uno de ellos de control) (13).</p> <p>Esquema:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>GE</td> <td>01</td> <td>X</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>GC</td> <td>03</td> <td>—</td> <td>04</td> </tr> </table> <p>Leyenda:</p> <p>GE = Grupo experimental. GC = Grupo control O1 = Aplicación de Pre prueba. O3 = Aplicación de Pre prueba O4 = Aplicación de Post prueba.</p>	GE	01	X	02	GC	03	—	04
GE	01	X	02									
GC	03	—	04									

<p>el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)?</p>	<p>estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las actitudes frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, antes de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(pre test). • Identificar las actitudes frente al cáncer de cuello uterino presentan el grupo experimental y el grupo control, después de la intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica(post test)? 		<p>O2 = Aplicación de Post prueba. X = Tratamiento</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población: Estudiantes matriculados al II ciclo "A" y "B" de la Facultad de Enfermería: 60. <p>Grupo experimental :II ciclo "A" : 30 estudiantes</p> <p>Grupo control :II ciclo "B" : 30 estudiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra: 100 % de la población. • Muestreo: No es necesario. <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p> <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadística descriptiva. - Estadística inferencial.
--	--	---	--



Anexo N° 02



C
N°:.....

UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCVELICA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Autora: Elizabeth del Pilar Paredes Cruz

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre cáncer de cuello uterino. Este cuestionario es totalmente confidencial y no le tomará más de 15 minutos de su tiempo en contestar.

II. **INTRODUCCIÓN:** El objetivo general de la investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, en estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica en el año 2015.

III. **INSTRUCCIONES.** Lea detenidamente cada enunciado y luego marque con un aspa (X) la respuesta verdadera (correcta) o falsa según crea por conveniente.

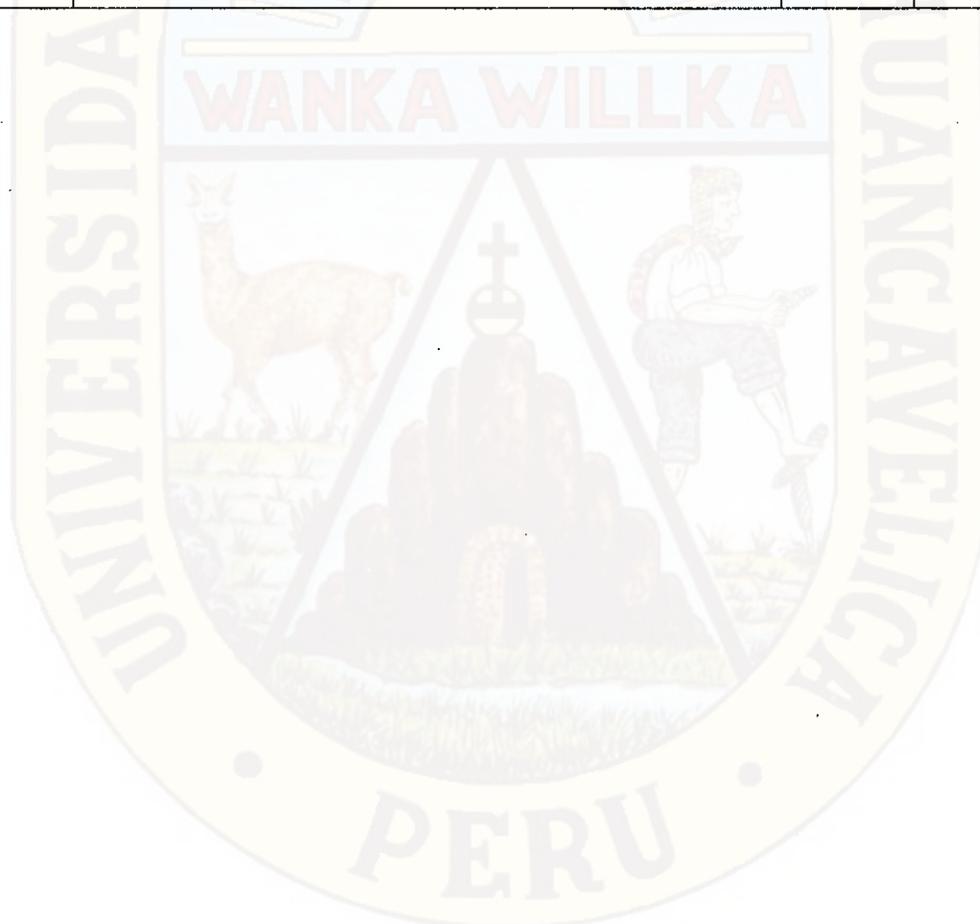
IV. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

- EDAD:.....
- ESTADO CIVIL
- CUANTOS HIJOS TIENE:

V. CONTENIDOS ESPECÍFICOS

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 delcáncer 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



CLAVE DE RESPUESTAS

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	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 bebé 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 diagnóstico 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



UNIVERSIDAD NACIONAL HUANCAMELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ESCALA

Autora :Elizabeth del Pilar Paredes Cruz

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre cáncer de cuello uterino. Esta escala es totalmente confidencial y no le tomará más de 15 minutos de su tiempo en contestar.

II. **INTRODUCCIÓN:** El objetivo general de la investigación es determinar las actitudes sobre cáncer de cuello uterino en estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica en el año 2015.

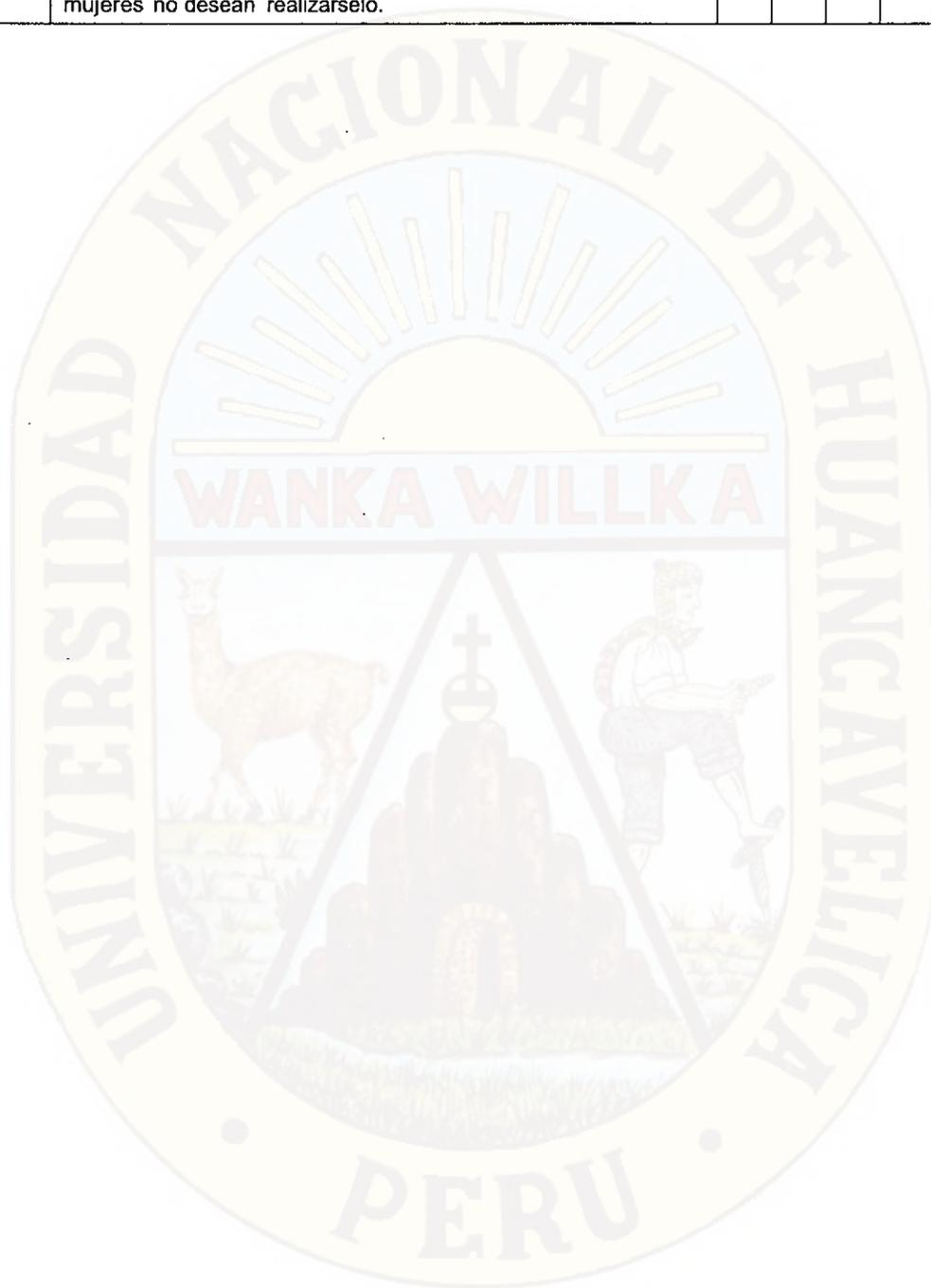
III. **INSTRUCCIONES.** Lea atentamente los enunciados que se presentan a continuación y marque la opción que crea se acerque más a su respuesta, para ello deberá tener en cuenta las siguientes respuestas:

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 es 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 es 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 son 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



CLAVE DE 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	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 mí	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	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

Anexo N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primer instrumento: Cuestionario

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

Anexo N° 04**CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****Primer instrumento: Cuestionario**

	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

Segundo instrumento: Escala

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

Anexo N° 05

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE: NIVEL DE CONOCIMIENTO FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{puntaje mínimo}}{\text{Nº de categorías}}$$

I. PUNTAJE GENERAL

- Puntaje mínimo: 0
- Puntaje máximo: 20
- CATEGORÍAS:
 - Bajo: 0 a 6
 - Regular: 7 a 13
 - Alto: 14 a 20

VARIABLE: ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{puntaje mínimo}}{\text{Nº de categorías}}$$

I. PUNTAJE GENERAL

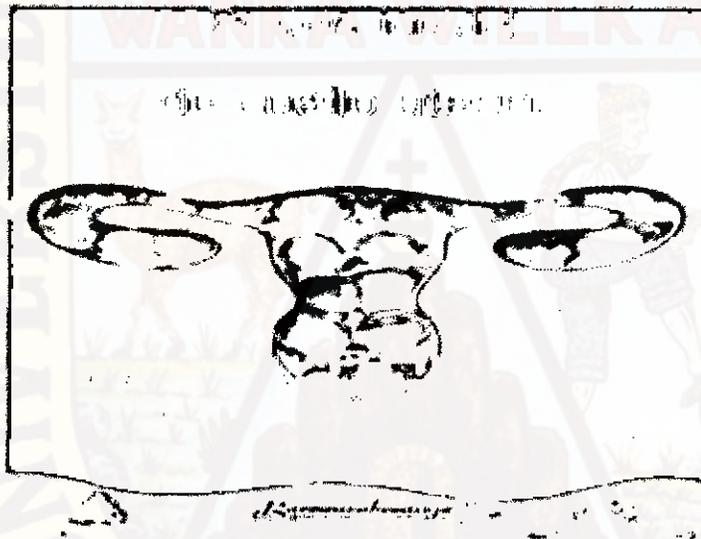
- Puntaje mínimo: 17
- Puntaje máximo: 85
- CATEGORÍAS:
 - Negativa: 17 a 51
 - Positiva : 52 a 85



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Anexo N° 06
INTERVENCIÓN EDUCATIVA

CÁNCER DE CUELLO UTERINO



PRESENTADO POR:

MONTES BERNARDO, Madeleine
HILARIO HUAMANI, Henry

HUANCVELICA – PERÚ

2016

I. 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 médicas el efecto podría ser aún mayor ya que podrían hacer una mayor replica en su entorno para la prevención y promoción del mismo.

II. OBJETIVO

Mejorar el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería.

III. METODOLOGÍA

El desarrollo de las sesiones educativas utilizó técnicas participativas tales como:

- Dinámicas de grupo
- Exposición
- Proyección de videos

IV. CONTENIDOS

5. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

6. Virus del papiloma humano
 - a. Definición
 - b. Biología
 - c. Ciclo vital del VPH
 - d. Tipos del VPH
 - e. Epidemiología
7. Cáncer de cuello uterino:
 - a. Definición
 - b. Epidemiología
 - c. Etiología (factores de riesgo)
 - d. Cuadro clínico
 - e. Diagnóstico
 - f. Pronóstico
 - g. Medidas preventivas
8. Prueba de Papanicolaou
 - a. Definición
 - b. ¿Cómo se hace la prueba de Papanicolaou?
 - c. ¿Para qué sirve la prueba de Papanicolaou?
 - d. ¿Cuándo hacer la prueba de Papanicolaou?
 - e. Resultados de la prueba de Papanicolaou

V. ACTIVIDADES

El programa se basa en intervenciones educativas, distribuidas en 4 sesiones educativas.

SESIÓN EDUCATIVA POR COMPETENCIAS N° 01

a. DATOS INFORMATIVOS:

Tema : Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

Dirigido a: Grupo experimental: II ciclo "A": 30 estudiantes

Responsables: Investigadores

b. COMPETENCIA:

Describe la localización, estructura y funciones de los órganos del

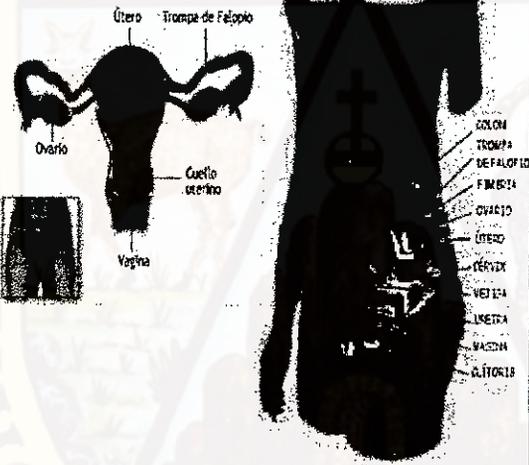
aparato reproductor femenino valorando al cuerpo humano como un sistema holístico.

c. CONTENIDOS:

Conceptual	Procedimental	Actitudinal
Ovarios	Describe la anatomía y fisiología de los ovarios, trompas uterinas, útero, vagina, glándulas mamarias.	Aprecia y justifica la anatomía y fisiología de cada uno de los órganos que conforman el aparato reproductor femenino.
Trompas uterinas		
Útero		
Vagina		
Vulva		
Glándulas mamarias		

d. SECUENCIA DIDACTICA

MOMENTOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Motivación: Los investigadores presentaron un video sobre "POR QUÉ DEBEMOS CUIDAR NUESTRO CUERPO"	Video	10 Min.
	Los investigadores los organiza en equipos de trabajo a través de la dinámica de rompecabezas.	Ficha de rompecabezas	30 min
	Los investigadores entrega información impresa sobre la anatomía y la fisiología de cada uno de los órganos que conforman el aparato reproductor femenino.		
	El investigador plantea las preguntas: ¿Cómo es la anatomía y la fisiología de cada uno de los órganos que conforman el aparato reproductor femenino?		

<p>DESARROLLO</p>	<p>Los estudiantes socialicen sus respuestas.</p> <p>Los investigadores monitorean el trabajo de los estudiantes. Observa el contenido de los papelotes.</p> <p>Cada equipo de trabajo deben llegar a conclusiones:</p> <p>El investigador sistematiza las conclusiones de los grupos haciendo uso del muñeco anatómico.</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO INTERNO</p> 	<p>Papelote.</p> <p>Plumones</p> <p>Reglas</p> <p>Muñeco anatómico</p>	<p>30 Min.</p> <p>60 min</p>
<p>CIERRE</p>	<p>Se aplica una ficha de evaluación sobre el tema tratado.</p> <p>Se realiza la metacognición ¿Que hemos aprendido el día de hoy?</p>		<p>20 min.</p> <p>10 min.</p>

Observaciones y/o incidencias:

SESIÓN EDUCATIVA POR COMPETENCIAS N° 02

a. DATOS INFORMATIVOS:

Tema : Virus del papiloma humano

Dirigido a: Grupo experimental: II ciclo "A": 30 estudiantes

Responsables: Investigadores

b. COMPETENCIA:

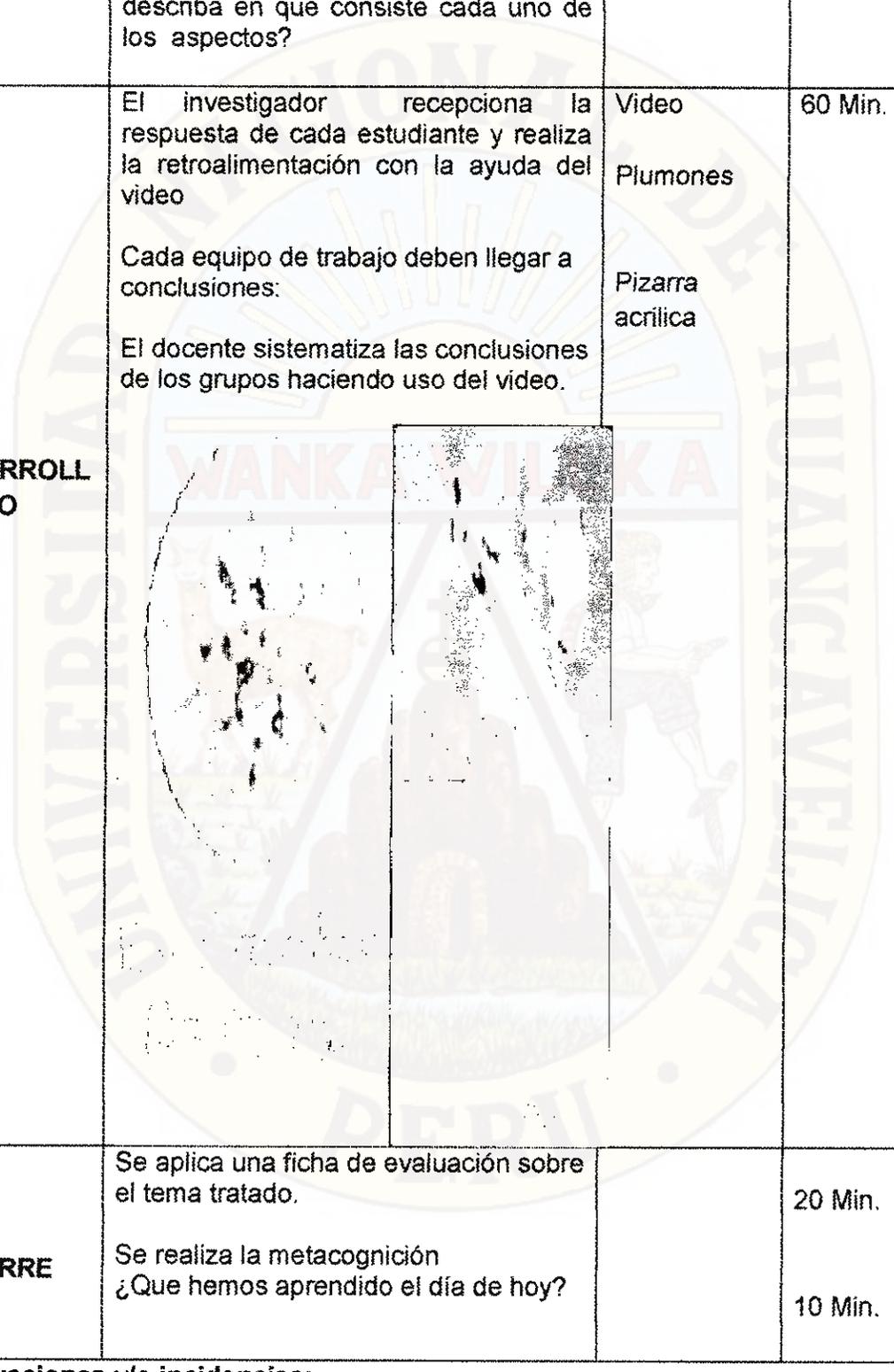
Describe la definición, biología, ciclo vital, tipos del VPH y la epidemiología valorando al cuerpo humano.

c. CONTENIDOS:

Conceptual	Procedimental	Actitudinal
a. Definición	Describe los aspectos básicos del virus del papiloma humano	Valora los aspectos básicos del virus del papiloma humano.
b. Biología		
c. Ciclo vital del VPH		
d. Tipos del VPH		
e. Epidemiología		

d. SECUENCIA DIDACTICA

MOMENTOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Motivación: Los investigadores presentaron un video sobre "COMO CUIDAR NUESTRO CUERPO"	Video.	10 Min.
	Los investigadores los organiza en equipos de trabajo a través de la dinámica " El dado", para lo cual los números que resulten pares formaran los grupos de igual manera los números impares .	Dado	30 min
	Los investigadores presentan un video sobre el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.	Video.	
	El investigador plantea las preguntas:		

	¿Qué aspectos contiene el video, describa en que consiste cada uno de los aspectos?		
DESARROLLO	<p>El investigador recepciona la respuesta de cada estudiante y realiza la retroalimentación con la ayuda del video</p> <p>Cada equipo de trabajo deben llegar a conclusiones:</p> <p>El docente sistematiza las conclusiones de los grupos haciendo uso del video.</p> 	<p>Video</p> <p>Plumones</p> <p>Pizarra acrílica</p>	60 Min.
CIERRE	<p>Se aplica una ficha de evaluación sobre el tema tratado.</p> <p>Se realiza la metacognición ¿Que hemos aprendido el día de hoy?</p>		<p>20 Min.</p> <p>10 Min.</p>

Observaciones y/o incidencias:

SESIÓN EDUCATIVA POR COMPETENCIAS N° 03

a. DATOS INFORMATIVOS:

Tema : Cáncer de cuello uterino

Dirigido a: Grupo experimental: II ciclo "A": 30 estudiantes

Responsables: Investigadores

b. COMPETENCIA:

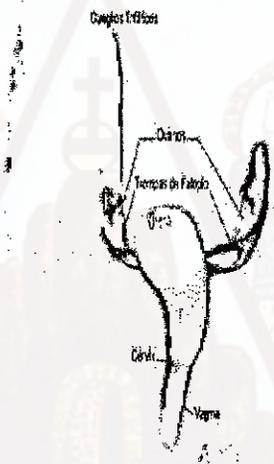
Describe la definición, epidemiología, etiología, cuadro clínico, diagnóstico y el pronóstico valorando al cuerpo humano.

c. CONTENIDOS:

Conceptual	Procedimental	Actitudinal
a. Definición	Describe los aspectos básicos del Cáncer de cuello uterino	Valora los aspectos básicos del Cáncer de cuello uterino
b. Epidemiología		
c. Etiología		
d. Cuadro clínico		
e. Diagnóstico		
f. Pronóstico		

d. SECUENCIA DIDACTICA

MOMENTOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Motivación : Un caso: Experiencias de una persona con cáncer de cuello uterino.	Video.	10 Min.
	Los investigadores presentan diapositivas sobre el cáncer de cuello uterino. El investigador plantea las preguntas a medida que va tratando cada uno de los aspectos del cáncer de cuello uterino: ¿Describa en que consiste cada uno de los aspectos del cáncer de cuello uterino?	Proyector multimedia.	30 min

DESARROLLO O	<p>El investigador recepciona la respuesta de cada estudiante y realiza la retroalimentación con la ayuda del contenido que figura en la diapositiva que se encuentra en power point .</p> <p>El investigador sistematiza las conclusiones</p> <p>¿QUÉ ES EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer del cuello uterino también se conoce como cáncer cervical. • La mayoría de los cánceres del cuello del útero son carcinomas de células escamosas. • Estas células son delgadas, planas, y forman la superficie del cuello uterino. 	Pizarra acrílica	60 Min.
CIERRE	<p>Se aplica una ficha de evaluación sobre el tema tratado.</p> <p>Se realiza la metacognición ¿Que hemos aprendido el día de hoy?</p>		20 Min. 10 Min.

Observaciones y/o incidencias:

SESIÓN EDUCATIVA POR COMPETENCIAS N° 04

a. DATOS INFORMATIVOS:

Tema : Prueba de Papanicolaou

Dirigido a: Grupo experimental: II ciclo "A": 30 estudiantes

Responsables: Investigadores

b. COMPETENCIA:

Describe la definición, ¿Cómo se hace la prueba de Papanicolaou?, ¿Para qué sirve la prueba de Papanicolaou?, ¿Cuándo hacer la prueba de Papanicolaou? Y Resultados de la prueba de Papanicolaou.

c. CONTENIDOS:

Conceptual	Procedimen	Actit
a. Definición	Describe los aspectos básicos del Cáncer de cuello uterino	Valora los aspectos básicos del Cáncer de cuello uterino
b. ¿Cómo se hace la prueba de Papanicolaou?		
c. ¿Para qué sirve la prueba?		
d. ¿Cuándo hacer la prueba?		
e. Resultados de la prueba de Papanicolaou.		

d. SECUENCIA DIDACTICA

MOMENTOS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Motivación : La salud Los investigadores presentan video sobre Prueba de Papanicolaou.	Video	10 Min.
	El investigador plantea las preguntas a medida que va tratando cada uno de los aspectos de la Prueba de Papanicolaou: ¿Describa en que consiste cada uno de los aspectos Prueba de Papanicolaou?	Video. Diapositivas Proyector multimedia.	30 min

<p>DESARROLLO</p>	<p>El investigador recepciona la respuesta de cada estudiante y realiza la retroalimentación con la ayuda del contenido del video y de las diapositivas</p> <p>Los investigadores sistematizan las conclusiones</p> 	<p>Pizarra acrilica</p>	<p>60 Min.</p>
<p>CIERRE</p>	<p>Se aplica una ficha de evaluación sobre el tema tratado.</p> <p>Se realiza la metacognición ¿Que hemos aprendido el día de hoy?</p>		<p>20 Min. 10 Min.</p>

Observaciones y/o incidencias:

Anexo N° 07
IMÁGENES



Aplicación de pre test a grupo control a estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería por la investigadora



Aplicación de pre test a grupo experimental control a estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería por el investigador



Aplicación de pos test a grupo control y grupo experimental a estudiantes del II ciclo de la Facultad de Enfermería



Anexo N° 08

ARTÍCULO CIENTÍFICO

EFICACIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA – 2015

Hilario, H. Montes, M.I.

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.

Materiales y métodos: El tipo de investigación según la intervención del investigador es experimental; el método de investigación utilizado fue el deductivo, inductivo, estadístico y bibliográfico. El diseño de investigación fue experimental: Específicamente Diseño cuasi experimental con pre prueba, pos prueba (uno de ellos de control); la muestra estuvo conformada por 60 estudiantes, de los cuales 30 estudiantes del II ciclo “A” pertenecieron al grupo experimental y 30 estudiantes del II ciclo “B” conformaron el grupo control. Los instrumentos de recolección de datos utilizados para la variable conocimiento frente al cáncer de cuello uterino fue cuestionario y para la variable actitud frente al cáncer de cuello uterino es una escala tipo Likert.

Resultados: El 66,7% (20) de estudiantes del grupo control que se aplicó el pre test presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 33,3% (10) fue bajo. El 70,0%(21) del grupo experimental presentaron regular nivel de conocimiento y el 30,0%(9) bajo. No existiendo diferencias considerables entre ambos grupos.

En relación al post test que se aplicó al grupo control resultó que el 70,0% (21) presentaron regular nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino y el 30,0%(9) bajo. Sin embargo en el grupo experimental el 70,0% (21) presentaron alto nivel de conocimiento y el 30,0%(9) regular. Al respecto se concluye que entre el pre test y post test del grupo experimental existen diferencias significativas. No existiendo diferencias considerables en el grupo control entre el pre y pos test. El 96,7% (29) de estudiantes del grupo control que le aplicó el pre test presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3% (1) actitud positiva. El 100,0%(30) del grupo experimental presentaron actitud negativa y el 0,0%(0) actitud positiva. Existiendo mínimas diferencias entre ambos grupos.

Con respecto al post test que se aplicó al grupo control resultó que el 96,7% (29) presentaron actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino y el 3,3%(1) actitud positiva. Sin embargo en el grupo experimental el 93,3% (28) presentaron actitud positiva y el 6,7% (2) actitud negativa. Al respecto se concluye que entre el pre test y post test del grupo experimental existen diferencias significativas. No existiendo diferencias considerables en el grupo control entre el pre y pos test.

Conclusión: La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento y actitud frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica, 2015.

Palabras clave: Intervención educativa, cáncer de cuello uterino.

**EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN THE LEVEL OF
KNOWLEDGE AND ATTITUDE AGAINST CANCER OF THE UTERINE NECK IN
STUDENTS OF THE FACULTY OF NURSING, UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAVELICA - 2015**

Hilario, H. Montes, M.

Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Huancavelica, Peru

SUMMARY:

Objective: To determine the effectiveness of the educational intervention in the level of knowledge and attitudes towards cervical cancer in students of the Faculty of Nursing, National University of Huancavelica - 2015. **Materials and methods:** The type of research according to the investigator's intervention is experimental; The research method used was deductive, inductive, statistical and bibliographic. The research design was experimental: Specifically quasi experimental design with pretest, post test (one of them control); The sample consisted of 60 students, of whom 30 students of the II "A" cycle belonged to the experimental group and 30 students of the "B" cycle formed the control group. The data collection instruments used for the knowledge variable against cervical cancer were questionnaire and for the variable attitude towards cervical cancer is a Likert scale. **Results:** 66.7% (20) of students in the control group who underwent pretest had a regular level of knowledge regarding cervical cancer and 33.3% (10) were low. 70.0% (21) of the experimental group had a regular level of knowledge and 30.0% (9) had low. There were no significant differences between the two groups. In relation to the post test that was applied to the control group, 70.0% (21) presented a regular level of knowledge regarding cervical cancer and 30.0% (9) had low levels. However, in the experimental group, 70.0% (21) had a high level of knowledge and 30.0% (9) had a regular level of knowledge. In this respect it is concluded that between the pretest and post test of the experimental group there are significant differences. There were no significant differences in the control group between the pre and post test. 96.7% (29) of students in the control group who applied the pretest had a negative attitude towards cervical cancer and a 3.3% (1) positive attitude. 100.0% (30) of the experimental group presented negative attitude and 0.0% (0) positive attitude. There were minimal differences between the two groups. With respect to the post test that was applied to the control group, 96.7% (29) presented a negative attitude towards cervical cancer and 3.3% (1) positive attitude. However, in the experimental group, 93.3% (28) presented a positive attitude and 6.7% (2) a negative attitude. In this respect it is concluded that between the pretest and post test of the experimental group there are significant differences. There were no significant differences in the control group between the pre and post test. **Conclusion:** The effectiveness of the educational intervention in the level of knowledge and attitude towards cervical cancer is significant because it presents a value of 0.000 in students of the Faculty of Nursing of the National University of Huancavelica, 2015.

Key words: Educational intervention, cervical cancer.

INTRODUCCIÓN.

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se

realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales (1).

López, Calderón y González en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Indican que de 100 mujeres entrevistadas, el 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Asimismo afirmaron que existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela(2).

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. Antes de la aparición del cáncer en el cuello uterino las células atraviesan cambios conocidos como displasia, en los cuales las células que no son normales empiezan a aparecer en el tejido del cuello uterino. Luego las células cancerosas comienzan a crecer en forma desordenada, autónoma diseminándose más profundamente en el cuello uterino y las áreas circundantes así mismo invade el tejido subyacente y produce la metástasis a distancia.

El cáncer de cuello de útero ha sido uno de los cánceres ginecológicos cuya etiología ha sido más ampliamente estudiada en las últimas décadas. Con el diagnóstico precoz a través de la citología cérvico-vaginal y la extensión del uso de métodos anticonceptivos de barrera, lo que ha supuesto un descenso del contagio del HPV, se ha conseguido una progresiva disminución en cuanto a su mortalidad e incidencia en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo sigue comportándose como un importante problema socio-sanitario. Representa un 20-25% de los tumores ginecológicos, con una incidencia general de 4-8 casos / 100.000 mujeres, máxima en pacientes de edades comprendidas entre los 45 a los 55 años. La localización más frecuente es en la unión escamo-columnar (3)

La actitud es «una tendencia psicológica que se expresa en la evaluación de un objeto o de una actividad particular con algún grado a favor o en contra» (Eagly y Chaiken, 1993). En primer lugar hay que especificar qué se entiende por objeto de la actitud: el objeto de la actitud puede ser cualquier elemento diferenciable del medio en que se encuentra la persona y que ésta pueda discriminar. Una de las características que definen las actitudes es que son aprendidas. Las actitudes se adquieren mediante aprendizaje. Surgen a partir de las interacciones sociales significativas que tiene el individuo, de sus experiencias en un contexto determinado.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El tipo de investigación según la intervención del investigador es experimental; el método de investigación utilizado fue el deductivo, inductivo, estadístico y bibliográfico. El diseño de investigación fue experimental: Específicamente Diseño cuasi experimental con pre prueba, pos prueba (uno de ellos de control); la muestra estuvo conformada por 60 estudiantes, de los cuales 30 estudiantes del II ciclo "A" pertenecieron al grupo experimental y 30 estudiantes del II ciclo "B" conformaron el grupo control. Los instrumentos de recolección de datos utilizados para la variable conocimiento frente al cáncer de cuello uterino fue cuestionario y para la variable actitud frente al cáncer de cuello uterino es una escala tipo Likert.

RESULTADOS.

Figura N° 01. Nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.

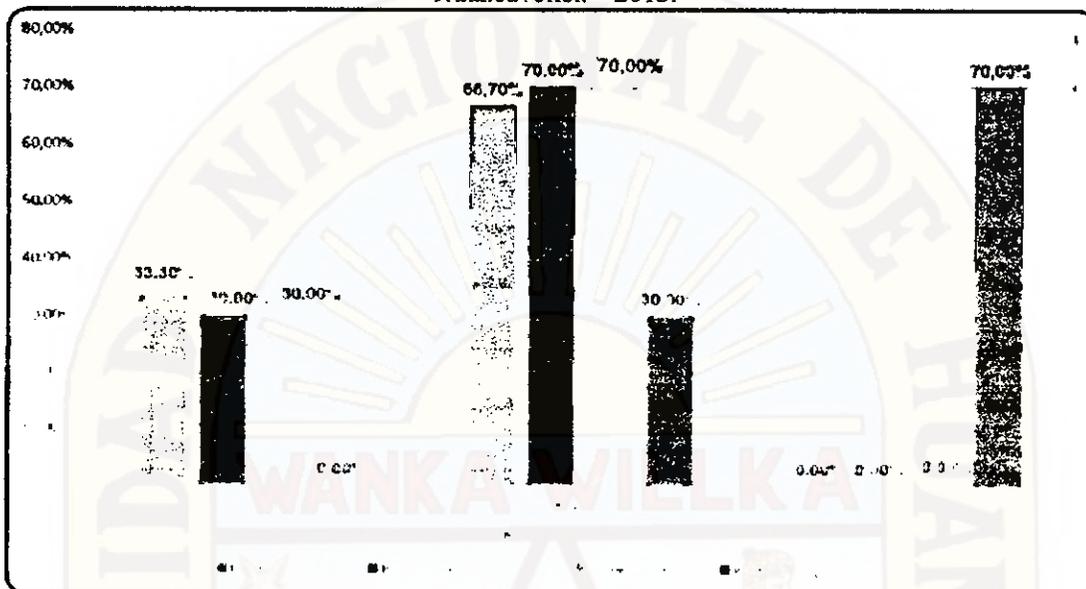
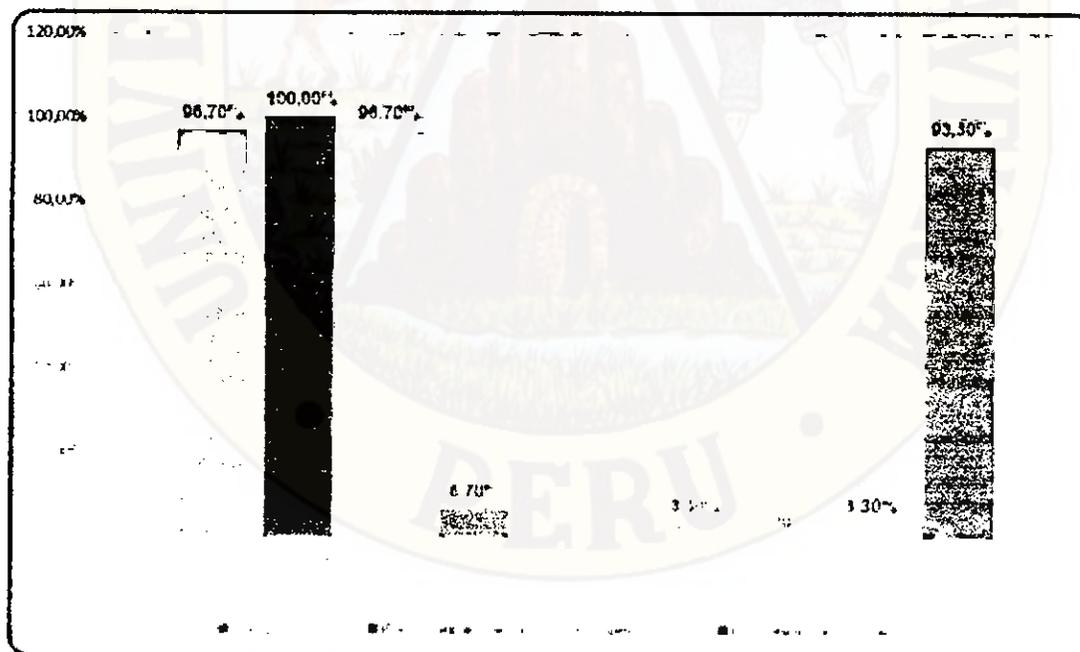


Figura N° 02. Actitud frente al cáncer de cuello uterino antes y después de intervención educativa en estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica – 2015.



DISCUSIÓN

En relación a los hallazgos encontrados en este estudio, indican que la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento frente al cáncer de cuello uterino es significativa por presentar un p valor de 0,000 con la prueba U de Mann-Whitney, en