

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Relación entre los conocimientos y las actitudes acerca del
cáncer de cuello uterino en pacientes que acuden a los
consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP**

Arequipa, 2014

Autora:

LUZ ISELA LLERENA NÚÑEZ

Trabajo de Investigación para optar el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

A Dios que me dio la familia que tengo: que me motiva y me ayuda a lograr mis sueños.

Epígrafe

La ciencia y tecnología avanzadas son indistinguibles de la magia.

J. Llerena

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	40
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	41
Anexo 2 Proyecto de investigación	45
Anexo 3 Matriz de sistematización de información	80

RESUMEN

Antecedente: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública que requiere constante divulgación para mejorar la actitud preventivo-promocional en grupos susceptibles.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud que toman hacia el cáncer de cuello uterino en pacientes que acuden a consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa durante el 2014.

Métodos: Selección de una muestra representativa de 100 pacientes para aplicar un cuestionario validado de conocimientos y otro de actitudes hacia el cáncer de cuello uterino. Se relacionan variables mediante coeficiente de asociación de Spearman y correlación de Pearson.

Resultados: La edad promedio de las mujeres fue de 35.3 años, con variación entre los 17 y 69 años. El nivel de instrucción en 27% fue educación secundaria, 32% con formación técnica y 33% con educación universitaria. La ocupación en 34% fue amas de casa. El 34% fueron solteras, 49% eran casadas, 16% convivientes y 1% viudas. El nivel de conocimientos de las mujeres acerca del cáncer de cuello uterino fue deficiente en 41%, 37% tuvo conocimientos regulares, y 22% tuvo niveles de conocimiento buenos. El nivel de actitudes alcanzado por las mujeres fue indiferente en 48% y positivo en 52%; no se tuvo casos con actitudes negativas. Se encontró una relación directa de buena intensidad ($r > 0.50$) entre las escalas de conocimientos y actitudes, con influencia significativa ($p < 0.05$).

Conclusión: Una mejora en el nivel de conocimientos puede relacionarse con actitudes más positivas hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital PNP Arequipa.

PALABRAS CLAVE: conocimientos – actitudes – Papanicolaou –cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

Background: Cervical cancer is a public health problem that requires constant outreach to improve preventive-promotional attitude in susceptible groups.

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and attitude towards cervical cancer in patients attending obstetrics and gynecology clinics of Arequipa PNP hospital during 2014.

Methods: Selection of a representative sample of 100 patients to apply a validated questionnaire of knowledge and for attitudes toward Pap and cervical cancer. Variables are related by association coefficient of Spearman and Pearson correlation coefficient.

Results: The average age of women was 35.3 years, ranging between 17 and 69 years. The level of instruction was secondary education in 27%, 32% had technical education and 33% university studies. The occupancy was housewives in 34%, the same proportion were single, 49% were married, 16% cohabiting, and 1% widowed. The level of knowledge about cervical cancer was poor in 41%, 37% had regular knowledge and 22% had good knowledge level. The attitudes attained by women were indifferent in 48% and positive in 52%; no cases had negative attitudes. A direct relationship with good intensity ($r > 0.50$) between knowledge and attitude scales was found, with significant influence ($p < 0.05$).

Conclusion: An improvement in the level of knowledge may be related to more positive attitudes toward the cervical cancer in women attending gynecology outpatient Hospital PNP Arequipa.

KEYWORDS: knowledge - attitudes – Pap – cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial; y la séptima causa de cáncer más común en general; de todos los casos el 85% se producen en los países en desarrollo (1). En el Perú las incidencias se mantienen altas; por ejemplo, la más alta tasa de incidencia corresponde a Trujillo con 43.9 por 100000. En Trujillo y Arequipa en 2004 se produjeron 3962 nuevos casos y de estos fallecieron 1540 (2).

La causa más común de cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano que se trasmite por contacto sexual; existen más de 100 serotipos del virus entre los que se considera un grupo de bajo riesgo y uno de alto riesgo a los cuales pertenecen los serotipos 16 y 18 que son causa principal de esta enfermedad. Otros factores de riesgo son la promiscuidad, el inicio temprano de relaciones sexuales; uso prolongado de anticonceptivos orales; el tabaquismo, entre otros.

En los países desarrollados, se ha observado tasas decrecientes de la enfermedad gracias al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; estas mejoras se deben principalmente al mejor control, y despistaje de cáncer de cuello uterino con pruebas sencillas y económicas como el Papanicolaou. Sin embargo los países en desarrollo las tasas se mantienen altas debido quizás a falta de actividades preventivas promocionales, desinformación, y bajos niveles educativos.

Por lo expuesto el presente trabajo de investigación plantea determinar el nivel de conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino que poseen las pacientes que acuden a consulta ginecológica y obstétrica ya que considero que un nivel bueno de conocimientos conllevara a tener mejores actitudes en cuanto a la prevención de dicha enfermedad y viceversa.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) con tres partes:

- Datos generales
- Conocimientos
- Actitudes

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el hospital PNP de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de abril a junio del año 2014.

Unidades de estudio: Pacientes que acuden al consultorio de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa.

Población: Todas las pacientes que acuden a consulta de ginecología y obstetricia del hospital de policía de Arequipa en el año 2014.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para correlación de variables numéricas.

$$n = \left[\frac{Z\alpha + Z\beta}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95 % = 1,96

Z β = Coeficiente de confiabilidad para potencia del 80 % = 0,84

r = Coeficiente de correlación esperado = 0.30

De donde n = 84.84 \approx 85 pacientes

Considerando una potencial pérdida de casos, se tomará una muestra de 100 pacientes.

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** Es un estudio de correlación de variables.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó al Hospital de policía y jefe del servicio de ginecología y obstetricia el permiso respectivo para realizar la investigación.

Se contactó a las pacientes que asisten a los consultorios de ginecología y obstetricia, se les explicó el motivo de estudio y llenado de la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Se elaboró un cuestionario de conocimientos inicialmente con 12 preguntas, en las que se aplicó validación de contenido con ayuda de un experto en el tema (tutor), y un cuestionario de actitudes de 14 preguntas en escala de Likert de 5 ítems; la validación de constructo y predictiva se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto, luego de lo cual se excluyeron 2 preguntas del cuestionario de conocimientos (concepto de cáncer y forma de detección precoz), con lo que se alcanzó una consistencia adecuada (alfa de Cronbach > 0.60); en la prueba de actitudes no se requirió retirar ninguna, alcanzando igualmente una consistencia adecuada (alfa de Cronbach > 0.60).

Las preguntas de conocimientos se puntuaron con 2 puntos cada respuesta correcta, alcanzando puntaje mínimo de 0 y máximo de 20 puntos, estableciendo como puntos de corte:

- Conocimiento deficiente: 0 a 10 puntos
- Conocimiento regular: 11 a 15 puntos
- Conocimiento bueno: 16 a 20 puntos

Las preguntas de actitudes se puntuaron en escala de Likert de 5 ítems, asignando un puntaje de 1 para el ítem más negativo (en total desacuerdo para preguntas en sentido positivo, o totalmente de acuerdo para preguntas en sentido negativo), y con 5 puntos para el ítem más positivo. El puntaje mínimo fue de 14 puntos y el máximo de 70 puntos, estableciendo como puntos de corte:

- Actitud negativa: de 14 a 28 puntos
- Actitud indiferente: de 29 a 56 puntos
- Actitud positiva: de 57 a 70 puntos

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la

escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Se comparan variables categóricas entre grupos mediante prueba chi cuadrado. La asociación de variables categóricas ordinales (conocimientos y actitudes) se valoró con la prueba de asociación de Spearman, y la correlación de los puntajes numéricos de ambas escalas se correlacionó con el coeficiente de Pearson. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

CAPÍTULO II
RESULTADOS

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 1

Distribución de participantes según edad

Edad (años)	N°	%
< 20 a	9	9.0%
20-29 a	31	31.0%
30-39 a	25	25.0%
40-49 a	15	15.0%
50-59 a	16	16.0%
60-69 a	4	4.0%
Total	100	100.0%

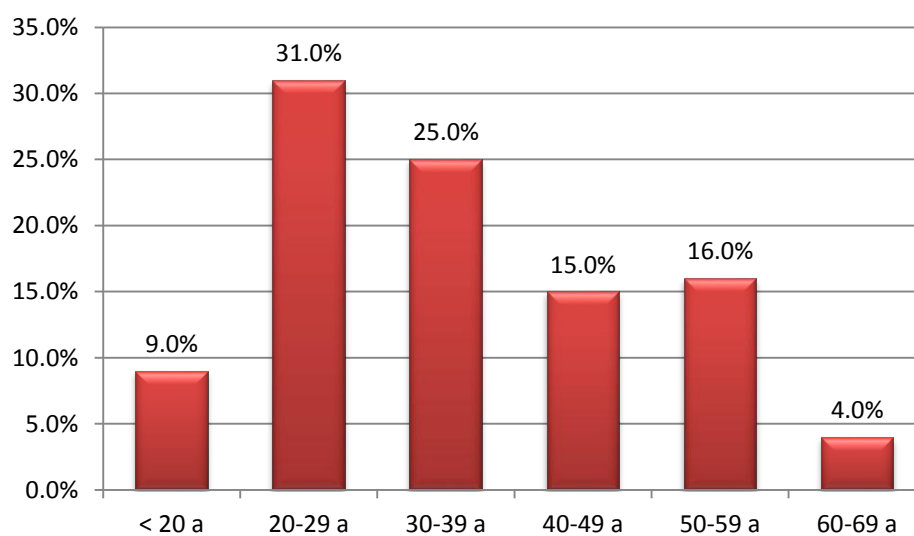
Tabla Nro. 1.

31% de la pacientes tuvieron edades entre 20 y 29 años, 25 % entre 30 y 39 años (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Gráfico 1

Distribución de participantes según edad



Edad promedio: 35.3 ± 13.0 años (18). (17 – 69 años)

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 2

Distribución de participantes según nivel de instrucción

	N°	%
Primaria	8	8.0%
Secundaria	27	27.0%
Técnico	32	32.0%
Universidad	33	33.0%
Total	100	100.0%

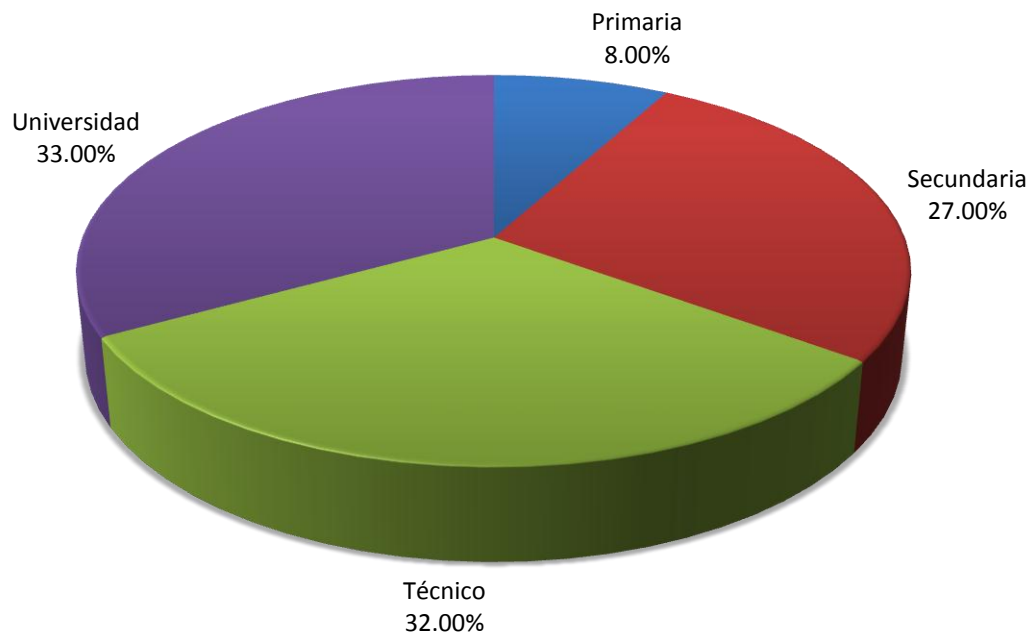
Tabla Nro. 2.

El 33% de las pacientes tuvieron un nivel de instrucción universitario, 32% técnico y 27% secundario (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 2

Distribución de participantes según nivel de instrucción



**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 3

Distribución de participantes según ocupación

	N°	%
Ama de casa	34	34.0%
Técnica	29	29.0%
PNP	17	17.0%
Estudiante	13	13.0%
Profesional	7	7.0%
Total	100	100.0%

Tabla Nro. 3.

34% de las pacientes tuvieron ocupación de ama de casa, 29% técnica, 17% PNP, 13% estudiantes (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 3

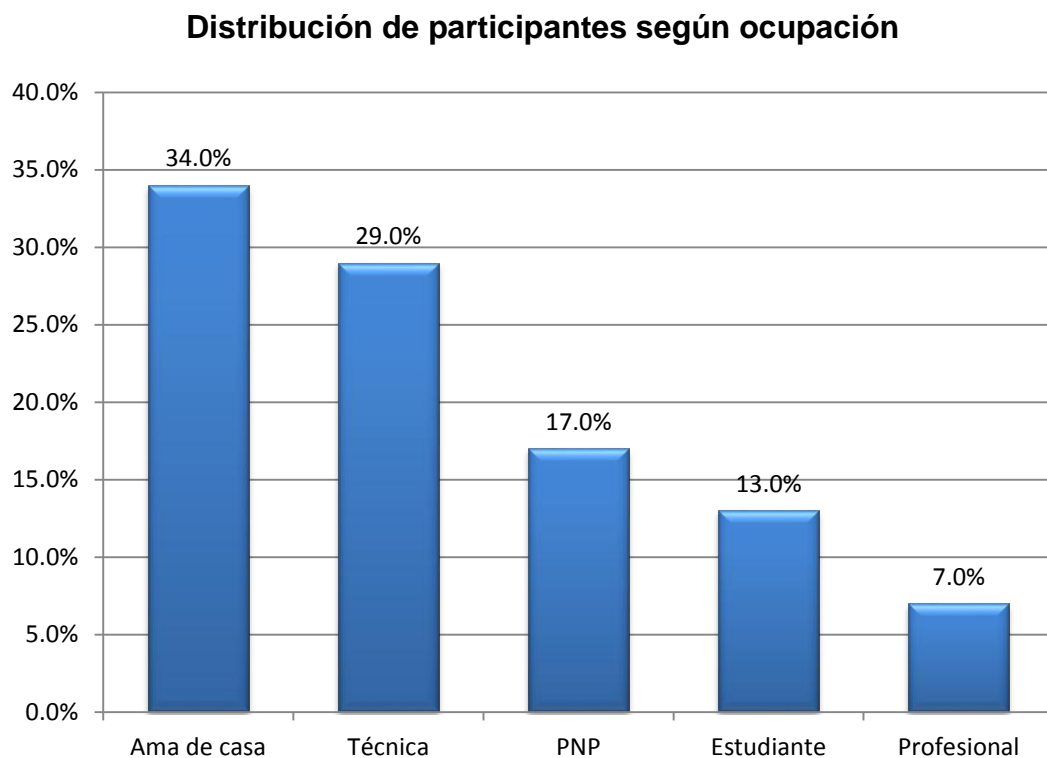


Gráfico Nro. 3.

34% de las pacientes tuvieron ocupación de ama de casa, 29% técnica, 17% PNP, 13% estudiantes (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 4

Distribución de participantes según estado civil

	N°	%
Soltera	34	34.0%
Casada	49	49.0%
Conviviente	16	16.0%
Viuda	1	1.0%
Total	100	100.0%

Tabla Nro. 4.

49 % de las participantes tuvieron estado civil soltera, 34% fueron solteras,
16 % convivientes (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 4

Distribución de participantes según estado civil

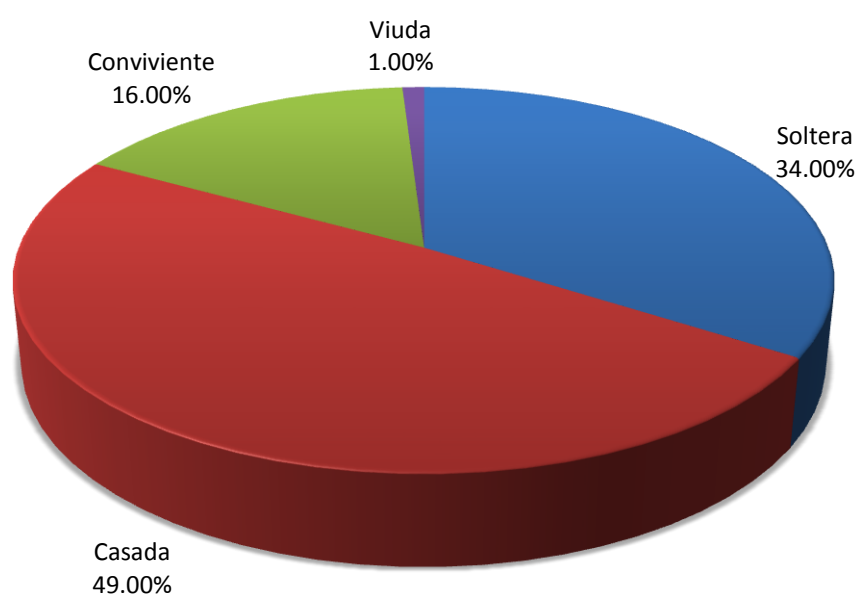


Gráfico Nro. 4.

49 % de las participantes tuvieron estado civil soltera, 34% fueron solteras, 16 % convivientes (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 5

Distribución de participantes según beneficio de atención

	N°	%
Cónyuge	49	49.0%
PNP	17	17.0%
Alumno PNP	13	13.0%
Hija	13	13.0%
Madre	4	4.0%
Civil	4	4.0%
Total	100	100.0%

Tabla Nro. 5.

El beneficio de atención se distribuyó de la siguiente manera: Cónyuge 49%,
17% Policías, 13% alumnas PNP, Hijas 13% (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 5

Distribución de participantes según beneficio de atención

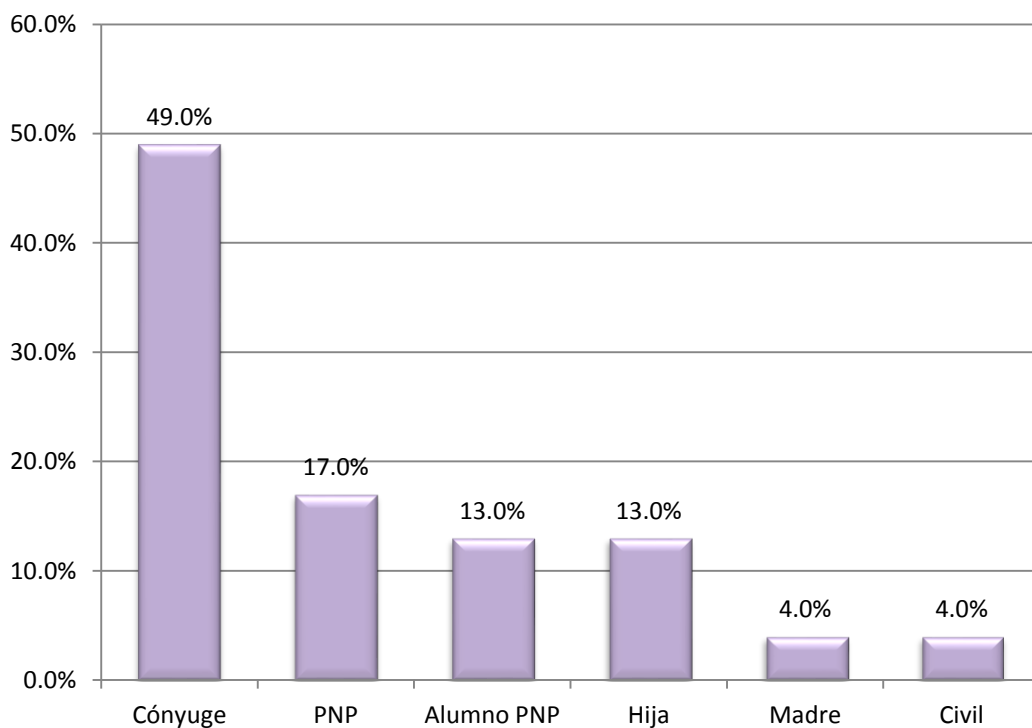


Gráfico 5.

El beneficio de atención se distribuyó de la siguiente manera: Cónyuge 49%, 17% Policías, 13% alumnas PNP, Hijas 13% (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 6

Aspectos mejor conocidos acerca del cáncer de cuello uterino

	N°	%
Prevención de Ca. Cuello	83	83.0%
Utilidad del Pap	76	76.0%
Concepto de HPV	71	71.0%
Indicación de Pap	67	67.0%
Frecuencia de Pap	67	67.0%
Síntomas de cáncer	52	52.0%
Pronóstico del Pap	52	52.0%
Factor de riesgo de cáncer	40	40.0%
Tratamiento del cáncer	39	39.0%
Vacuna contra HPV	31	31.0%

Tabla Nro. 6.

83% conocían acerca de la prevención del cancer de cuello uterino; 76% supieron para que sirve el Papaniclaou; 71% conocía el concepto de VPH (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 6

Aspectos mejor conocidos acerca del cáncer de cuello uterino

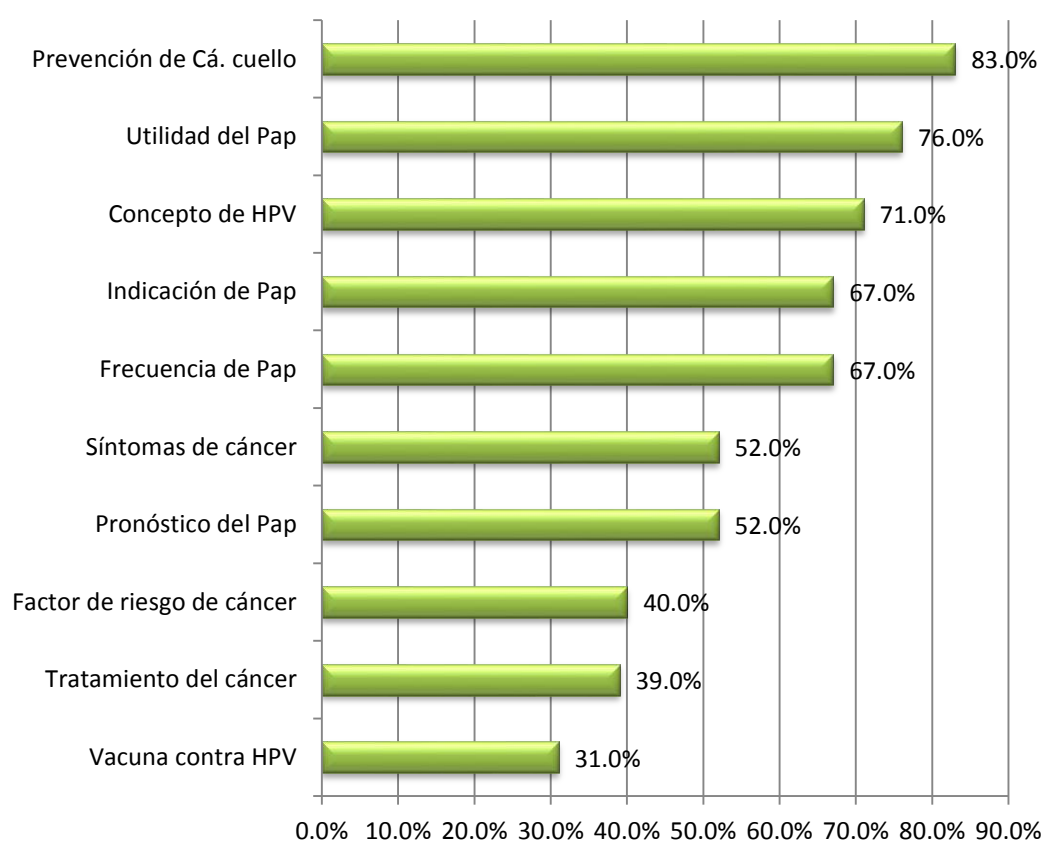


Gráfico 6.

83% conocían acerca de la prevención del cancer de cuello uterino; 76% supieron para que sirve el Papaniclaou; 71% conocía el concepto de VPH (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Tabla 7

Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en la prevención del cáncer de cuello

	N°	%
Deficiente	41	41.0%
Regular	37	37.0%
Bueno	22	22.0%
Total	100	100.0%

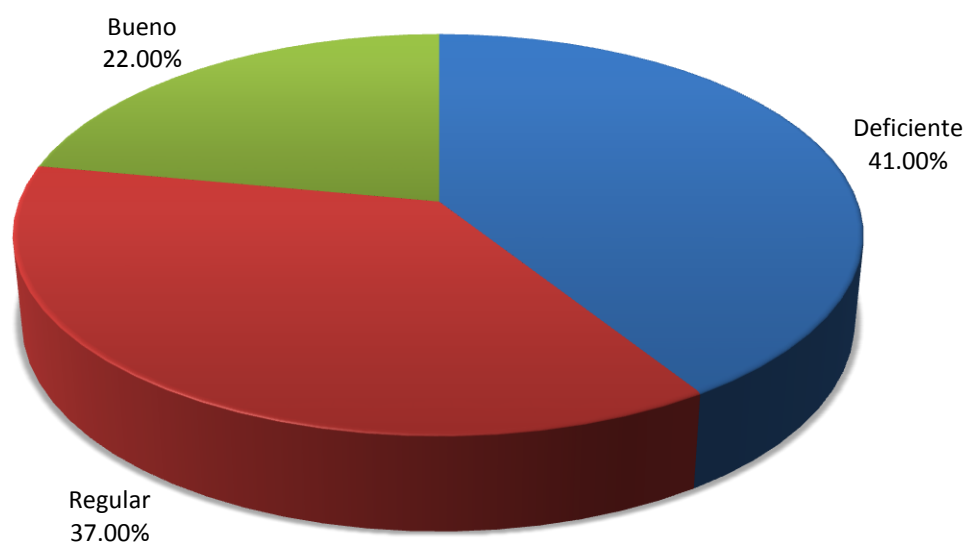
Tabla Nro. 7.

41% de las pacientes tuvo un conocimiento Deficiente, 37% tuvo conocimiento regular, solo 22% obtuvo conocimiento bueno (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 7

Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino



Promedio: 11.56 ± 4.07 puntos (0 – 18 puntos)

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 8

**Actitudes favorables hacia el cáncer de cuello uterino en las
participantes**

	N°	%
Acción del Pap	96	96.0%
Realización periódica	90	90.0%
Pap en vida sexual activa	90	90.0%
Operación curativa	81	81.0%
Motivación de la explicación	78	78.0%
Resultados del Pap	77	77.0%
Temor al dolor	74	74.0%
Trato del personal	72	72.0%
Cáncer y promiscuidad	72	72.0%
Factores de riesgo	71	71.0%
Uso de preservativos	71	71.0%
Exclusiones del Pap	71	71.0%
Rapidez de resultados	65	65.0%
Lejanía del hospital	61	61.0%

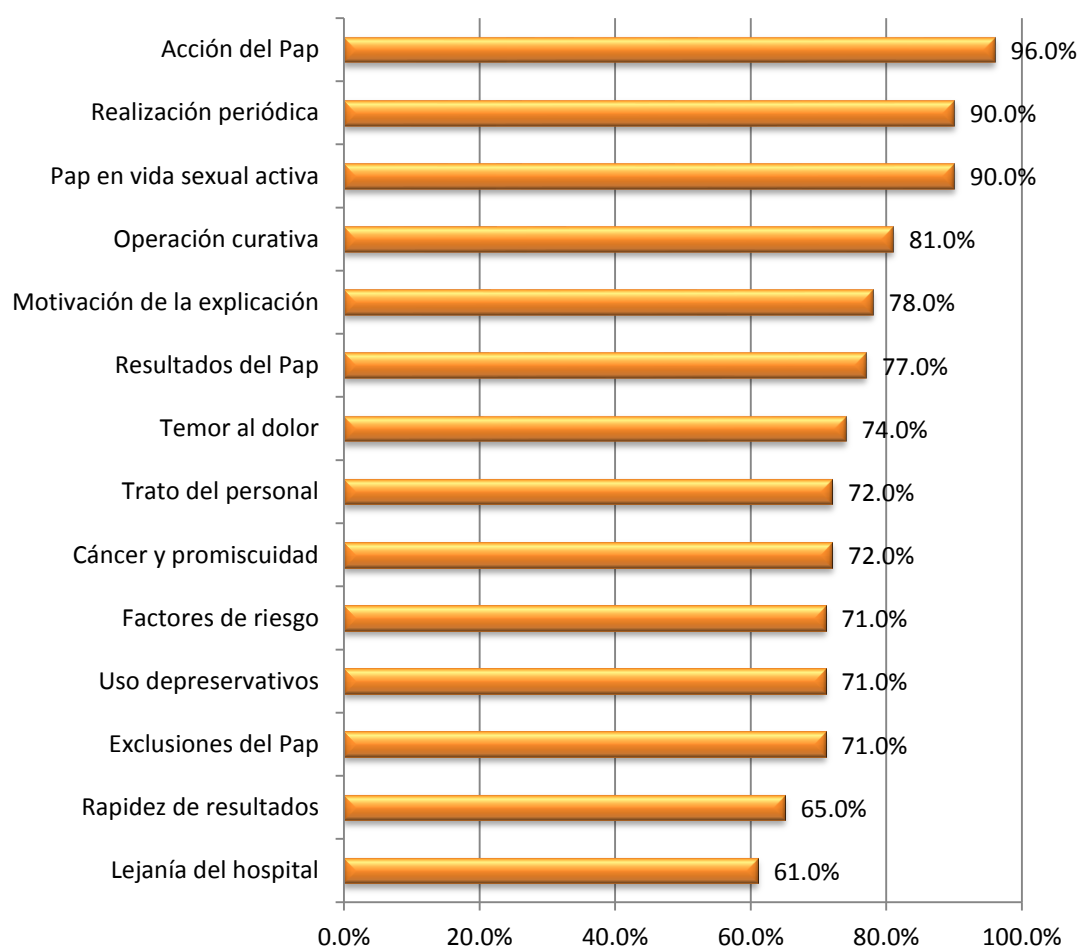
Tabla Nro. 7.

96% tuvieron actitud favorable hacia la acción del Papanicolaou, 90% tiene actitud favorable hacia la realización periódica del Pap (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 8

Actitudes favorables hacia el Pap en las participantes



Promedio: 56.1 ± 6.4 puntos (37 – 67 puntos) (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 9

Nivel de actitudes hacia el cáncer de cuello uterino

	N°	%
Negativa	0	0.0%
Indiferente	48	48.0%
Positiva	52	52.0%
Total	100	100.0%

Tabla Nro. 9.

52% tuvieron actitudes positivas hacia el cancer de cuello uterino, 48% tuvieron actitudes indiferentes, NO hubieron pacientes con actitudes negativas (18).

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 9

Nivel de actitudes hacia la prevención del cáncer de cuello uterino

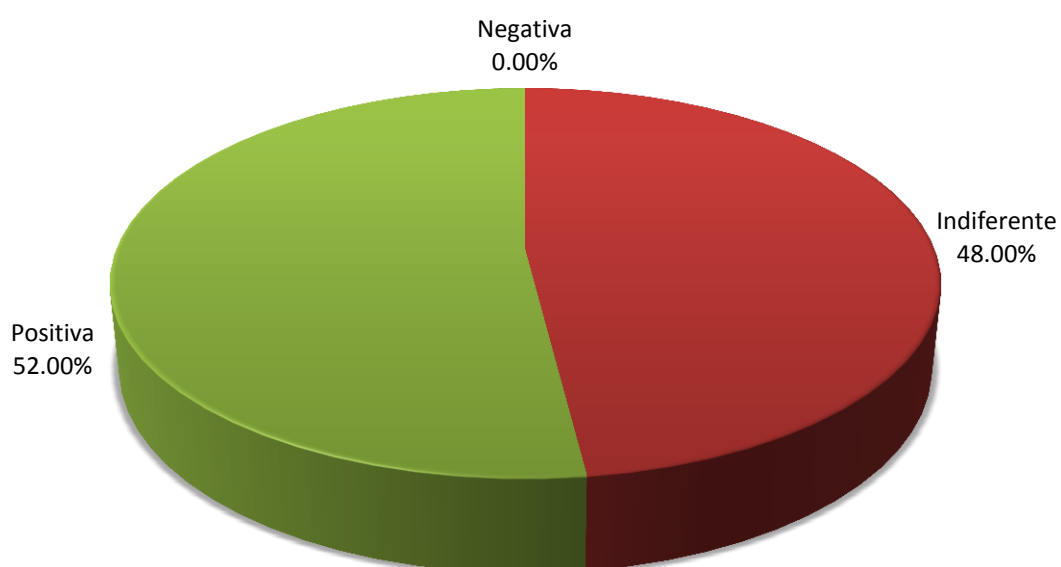


Gráfico Nro. 9.

52% tuvieron actitudes positivas hacia el cancer de cuello uterino, 48% tuvieron actitudes indiferentes, NO hubieron pacientes con actitudes negativas (18).

**RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014**

Tabla 10

**Asociación entre conocimientos y actitudes hacia el Pap en las
participantes**

Actitud Conocim	Indiferente		Positiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	32	32.0%	9	9.0%	41	41.0%
Regular	7	7.0%	30	30.0%	37	37.0%
Bueno	9	9.0%	13	13.0%	22	22.0%
Total	48	48.0%	52	52.0%	100	100.0%

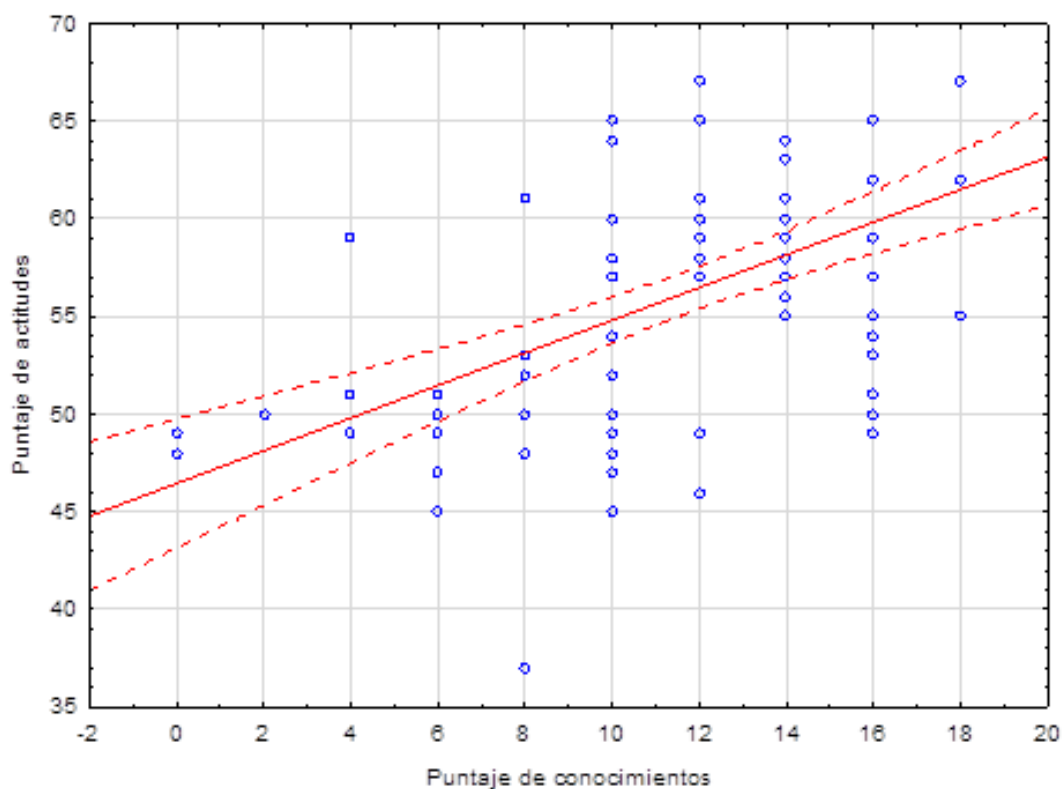
Chi² = 27.81 G. libertad = 2 p < 0.01

Spearman r = 0.1114 G. libertad = 100 p = 0.1337

RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP AREQUIPA, 2014

Gráfico 10

Relación entre puntaje de conocimientos y actitudes hacia el cáncer de cuello uterino en las participantes



Ecuación de regresión: $y = +0.8354x + 46.4626$

Coef. de correlación: $r = +0.5293$

Coef. De determinación $r^2 = 28.02\%$

$p < 0.01$

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud que toman hacia el cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014. Es conocido que la enfermedad del cáncer de cuello uterino continua siendo frecuente en el Perú y otros países en desarrollo, especialmente Arequipa tiene altas tasas de incidencia; esto probablemente se deba al bajo nivel de educación con el que contamos, por lo que es importante saber el verdadero nivel de conocimientos que tienen las pacientes mujeres en edades donde la incidencia aumenta para saber en que aspectos hacer énfasis si de hacer actividades de prevención y promoción se trata. Investigar las características socioeconómicas de la población también ayudaría a las autoridades locales a promover campañas de información y de control de cáncer de cuello uterino en cuyos sectores vulnerables. Informar no será suficiente si las mujeres no están dispuestas a prevenir la enfermedad tomando actitudes positivas hacia los exámenes y métodos de prevención oportuna.

Para tal fin se seleccionó una muestra representativa de pacientes que acudieron a la consulta externa de Ginecología y obstetricia para aplicar un instrumento validado con una ficha de datos, un cuestionario de conocimientos de opción múltiple y un cuestionario de actitudes en escala de Likert. Se muestran resultados

mediante estadística descriptiva y se relacionan variables mediante coeficiente de asociación de Spearman y de correlación de Pearson.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las participantes en el estudio según edad; el 31% de mujeres tuvieron de 20 a 29 años, y 25% entre 30 y 39 años. La edad promedio de las mujeres fue de 35.3 años, con variación entre los 17 y 69 años. Esto coincide con la edad de aparición de la enfermedad que es de 24 a 65 años de edad. En un estudio similar realizado por Amanda Vigo Luna en 2007 en el hospital Goyeneche la edad promedio fue de 33 años (15). En otro realizado en la ciudad de Armenia en Colombia por López, Calderón y Gonzales la edad promedio fue de 27. 2 años (16). Esta coincidencia en los estudios realizados en Arequipa indicaría grupos poblacionales parecidos en ambos hospitales Goyeneche y PNP Arequipa.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el nivel de instrucción de las mujeres; el 8% de mujeres tuvo educación primaria, 27% educación secundaria, 32% formación técnica y 33% educación universitaria. La mayoría de la población tiene niveles de educación técnico y universitario probablemente por ser el hospital de policía una entidad que atiende principalmente a policías que reciben para trabajar en ese rubro una educación técnica; en el grado universitario pueden estar incluidos el personal de salud asimilado a la policía, y oficiales de policía. En el estudio de Vigo Luna la mayor población 43% obtuvo un grado de instrucción primario y un 35.3% secundario; probablemente la población que acude al hospital Goyeneche tiene menor alcance a niveles de educación superiores (15). En el estudio colombiano citado el nivel de mayor población fue el del bachillerato que corresponde a la secundaria peruana con un 39%, el nivel universitario solo alcanzó el 3% (16).

La ocupación de las mujeres se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el 34% fueron amas de casa, 29% eran de ocupación técnica, 17% pertenecían a la PNP, 13% eran estudiantes de la escuela de policías, y 7% eran profesionales. La mayoría de pacientes es ama de casa, ya que el beneficio de salud policial se extiende a las esposas, conyugues, hijos; incluía oficialmente a los padres de los policías hasta el 2013.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las mujeres participantes. El 34% fueron solteras, 49% eran casadas, 16% convivientes y 1% viudas. El vínculo de atención por el Hospital Policial en 49% de casos fue por cónyuge, el 17% eran policías, 13% alumnas de la escuela de la PNP, 13% eran hijas de titulares, 4% madres y 4% eran civiles que buscaron atención por el hospital (**Tabla y Gráfico 5**).

El mayor porcentaje de pacientes son casadas, seguidas de las solteras, ambos grupos poblacionales están propensos a la infección por el virus del papiloma humanos. Vigo Luna encuentra en su población un 45.19% de casadas y un 10% de convivientes (15). En el estudio colombiano 38 % son solteras y solo un 16% casadas (16).

Al aplicar el cuestionario de conocimientos, se identificó los aspectos mejor conocidos sobre el cáncer de cuello uterino. (**Tabla y Gráfico 6**). Los aspectos que fueron conocidos por más de la mitad de mujeres fueron la capacidad del Papanicolaou para prevenir el cáncer de cuello (83%), la utilidad del examen (76%), el concepto de virus de papiloma humano (71%), las indicaciones y frecuencia de realización del Papanicolaou (67%), y los síntomas del cáncer y el valor pronóstico del Papanicolaou (52%). El Papanicolaou posee baja sensibilidad (50 a 60%) y alto

porcentaje de falsos negativos pero por ser una prueba sencilla y económica es la principal prueba para el control del cáncer de cuello uterino. Un estudio de conocimientos y actitudes acerca de la vacuna contra el papiloma virus humano del 2011 de Ojeda encontró que el 51.9% define el cáncer de cuello uterino como lesiones malignas del cuello del útero, el 42.2 % responde que el papiloma virus humano es una infección adquirida por contacto sexual, 37.8% refieren que se transmite por contacto sexual y 20.8% opinan que se transmite por herencia (17).

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el nivel de conocimientos de las mujeres acerca del cáncer de cuello uterino en escala vigesimal; el 41% tuvo niveles deficientes (0 a 10 puntos), 37% tuvo conocimientos regulares (11-15 puntos), y 22% tuvo niveles de conocimiento buenos (16 a 20 puntos). El puntaje promedio de las mujeres participantes fue de 11.56 puntos sobre 20, con rango entre los cero y los 18 puntos. Vigo Luna obtiene un promedio regular con 11 puntos; en este mismo estudio 45.7% tuvieron un nivel de conocimiento insuficiente, seguido de conocimiento regular con 33.51% y solo el 17.40 % tuvo el nivel de conocimiento bueno (15). Estas diferencias tiene relación aparentemente con el nivel educativo ya que las pacientes que acuden al hospital Goyeneche poseen niveles de instrucción menores y por lo tanto los niveles de conocimientos más bajos

La **Tabla y Gráfico 8** muestran los aspectos con opiniones más positivas (puntajes 4 y 5 en escala de Likert con sentido positivo); todos los aspectos evaluados tuvieron actitudes positivas en más del 60% de participantes, siendo los más positivos acerca de la acción preventiva del Papanicolaou en el cáncer de cuello uterino (96%), su realización periódica y su necesidad durante la vida sexual activa

(90%). El puntaje promedio de actitudes fue de 56.1 puntos de un total de 100, con puntos de corte de 33 puntos para la actitud negativa y de 67 puntos para la actitud positiva. El nivel de actitudes alcanzado por las mujeres fue indiferente en 48% y positivo en 52%; no se tuvo casos con actitudes negativas (**Tabla y Gráfico 9**). Cabe repetir aquí que no se encontraron actitudes negativas en el estudio, ello supondría que teniendo suficientes conocimientos y con su actitud positiva las pacientes serían capaces de controlar la enfermedad en forma adecuada. En el estudio de Vigo Luna se encontró mayor porcentaje (66.23%) de actitud ambivalente correspondiente a la actitud indiferente de este estudio; solo un 28.31% tuvo actitudes favorables (15). En el estudio de Ojeda sobre la vacuna contra el papiloma virus humano se encuentran actitudes favorables hacia la aplicación de la vacuna en un 63 y 71%; solo 25.9% se mostraron indiferentes (17). En el estudio en el municipio de Armenia Colombia también se encontraron actitudes favorables en la mayoría de ítems de la encuesta (16).

Finalmente, en la **Tabla 10** se aprecia la asociación entre las actitudes y los conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino en las mujeres encuestadas. El 32% de mujeres con conocimientos deficientes tuvo además una actitud indiferente hacia el cáncer de cuello uterino, mientras que el 43% de mujeres con buen o regular nivel de conocimientos tuvo una actitud positiva hacia el examen. Las diferencias fueron significativas (χ^2 ; $p < 0.05$), aunque la asociación entre los niveles nominales u ordinales de conocimiento y actitud fue baja ($Rho < 0.30$). Cuando se relacionan los puntajes de cada una de las escalas (**Gráfico 10**), se encontró una relación directa o positiva entre las dos escalas (a mayor puntaje de conocimientos, mejor puntaje de actitudes), con una relación de buena intensidad (r de Pearson, > 0).

50). El coeficiente de determinación (r^2) demuestra que un incremento de los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino en la muestra estudiada, incrementará en 28.02% las actitudes positivas hacia el examen. Esta influencia resultó ser significativa ($p < 0.05$). Ojeda Torres también encuentra una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la actitud hacia la vacuna del papiloma virus humano ya que 53.3% de las pacientes con conocimiento intermedio presenta actitudes favorables frente a la vacuna. Vigo luna relaciona los conocimientos con la edad encontrando una diferencia significativa ($p = 0,003$) y una asociación inversa entre ambas, que atribuye a que la población adulta tiene bajo nivel de instrucción; también relaciona los conocimientos con el grado de instrucción encontrando una diferencia significativa ($p < 0.01$) entre la instrucción y el conocimiento y una asociación directa regular ($r = 0.26$) entre ambas; indicando que a mejor nivel de instrucción hay mejor conocimiento. Encuentra también que a mejor grado de instrucción hay mejor actitud hacia el cáncer ($r = 0.25$) con diferencias significativas entre las mujeres ($p < 0.01$). Principalmente no encuentra la relación entre conocimientos y actitudes ($r = -0.01$); teniendo cualquier nivel de conocimiento, las actitudes no se verán influenciadas (15).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014 son predominantemente jóvenes entre 20 y 39 años, de educación secundaria o superior, y ocupación en labores del hogar con relación conyugal con los titulares de la atención hospitalaria.
- Segunda.** El nivel conocimientos que tienen sobre el cáncer de cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014 es predominantemente deficiente (41%).
- Tercera.-** La actitud frente al cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014 es positiva en la mayoría (52%).
- Cuarta.-** Existe una relación directa de buena intensidad ($r > 0.50$) entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia el cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014

RECOMENDACIONES

- 1) Aplicar programas de salud a nivel local, con el fin de brindar información básica sobre la prevención de enfermedades comunes como el cáncer de cuello uterino.
- 2) Promover campañas de control y prevención de la enfermedad con el Papanicolaou, instruir en conductas sexuales sanas, y otros métodos de protección en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital de Policía
- 3) Dar charlas sobre el cáncer de cuello uterino en las que se induzcan actitudes positivas hacia prevención de la enfermedad generando confianza y rompiendo tabúes en las mujeres del hospital de policía y población en general.
- 4) Introducir en formatos educativos desde los niveles primarios, secundarios y superiores, así como también en la formación policial; información sobre el cáncer de cuello uterino, como se previene, como se detecta a tiempo y como se trata de manera oportuna dicha enfermedad.
- 5) Informar puntos clave, en donde se encontraron deficiencias como la vacuna del papiloma virus humano, e información exacta sobre las utilidades del Papanicolaou.
- 6) Utilizar medios de comunicación como internet, televisión radio para la difusión de mejores conductas que disminuyen la, propagación del cáncer de cuello uterino

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Estimated Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, Globocan 2012. Found: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
2. Ministerio de salud, Cáncer de Cuello uterino, Guía de práctica clínica, Perú, 2011. Encontrado en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf
3. John O. Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Barbara L. Hoffman, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, WILLIAMS, GINECOLOGÍA, Primera Edición, Mexico 2008
4. Gonzales Merlo, GINECOLOGÍA 8va edición, Barcelona 2003
5. WHO, ICO (Institut Català d'Oncologia): Human Papilloma Virus and Related Cancers. Summary Report. Jan 29, 2010
6. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M; et al. Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. JAMA 2007;297(8):813-819
7. James Difre, Brian Mawogan, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA CLINICA.UK. Ed. En español 2005
8. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández Del Castillo, René Bailón Uriza. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA APLICADAS. 2da Edición, Mexico 2003
9. Borja Ruiz Mateos, Jaime Campos Pavón, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA AMIR 3ra Edición, 2006.
10. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 ed. Madrid: s. n., 2001.

11. GRAN ENCICLOPEDIA Larouse. 3 ed. Barcelona: Planeta, 1970. (Tomo tercero).
12. CARRIÓN, Juan. Conocimiento. [en línea]. [Barcelona]: Fundación Iberoamericana del Conocimiento noviembre 2005]. Disponible en Internet: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm
13. “Ética demostrada según el orden geométrico” de Baruch de Spinoza – Fondo de Cultura Económica – ISBN 968-16-0497-0
14. “Psicología Social” de R. Baron y D. Byrne – Editorial Prentice Hall – ISBN 0-205-944-X
15. VIGO LUNA AMANDA, “Conocimientos y Actitudes hacia l cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al consultorio externo de colposcopia del hospital Goyeneche, Arequipa, 2007”. Perú 2007.
16. CHRISTIAN ADRIÁN LÓPEZ-CASTILLO, MANUEL ALEJANDRO CALDERÓN, MARÍA MERCEDES GONZÁLEZ. 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, 2012.
17. OJEDA TORRES GLENY, Conocimiento y actitud sobre la vacuna del papiloma virus humano en usuarias del hospital III de Yanahuara ESSALUD de Arequipa, 2010. UCSM, Perú,2010
18. LLERENA NÚÑEZ LUZ, “Relación entre los conocimientos y las actitudes acerca del cáncer de cuello uterino en pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa, 2014”. UCSM, 2014

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO****A. DATOS GENERALES****1. Edad:**años.**2. Grado Instrucción:**

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria: () Técnica: () Universidad: ()

3. Ocupación:

Ama de casa () Técnica: () Profesional: () Estudiante () PNP: ()

Otros:.....

4. Estado civil:

Soltera: () Conviviente: () Casada: () Divorciada () Viuda: ()

5. Tipo de beneficio FOSPOLI:

Titular () Grado:.....

Conyugue ()

Hijo ()

Padre o Madre ()

B. CONOCIMIENTOS**1) ¿Cuál de los siguientes No es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino?**

- a) El uso de anticonceptivos
- b) El inicio temprano de las relaciones sexuales
- c) El tener muchos compañeros sexuales
- d) *La obesidad*
- e) El consumo de cigarrillos

- 2) ¿Como se previene el cáncer de cuello uterino?**
- a) Consumo de tabaco
 - b) Recibiendo tratamiento medico
 - c) *Haciéndose PAP anuales*
 - d) Usando anticonceptivos orales
 - e) Bajando de peso
- 3) ¿Quiénes deben hacerse el Papanicolaou?**
- a) *Todas la mujeres que han tenido relaciones sexuales*
 - b) Solo las casadas
 - c) Mujeres mayores de 18 años
 - d) Solo las que no dan de lactar
 - e) Todas las mujeres que han tenido una infección vaginal
- 4) ¿Cada cuanto se toma la citología vaginal o Papanicolaou?**
- a) Cada 3 años desde los 35 años
 - b) *Cada año después del inicio de las relaciones sexuales*
 - c) Desde la primera infección vaginal
 - d) Si se presenta sangrado transvaginal
 - e) Todas las mujeres en edad fértil 2 veces al año
- 5) ¿Qué es el virus del papiloma humano?**
- a) No sé definirlo
 - b) Es una bacteria que produce infecciones vaginales.
 - c) Es un virus que produce sangrado genital.
 - d) Es un virus que adquieren por consumir alimentos contaminados
 - e) *Es el virus que produce cáncer de cuello uterino.*

6) Sobre el PAPANICOLAOU no es cierto que:

- a) Es un raspado de la secreción cervical
- b) Detecta el cáncer de cuello uterino en estadios iniciales
- c) *Produce infecciones vaginales*
- d) Lo realiza el ginecólogo o la obstetra
- e) Es un examen rápido y sencillo

7) Sobre la vacuna contra el cáncer de cuello uterino no es cierto:

- a) Sirve para prevenir el cáncer de cuello uterino
- b) Se puede aplicar en niñas y adolescentes
- c) Consta de 3 dosis, la segunda al mes y la tercera a los 6 meses
- d) No ayuda cuando el cáncer de cuello uterino está avanzado
- e) *No es efectiva para prevenir el cáncer de cuello uterino*

8) Los síntomas de las lesiones precancerosas del cáncer de cuello uterino son:

- a) Dolor en las relaciones sexuales
- b) Sangrado transvaginal
- c) Prurito o picazón vulvar
- d) *No da síntomas*
- e) Incontinencia urinaria

9) ¿Cual es el tratamiento para el cáncer de cuello uterino en estadio inicial?

- a) Extracción de útero y ovarios
- b) El Papanicolaou
- c) La colposcopia
- d) *La conización (extracción de una parte del cuello uterino)*
- e) Los antibióticos

10) Sobre el cáncer de cuello uterino, es falso:

- a) *Es una enfermedad incurable*
- b) Si se detecta a tiempo se puede curar
- c) El riesgo de tener la enfermedad aumenta con el uso de anticonceptivos
- d) El PAPANICOLAOU detecta la enfermedad en sus estadios iniciales pero no es una prueba 100% segura
- e) En estadios avanzados se puede extraer utero y ovarios

C. ACTITUDES

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la respuesta que considere mas adecuada, de acuerdo a su pensamiento.

TA: Totalmente de acuerdo

DA: De acuerdo

I: Indiferente

ED: En Desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

ACTITUDES DE LAS PACIENTES	TA	DA	I	ED	TD
1. Hacerse el PAPANICOLAOU periódicamente previene la aparición del cáncer de cuello uterino	5	4	3	2	1
2. El Papanicolaou es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto	5	4	3	2	1
3. Tener varios compañeros sexuales disminuye la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino.	1	2	3	4	5
4. Usar condón en las relaciones sexuales aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino	1	2	3	4	5
5. Las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual deben hacerse el Papanicolaou	5	4	3	2	1
6. Todas la mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse el PAP	5	4	3	2	1
7. La forma en que trata cada obstetriz y médico influye para las futuras decisiones de tomarse el PAP	5	4	3	2	1
8. No hay necesidad de reclamar el resultado del PAP	1	2	3	4	5
9. La entrega de resultados del PAP es rápido y oportuno	5	4	3	2	1
10. Si tuviera que operarme para curarme lo haría	5	4	3	2	1
11. No me realizo el PAP porque el hospital es demasiado alejado	1	2	3	4	5
12. No me tomo el PAP porque duele	1	2	3	4	5
13. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que solo les da a las mujeres promiscuas	1	2	3	4	5
14. La explicación que brinda el personal de salud motivan a realizarse el PAP	5	4	3	2	1

Anexo 2
Proyecto de investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES ACERCA
DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS
CONSULTORIOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PNP
AREQUIPA, 2014“

Proyecto de investigación presentado por la Bachiller:
LUZ ISELA LLERENA NÚÑEZ

AREQUIPA 2014

I. PREAMBULO.

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial; y la séptima causa de cáncer más común en general; de todos los casos el 85% se producen en los países en desarrollo. Encontrándose las más altas tasas en África, El Caribe y América latina. Las tasas mas bajas se encuentra en Norteamérica, Australia y en el este de Asia (1)

En los países desarrollados, se ha observado tasas decrecientes de la enfermedad gracias al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; mientras que en los países en desarrollo como el Perú las incidencias se mantienen altas; por ejemplo, la más alta tasa de incidencia corresponde a Trujillo con 43.9 por 100000. En Trujillo y Arequipa en 2004 se produjeron 3962 nuevos casos y de estos fallecieron 1540 (2).

Existen diferentes factores de riesgo que conllevan a la aparición de esta enfermedad, entre ellos la infección por el virus del papiloma humano, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, la infección por clamidia, la inmunosupresión, antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, el tabaquismo, y una baja condición económica; por lo cual es importante identificarlos oportunamente.

Los programas de prevención y detección del cáncer de cuello uterino incluyendo las vacunas contra los serotipos más frecuentes causantes de esta enfermedad han demostrado ser efectivos para reducir su incidencia

El Perú es un país en desarrollo, como tal posee déficits educativos que influyen directamente en la manera de actuar de las mujeres para prevenir y tratar oportunamente el cáncer de cuello uterino. Es por ello que el presente trabajo de investigación plantea determinar cuanto saben las mujeres que acuden a los consultorio de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa; cuales son las actitudes que toman ante la prevención y tratamiento de esta enfermedad; y derivado de lo anterior determinar relación entre el conocimiento y sus actitudes.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

Enunciado del trabajo o problema: “Cual es la relación entre los conocimientos y las actitudes acerca del cáncer de cuello uterino en Pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014”

Descripción del problema:

- a) **Área del conocimiento:**
- Área General: Ciencias de la salud
 - Área específica: Medicina Humana
 - Especialidad: Ginecología
 - Línea: Cáncer de cuello uterino

b) ANÁLISIS U OPERACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES. Tabla Nro. 1

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
VARIABLE	INDICADOR Y SUBINDICADOR		ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Años		Cuantitativa Discreta
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ultimo año aprobado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Superior	Cualitativa ordinal
OCUPACIÓN	grupo ocupacional	Ama de casa Técnica Policía. Estudiante Profesional	Cualitativa ordinal
ESTADO CIVIL	Estado civil declarado	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Cualitativa Nominal
TIPO DE BENEFICIO FOSPOLI	Beneficio Fospoli	Titular Cónyugue Hijo Padre Alumno PNP Civil	Cualitativa Nominal

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA O VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN
V1 CONOCIMIENTO	ESCALA DE LIKERT (Conocimientos)	Niveles Bajo Intermedio Alto	Cuantitativa Ordinal

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA O VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN
V2 ACTITUD	ESCALA DE LIKERT (Actitudes)	Niveles Bajo Intermedio Alto	Cuantitativa ordinal

c) Interrogantes básicas.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014?
2. ¿Qué nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino tienen las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014?
3. ¿Cuál es la actitud que toman frente al cáncer de cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014?
4. ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimientos y la actitud que toman acerca del cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014?

d) Tipo de investigación: De campo

e) Nivel de la investigación: de correlación de variables.

Justificación del problema

Es conocido que el cáncer de cuello uterino es una entidad con alta morbimortalidad, principalmente en países en desarrollo como el nuestro, es por ello que actualmente existen programas de promoción y prevención destinados a disminuir el número de casos nuevos; a pesar de ello continúa siendo un problema de salud; por ello es importante detectar que nivel de conocimientos tiene las mujeres acerca del tema: agentes causales, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y tratamiento; una vez conocido esto, también es importante saber cómo actúa frente al cáncer de cuello uterino, si se previene e informa acerca del cáncer de cuello uterino. Finalmente hallado el nivel de conocimientos y sabiendo sus actitudes frecuentes, es importante relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes tomadas, para determinar cuánto previene, detecta a tiempo y trata la enfermedad las pacientes que acuden al consultorio de ginecología del hospital PNP de Arequipa en el año 2014.

El presente trabajo es **original**, ya que no se encontraron estudios similares realizados en el hospital PNP Arequipa.

Es **relevante** ya que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad frecuente en nuestro medio por lo que investigar el nivel de conocimientos ayudará a ahondar en esos temas en programas de prevención del cáncer de cuello uterino; emitida esta información llevará a las pacientes a tomar mejores actitudes frente a la enfermedad en las etapas de promoción y prevención.

Es **práctico** por ser una enfermedad frecuente, dado ello es útil conocer el nivel de conocimientos, las actitudes y la relación entre ellos; ya que es una enfermedad prevenible y tratable con éxito si se detecta a tiempo.

Tiene **interés** personal ya que siendo mujer y encontrándome en un lugar con prevalencias altas estoy en riesgo de contraer dicha enfermedad, me interesa informar a la población a mi alrededor los factores de riesgo y las medidas de prevención adecuadas.

Es **factible** de realizar ya que realicé mi internado de ginecología y obstetricia en el hospital PNP Arequipa, y tengo acceso a las pacientes implicadas en el estudio, y la autorización correspondiente de dicho hospital.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CANCER DE CUELLO UTERINO

2.1.1 Introducción

El cáncer cérvicouterino es una neoplasia muy frecuente. La mayoría de estos cánceres se origina por la infección por el virus del papiloma humano, aunque factores predisponentes en el huésped influyen en la progresión neoplásica después de la infección inicial. Los controles regulares con el examen de Papanicolaou detectan la enfermedad en estadios iniciales en donde el tratamiento tiene mayor porcentaje de curación (3)

En 1967 se introduce el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como un espectro de epitelios escamosos anormales que comprende desde la displasia leve hasta el carcinoma in situ, habiendo entre ellas semejanza suficiente como para concluir que ambas constituyen diferentes estadios de una misma entidad (4). Las anormalidades que caracterizan a la NIC son:

- Las alteraciones afectan sólo el epitelio de superficie, aunque pueden extenderse a las glándulas.
- Pérdida de la estratificación y de la polaridad celular.
- Ausencia de diferenciación y maduración.
- Las células escamosas tienen diferente tamaño y forma, está aumentada la relación núcleo citoplasma.
- Alteraciones del núcleo (hipercromatismo e irregular distribución de la cromatina nuclear).
- Aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales.

Según la intensidad de estas anormalidades, se distinguen tres grados:

- NIC, grado I (displasia leve): Las anormalidades afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio.
- NIC, Grado II (displasia moderada), las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio.
- NIC, Grado III (displasia grave y carcinoma in situ). Las

alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.

En la práctica, la introducción del concepto de NIC supone tratamiento a todas aquellas pacientes en las que se diagnostican algún tipo de la misma. Sin embargo, hay un grupo de ellas que probablemente no evolucionaran a carcinoma invasivo.

En 1985 el Instituto Nacional del Cáncer introdujo una nueva clasificación llamada de Bethesda, en la que se introduce el concepto de lesión intraepitelial escamosa de bajo y de alto grado (3).

- Lesión escamosa intraepitelial (LIE) de bajo grado, comprende epitelios que muestran cambios en su estructura en la células análogos a la displasia leve y la NIC I. Son lesiones que raramente progresan a carcinoma invasor, los serotipos mas comunes encontrados en estas lesiones son los 6 y 11.
- Lesión escamosa intraepitelial (LIE) de alto grado. Comprende epitelios con cambios similares a los descritos en la displasia moderada o grave, o a las características de NIC II y NIC III. Corresponden a estas lesiones las infecciones ocasionadas por los serotipos del virus del papiloma humano 16 y 18, en mayor porcentaje, estas lesiones evolucionaran a cáncer.

Esta clasificación si bien parece ser muy práctica, ya que permite predecir si la lesión evolucionará o no de forma maligna; ocasiona dificultad para diferenciarlas una de otra en algunas veces. Y la calificación de lesión correspondería al bajo grado más no al de alto grado donde se evidencia una clara neoplasia y no solo una lesión(4).

2.1.2 Epidemiología.

Según el Globocan 2012 el cáncer de cuello uterino es la cuarta causa mas común de cáncer en mujeres y la sétima causa de cáncer en general con una estimación de 580 000 casos nuevos en el 2012 (1). El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo. Los lugares con mayores tasas son el África y la región de

la Melanesia. Países con menores tasas son Australia, Nueva Zelanda y el este de Asia. En este mismo año 2012 se estimaron 266 000 muertes por cáncer cervical; nueve de 10 muertes ocurren en los países pobres.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres. En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al período 1968-1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer sabemos que Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, éste último representó el 36.7% de los casos recolectados en Lima(2).

En el Perú, la mediana de edad al inicio de la actividad sexual es 19.1 años (5). Cinco años después de iniciar su actividad sexual, aproximadamente 50% de las mujeres jóvenes ya habrán contraído una infección con cuando menos alguno de los 40 tipos de VPH que infectan predominantemente los órganos genitales (6)

2.1.3 Etiopatogenia.

El cancer de cuello uterino es causado por la infección del virus de papiloma humano; este es un ADN virus epiteliotrófico de la familia de los *Papovaviridae*, que están firmados por una cápside que rodea al genoma; esta cápside proteica tiene forma de icosaedro y contiene una serie de capsómeros que a modo de antígenos le dan especificidad al virus (4). Existen mas de 100 serotipos del virus, de los cuales 35 se encuentran en infecciones anogenitales y tienden a invadir las células

epiteliales del cuello uterino situadas en la zona de transformación, que es la zona más activa en cuanto a replicación celular. No todas las cepas de HPV son oncogénicas. Las cepas oncogénicas más prevalentes entre la población general son la 16 y la 18. Las cepas no oncogénicas de bajo riesgo (como la 6 y la 11) son las causantes de otras patologías no malignas como los condilomas acuminados y lesiones de bajo grado con bajo potencial de malignización (9).

El virus ingresa a la zona de transformación por ser un área susceptible; aquí puede unirse o no al genoma celular del huésped y se une al supresor tumoral P53 trayendo consigo la progresión al cáncer cervicouterino.

2.1.4 Detección selectiva de la neoplasia intraepitelial y el cáncer de cérvix

Zona de Transformación. La neoplasia intraepitelial cervical se desarrolla en la zona de transformación del cervix. Esta zona se encuentra ubicada en la unión de los epitelios cilíndrico del endocervix y escamoso del endocervix, justo por encima del orificio cervical externo del útero. El conocimiento de dicha zona de transformación representa la clave para comprender el método de detección selectiva del cáncer cervical. Bajo la influencia de los estrógenos parte del endocervix se evierte, con lo que el epitelio cilíndrico queda expuesto al medio químico de la vagina superior. El cambio del PH, junto con otros factores, hace que las delicadas células del epitelio cilíndrico se transforme en epitelio escamoso a través de un proceso de metaplasia. La NIC se desarrolla en esta zona de transformación y es de esta área de la que se toman muestras para la citología vaginal o Papanicolaou (7).

2.1.5 Factores de Riesgo.

La mayor incidencia se da en países subdesarrollados, es por ello que ser habitante de uno de estos países viene a ser un factor de riesgo (3). La mayoría de mujeres sexualmente activas tendrán contacto con el HVP en algún momento, no significa ello que desarrollan algún tipo de lesión; ya que intervienen también el estado de la paciente, aumentando la probabilidad del cáncer si se está inmunodeprimido (8). El principal factor de riesgo, vendría a ser el no someterse a controles regulares con pruebas de Papanicolaou siendo esta la diferencia entre las mujeres de países desarrollados y subdesarrollados.

Otros factores de riesgo son los siguientes:

- **Conducta sexual de riesgo:** La edad joven al primer coito, promiscuidad sexual, no utilización de métodos barrera aumentara el riesgo de infección con HVP.

- **Tener como pareja a una “varón de riesgo elevado”:** Pareja promiscuo sexual, no circuncidado y malos hábitos higiénicos.

- **Virales:** En el 85% de los canceres cervicouterinos se encontró infecciones con el VPH. Las cepas oncogénicas 16 causarían el 50 % de los casos, mientras que el serotipo 18 causaria el 15 % de los casos (3).

- **Genéticos:** Estado inmunológico de cada individuo, susceptibilidad genética a la infección.

- **Medio-ambientales** (De mucha importancia porque son los únicos factores de riesgo modificables): tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, inmunosupresión (en especial coinfección de HPV y VIH), coexistencia de otras ITS (Chlamydia trachomatis, VIH etc.).

La vacuna contra el papiloma virus es una vacuna tetravalente recombinante no infecciosa, preparada a partir de partículas similares a proteínas de los virus del papiloma humano tipos 6,11, 16 y 18. Ha demostrado proteger frente a la aparición de lesiones preneoplásicas (CIN 2 y 3) asociadas a los tipos incluidos en la vacuna.

- **Paridad.** Las mujeres con mayor número de partos tendrían más riesgo de poseer la enfermedad, en especial aquellas mujeres con mas de 7 partos tendrían aumentado el riesgo en cuatro veces; las mujeres con uno o dos partos, tendrían el doble de probabilidad de contraer la enfermedad que las nulíparas (3).

2.1.6 Tipos Histológicos del cáncer cervicouterino.

El 85% de los carcinomas son epidermoides mientras que el 10 a 15 % corresponden a los adenocarcinomas, los primeros se originan en el ectocervix y los segundos en el endocervix, siendo este mas difícil de detectar y muestra evidencia clínica de su presencia en estadios avanzados (3).

2.1.7 Clasificación de las lesiones escamosas intraepiteliales (9)

La nomenclatura actual procede de una modificación de la clasificación de Bethesda y habla de LIE (Lesión intraepitelial escamosa), dividiéndolas en:

- LIE de bajo grado: Equivale a la antigua NIC. Son cambios celulares leves provocados generalmente por infecciones autolimitadas del HPV.
- LIE de alto grado : equivale a las antiguas NIC 2 y NIC 3. Son cambios premalignos.
- ASCUS: (células adenoescamosas de significancia incierta): el patólogo ve en el frotis células que no sabe a ciencia cierta si son malignas o no.
- AGC (Células glandulares atípicas): son lesiones originadas en las células glandulares en lugar de en las células escamosas. En la última década está aumentando su incidencia.

Lo más frecuente es que todas estas lesiones sean asintomáticas o subclínicas; si se detectarían con la citología vaginal o Papanicolaou.

2.1.8 Cribado de lesiones premalignas y malignas del cérvix

La Técnica para detección temprana del cáncer cervicouterino es el Papanicolaou, es una técnica, rápida, sencilla, y está al alcance de las pacientes en el Perú. Se debe iniciar el cribado a los 18 años o antes si el inicio de relaciones sexuales es aún mas temprano (4). En mujeres menores de 30 años se aconseja una citología anual. Tras tres citologías anuales negativas puede considerarse su repetición cada 3 años (salvo que existan factores concomitantes de riesgo como ser VIH positivo, promiscuidad sexual, etc.). El grupo diana de este screening son las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 64 años.

La técnica citológica más conocida es el test de Papanicolaou o la citología de triple toma que obtiene muestra citológica de endocérvix, exocérvix y fondos de saco vaginales. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 99%, aunque ésta es menor para lesiones precursoras del adenocarcinoma. Su sistematización como método de cribado ha reducido la mortalidad por cáncer de cérvix en un 50% (9) Los resultados del Papanicolaou se informan según la clasificación de Bethesda.

Una técnica de reciente incorporación al cribado de lesiones cervicales es el test de HPV que mide la presencia o no del virus en las células obtenidas en la citología. El test de HPV tiene un alto valor predictivo negativo, es decir, si la mujer no es portadora de HPV es improbable que vaya a desarrollar una neoplasia cervical. Tanto el Papanicolaou como el test de HPV son técnicas de despistaje y no diagnósticas; El test de Schiller utiliza lugol para la tinción del cuello (son sospechosas las lesiones yodo negativas); la tinción del cuello con ácido acético colora las lesiones de blanco.

2.1.9 Diagnóstico de lesiones de cérvix: colposcopia y Biopsia

Ante frotis de Papanicolaou anormales, están indicadas la colposcopia y biopsia; la primera es una técnica que permite el visionado del cérvix con una lente de gran aumento y toma de biopsia de las zonas sospechosas. Las zonas con lesiones pueden verse a simple vista (mosaicos, punteados basófilos, ulceraciones, leucoplasias etc.); la biopsia por conización permite al patólogo contar con una muestra suficiente para un buen resultado.

Una colposcopia es satisfactoria si se ha conseguido ver la unión escamo-columnar (3)

2.1.10 Estadificación Clínica

La estadificación es clínica y se hace mediante un examen bimanual bajo anestesia, el sistema de estadificación es el que desarrollo la FIGO con ayuda de la OMS. En este sistemas los estadios en etapa temprana corresponderían a las etapas I a II A de la figo. La enfermedad en etapa avanzada corresponden a las etapas IIB y mayores (3).

- Estadio 0	Carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial
- Estadio I	Limitado al cuello
IA	Carcinoma microinvasivo: Carcinoma preclínico que sólo se diagnostica con biopsia.
Ia1	Lesión de menos de 3 mm de invasión en profundidad y 7 mm de longitud (3x7mm).
Ia2	Lesión de 3-5 mm de invasión en profundidad y 7mm de longitud (3-5x 7 mm)
IB	Lesiones mayores de las medidas anteriores
- Estadio II	Extensión más allá del cérvix sin llegar a la pared pélvica y/o vagina sin llegar a 1/3 inferior
IIA	Afecta 2/3 superiores de vagina sin afectar parametrios.
IIB	Afectación de parametrios.
- Estadio III	Llega a la pared pélvica y/o tercio inferior de vagina y/o causa hidronefrosis o anulación funcional de un riñón.
IIIA	Extensión a tercio inferior de vagina.
IIIB	Extensión a pared pélvica, riñón hidronefrótico o no funcionando (secundario a compresión).
- Estadio IV	Sobrepasa la pelvis, o afectación de mucosa rectal o vesical.
IVA	Afectación de órganos vecinos, mucosa rectal o vesical.
IVB	Metástasis a distancia

Tabla Nro. 2 Clasificación del cáncer de cervicouterino FIGO

2.1.11 Clínica.

La enfermedad en etapas tempranas no suele mostrar síntomas, en cambio la enfermedad en etapas tardías puede presentar sangrado genital, en ocasiones flujo similar al agua de lavar carne, también puede haber secreción serosa, purulenta y dolor (8).

Otros síntomas que se pueden encontrar son:

- Sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.
- El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:
 - Inapetencia.
 - Pérdida de peso.
 - Dolor en la pelvis, en las piernas, o en la espalda.
 - Fatiga.
 - Pérdida de apetito.
 - Sangrado muy abundante constante por la vagina.
 - Salida de orina o heces por la vagina.

2.1.12 Exploración física

Gran parte de las mujeres con cáncer de cuello uterino poseen controles de Papanicolaou con resultados negativos y por lo tanto a la exploración ginecológica se encuentran aparentemente sanas. Solo cuando el cáncer está avanzado se pueden encontrar ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores, ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar que podrían indicar metástasis.

En aquellas con sospecha de cáncer cervicouterino debe hacerse una exploración minuciosa de los genitales externos y la vagina, en busca de lesiones concomitantes.

Como se menciona anteriormente el virus del papiloma humano es un factor de riesgo frecuente para el cáncer cervicouterino, vaginal y vulvar.

Es posible que las lesiones se vean como crecimientos exofítico o endofítico; como una masa polipoide, tejido papilar o que el cuello uterino tenga forma de barril; que haya una ulceración cervical o una masa glandular, o como tejido necrótico. También puede haber secreción acuosa, purulenta o sanguinolenta. Es por ello que, el cáncer cervicouterino puede simular la apariencia de distintas enfermedades que incluyen leiomioma, pólipo cervical, sarcoma uterino prolapsado, vaginitis, eversión del cuello uterino, cervicitis, amenaza de aborto, placenta previa, embarazo cervical, condiloma acuminado, úlcera herpética y chancro.

Con la exploración bimanual, se puede encontrar tumoraciones producto de cánceres avanzados, presencia de sangre o pus en las paredes del útero. El médico puede palpar el útero crecido a causa de la invasión y crecimiento tumorales. En casos avanzados también se encontrarán compromiso vaginal; al tacto rectal donde se palpara un tabique rectovaginal grueso, duro e irregular entre los dedos índice y medio. La parte proximal de la pared vaginal posterior es la que se invade más a menudo. Además, durante el examen rectal digital pueden palparse el compromiso parametrial, uterosacro y parietal lateral de la pelvis. Es posible que se invadan uno o ambos parametrios; los tejidos afectados se sienten gruesos, irregulares, firmes y menos móviles. Una masa fija indica la probabilidad de que el tumor se haya extendido a las paredes laterales de la pelvis. Sin embargo, una lesión central puede medir hasta 8 a 10 cm de diámetro antes de llegar a estas paredes laterales (3).

Propagación (9).

- Por contigüidad. Es al vía mas frecuente, llegando primer a vagina, afectando fondos de saco, tercio superior y después su tercio inferior, los parametrios (ligamentos uterosacros y cardinales) y el recto. Si llega a invadirse todo el espacio parametrial, se denomina “pelvis congelada”.
- Vía linfática también frecuentemente.
- Vía hemática en un 5% llegando a pulmones e hígado.

2.1.13 Tratamiento

Un tipo de histerectomía radical, llamada de Wertheim- Meigs comprende la extracción de útero, parametrios y rodete de cúpula vaginal, con linfadenectomía pélvica y paraaórtica; la histerectomía total que no comprende la extracción de la cúpula vaginal por lo que no se realiza en cáncer de cuello uterino.

En estadio 1 A una conización simple puede ser suficiente en mujeres que deseen tener hijos, una histerectomía total con o sin anexectomía dependiendo de la edad.

En estadios 1A2 no se ha demostrado la eficacia del tratamiento conservador por lo que se recomienda una histerectomía radical modificada con linfadenectomía pélvica (3)

En estadios IB y IIA puede hacerse histerectomía radical más linfadenectomía pélvica más radioterapia. En estadio II B no esta indicado el tratamiento quirúrgico mas si se realiza radioterapia externa y endocavitaria. Estadio III y IVA radioterapia y braquiterapia.

2.1.14 Vacuna contra el Papiloma Virus.

La vacuna contra el virus del Papiloma Humano; serotipos 16 y 18 es una vacuna que está indicada para proteger a las mujeres frente a las enfermedades causadas por la infección por el Virus del Papiloma Humano que produce cáncer de cérvix y lesiones cervicales

precancerosas con potencial de convertirse en cáncer. No protege frente a todos los serotipos de VPH pero como se menciona en el presente los serotipos 16 y 18 son responsables de la mayoría de casos de cáncer de cuello uterino. No es infecciosa por lo que no produce enfermedad en las mujeres relacionada al VPH.

La vacuna contra el virus del Papiloma Humano; serotipos 16 y 18 no debe administrarse si la persona que va a ser vacunada es alérgica a la vacuna o posee alguna infección grave con fiebre alta; se debe tener cuidado especial si la persona posee un problema de coagulación o le aparecen hematomas con facilidad o posee alguna enfermedad inmunológica primaria o secundaria.

Como todas las vacunas, puede que la vacuna contra el virus del Papiloma Humano; serotipos 16 y 18 no proteja completamente a todas las personas que se vacunen.

La vacuna contra el virus del Papiloma Humano; serotipos 16 y 18 no protege de las enfermedades causadas por la infección por los tipos 16 ó 18 del VPH si en el momento de la vacunación los sujetos ya están infectados.

Aunque la vacunación puede proteger frente al cáncer de cuello de útero, no es un sustituto de la exploración ginecológica rutinaria del cuello de útero ni del control periódico con el Papanicolaou además de medidas de prevención y de protección.

Respecto a la duración de la protección desde la vacunación, en los estudios clínicos, se ha observado una protección sostenida hasta 6,4 años después de la primera dosis en mujeres de 15 a 25 años de edad. No se ha investigado la necesidad de administrar una dosis de refuerzo. El médico o la enfermera deben administrar la vacuna contra el virus del Papiloma Humano mediante una inyección en el músculo de la parte superior del brazo.

Esquema de vacunación:

- Primera inyección: en la fecha elegida
- Segunda inyección: 1 mes después de la primera inyección

- Tercera inyección: 6 meses después de la primera inyección

Una vez administrada la primera dosis de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano; serotipos 16 y 18 se recomienda que se utilice la misma vacuna (y no otro tipo de vacuna frente al VPH) para completar el esquema de vacunación de 3 dosis.

Vacuna Recombinante Tetravalente contra el Virus de Papiloma Humano (Tipos 6, 11, 16, 18):

Esquema:

- Primera dosis: en la fecha elegida
- Segunda dosis: 2 meses después de la primera dosis
- Tercera dosis: 6 meses después de la primera dosis

La vacuna requiere refrigeración y un profesional de la salud para aplicación de la vacuna.

2.2 CONOCIMIENTOS:

2.2.1 Noción de Conocimiento

Existen múltiples definiciones de conocimiento; los diccionarios presentan una amplia diversidad de significados, respecto de la palabra conocimiento:

- La simple enunciación que lo entiende como “acción y efecto de conocer” (10).
 - Una concepción espiritual lo define como cada una de las aptitudes que tiene el alma de percibir, por medio de determinados órganos corporales, las impresiones de los objetos externos”(11);
 - Una definición científica: producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas, sobre las que se sabe, o que están contenidas en la ciencia” (12).
 - Creencia cierta y justificada;
 - Obtención de información acerca de un objeto, para dar a conocer una noticia al respecto;
 - Mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer”
- Por su carácter utilitario, este último aspecto, sirve como marco para

incorporar al conocimiento, nuevas experiencias e información. Se toma también como pretexto para indicar, que el conocimiento sólo es útil para la acción. Sin embargo, el sentido más amplio, se refiere a cualquier tipo de conocimiento.

En consecuencia, el término conocimiento se puede comprender, como toda actividad o juicio, que de manera explícita o implícita, lleve consigo cierta información. De este modo, entran en la categoría de conocimiento, los descubrimientos científicos, los postulados filosóficos, las habilidades del conductor, las técnicas del profesional, el virtuosismo para manejar objetos, etc., pues en estas situaciones, existe una creencia informativa que sirve de base; es decir, hay conocimientos (13).

Como puede deducirse de la definiciones anteriores, el conocer, no puede definirse de modo estricto; en consecuencia, habría que remitirse a la epistemología, para obtener un panorama más amplio, en relación con el conocimiento.

2.2.2 Condiciones del conocimiento

¿Qué condiciones debe cumplir ese fenómeno denominado conocimiento con estructura trimembre sujeto–objeto–representación, para que realmente sea un conocimiento?

Filosóficas. Pedro Chávez, reseña que son tres las condiciones: creencia, validez y evidencia.

Para que en el sujeto haya conocimiento, es indispensable que en él se dé la situación subjetiva de creencia. La persona debe creer en la certeza de lo que piensa o de lo que afirma. Hay que recordar que la creencia se considera como un estado o una disposición potencial, que permite al sujeto, actuar en cierta forma, cuando se presenta la ocasión adecuada.

No basta con que el sujeto tenga la creencia de que existe veracidad en su conocimiento. Se hace indispensable, además, que dicho conocimiento sea realmente comprobable. Chávez cuenta que para Bertrand Russell, es claro que el conocimiento es una subclase de

creencias que pueden calificarse de verdaderas.

La evidencia, consiste en la claridad de la veracidad. De igual modo, se puede decir, que se constituye en la visibilidad de la veracidad. Cuando algo es visible, lo es para un sujeto. Se constituye en una “verdad” para alguien, cuando ese alguien puede “verla”. La evidencia, en sentido escrito, no es una condición que deba cumplir el conocimiento, sino una circunstancia que necesita el sujeto para estar seguro de su conocimiento.

El conocimiento se halla inmerso en un ambiente histórico social y, en consecuencia, tiene que recibir su influencia. El ser humano nace en determinado tiempo y lugar; en consecuencia, su aprendizaje y su conocimiento se encuentran condicionados por la cultura de la sociedad a la cual pertenezca. A su vez, el hombre influye, en menor o mayor grado, en su sociedad, en otros hombres y en su entorno natural y artificial. De ahí que cuando se habla de influencia de las condiciones históricas sociales, sobre el conocimiento, se enuncia una verdad incompleta. La influencia entre conocimiento y sus condiciones es recíproca

2.2.3 El conocimiento cotidiano, frente al conocimiento científico

El conocimiento tiene varias clasificaciones para su mejor explicación.

El conocimiento puede ser implícito o explícito de acuerdo a si es fácilmente representable y ser visto fácilmente por las personas; es implícito o tácito cuando se muestra difícilmente a las personas; el primero es claramente más fácil de imitar.

El conocimiento puede ser personal o colectivo; personal cuando reside en una persona, cada ser humano asimila de forma diferente la información del medio; así la información acerca del cáncer de cuello uterino es tomada por las mujeres de diferente forma según su cultura, religión, etc. este conocimiento es incorporado a su patrimonio personal. El conocimiento colectivo va de la mano con la cultura, naturaleza y la sociedad donde se desarrolla el individuo.

Otra clasificación toma en cuenta el nivel de profundidad que alcanza el sujeto frente al conocimiento; así puede ser popular, científico y de divulgación. El conocimiento popular, denominado también cotidiano o vulgar forma parte de culturas determinadas, tiene la característica de que ha permanecido en el tiempo, no tiene orígenes determinados, y se hereda de generación en generación; se aprende y se aplica de forma rápida y segura y sin cuestionamiento de su origen. Se posee sin buscarlo, ni estudiarlo, sin método de aplicación, tampoco es crítico, sin embargo puede usarse de manera inmediata. El conocimiento científico se utiliza para hallar causas y orígenes de las cosas o problemas; se obtiene con la aplicación del método científico; utiliza la observación, la aplicación de prácticas, necesita ser comprobado científicamente, va más allá de lo cotidiano a buscar soluciones a problemas y orígenes de los fenómenos. El conocimiento de divulgación es el conocimiento científico que ha sido comprobado, estudiado y discutido por otros; por lo tanto se publica en revistas, libros y se utiliza para mejores investigaciones.

2.3 ACTITUDES

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y que relativamente permanece (14).

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".

Las actitudes son aprendidas por lo tanto, se diferencian de motivos biológicos y sociales como el hambre y la sed que no se aprenden. Tienden a permanecer sin cambios, dirigidas hacia algún objeto o idea.

Las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera de manera favorable o desfavorable hacia algo. Están integradas por las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones

emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Generalmente las actitudes estarán de acuerdo con las conductas; habrá ocasiones en que esto no suceda; a esto se le llama disonancia cognitiva.

Otras definiciones:

FAZIO (1992): La definen como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social...) hacia el que dirigir nuestra actitud (OBJETO ACTITUDINAL).

F. H. ALPORT: “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden”.

R. H. FAZIO Y D. R. ROSKS EWOLDSEN: “Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos”.

2.3.1 Naturaleza de las actitudes y sus componentes

Las actitudes poseen componentes, y pueden tener más de un componente; pueden ser por ejemplo componentes afectivos como la expresión de los sentimientos. Las actitudes sociales se expresan con la compatibilidad o no a los objetos sociales. Esta compatibilidad forma los valores que determinan si estamos actuando de manera favorable o desfavorable cuando nos enfrentamos a las diferentes situaciones (15)

2.3.2 Componentes de la actitud

- **Componente cognoscitivo:** es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto ante el cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Se forma por las creencias y percepciones hacia

un objeto; y la información que tenemos acerca de él. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, estas pueden ser positivas o negativas.
- **Componente conductual:** son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

2.3.3 Medición de la actitud

Las actitudes no pueden observarse, se valoran por medio de escalas:

1. Thurstone (1928)
2. Likert (1932)
3. Osgood (diferencial semántico)

LIKERT (1932)

Parte de los supuestos de Thurstone.

La escala de Likert es más simple en su construcción y su validación. Evitar que puedan interpretarse de más de una forma: claros, frases simples y sin complejidades; lenguaje directo y muy comprensible para la muestra; utiliza frases cortas. Se utiliza un único concepto. Hay que evitar los enunciados que puedan ser aceptados o rechazados por prácticamente todos, ya que no discriminan y no aportan información sobre la actitud de la muestra. Se debe evitar los

irrelevantes para el objeto de estudio porque desconcentran, obligan a reconcentrarse y pueden provocar ruidos o interferencias.

Recomienda que la mitad de los enunciados estén a favor y la otra en contra y que se entremezclen: para evitar que se responda por inercia.

Recomienda que existan números similares de enunciados de los 3 componentes. Si de alguno ha de haber más ítems, que sea del afectivo.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.

Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

Totalmente de acuerdo

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 AMBITO LOCAL

3.1.1 Autor: Amanda Vigo Luna

Titulo: “Conocimientos y Actitudes hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al consultorio externo de colposcopia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2007”

Resumen: El carcinoma cervical invasivo es una enfermedad prevenible que afecta con mayor frecuencia a los países en desarrollo. En la presente investigación se determinó el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al consultorio exteno de colposcopia.

El estudio observacional, prospectivo, transversal, se realiz en el consultorio de colposcopia del Hospital Goyeneche, durante el mes de febrero, se entrevistó a 385 usuarias mediante la aplicación de un instrumento con una parte de conocimientos y otra de actitudes.

Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino fue insuficiente con un 45,7%, seguido de regular con 33.5% y una puntuación promedio de 11. El 66.2% de las usuarias tiene una actitud ambivalente hacia el cáncer de cuello uterino, y el 28.3 tiene una actitud favorable. Finalmente las actitudes y los conocimientos no parecen estar relacionados entre si, se puede tener cualquier conocimiento del cáncer de cuello uterino pero la actitud no se verá influenciada por el mismo.

Se concluye que el niel de conocimientos fue en su mayoría deficiente a regular con una actitud ambivalente hacia el cáncer de cuello uterino.

3.1.2 Autor: Ojeda Torres, Glenny

Titulo: Conocimiento y actitud sobre la vacuna contra el Papiloma Virus Humano en usuarias del hospital III Yanahuara. ESSALUD de Arequipa 2010

Objetivos: Determinar la asociación entre conocimientos y actitud

sobre la vacuna contra el virus papiloma humano que tienen las usuarias del hospital III Yanahuara EsSalud de Arequipa 2010.

Materiales y Metodos: El estudio descriptivo, transversal y se realizó en consultorios externos de pediatría del Hospital III Yanahuara de Arequipa, durante los meses de diciembre a marzo, se entrevistó a 135 usuarias mediante la aplicación de un instrumento validado conteniendo tanto preguntas sobre conocimientos como de actitudes.

Resultados: Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento acerca de la vacuna contra el papiloma virus humano fue regular con un 74.1%, seguido de un conocimiento bueno o alto en un 22.2%. El 73.3% tienen una actitud favorable con respecto de la vacunación, mientras 25.9% muestra una actitud ambivalente. Finalmente 53.3% de las pacientes con nivel de conocimiento intermedio presentaron una actitud favorable frente a dicha vacuna demostrando que hay una relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: Se concluye que el nivel de conocimiento sobre la vacuna contra el papiloma virus humano en madres encuestadas fue en su mayoría regular, a pesar de ello mostraron una actitud favorable frente a dicha vacuna, además se vio que la actitud depende del nivel de conocimiento que puedan tener las usuarias

3.2 AMBITO INTERNACIONAL

Autor: Christian Adrián López-Castillo,^{1*} Manuel Alejandro Calderón,² María Mercedes González de S.2

Titulo: 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

1 Asistente de Investigación, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia.

Titulo: 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

Resumen:

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. 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 SIS BEN 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. Palabras Clave: cáncer; utero; citología; epidemiología; Colombia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud que toman hacia el cáncer de cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014
2. Determinar el nivel conocimientos que tienen sobre el cáncer de cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014
3. Determinar que actitud toman frente al cáncer de cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014

5. HIPÓTESIS

Dado que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad común en nuestro medio, y se vienen dando campañas de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno acerca de la enfermedad, es posible que pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014, tengan nivel de conocimientos aceptables y estos tengan relación con actitudes positivas frente a dicha enfermedad.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a) DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipificación del estudio: El presente es un estudio es de tipo Observacional, prospectivo, y transversal según Douglas Altman.

b) TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnicas: Encuesta

Instrumentos: Ficha de recolección con tres partes

- a. Datos generales
- b. Conocimientos
- c. Actitudes

Materiales de verificación: Fichas de investigación, material de escritorio

c) CAMPO DE VERIFICACIÓN:

Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el hospital PNP Arequipa.

3.1 Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural en los meses de abril a junio del 2014.

3.2 Unidades de estudio: Pacientes que acuden al consultorio de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa

UNIVERSO. Todas las pacientes que acuden a consulta de ginecología y obstetricia del hospital de policía de Arequipa en el año 2014

MUESTRA

Las pacientes serán captadas en los consultorios de ginecología y obstetricia del Hospital PNP, el numero de pacientes encuestadas se encontrará con la formula para correlación de variables numéricas.

$$n = \left[\frac{Z\alpha + Z\beta}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

De donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95 % = 1,96

Z β = Coeficiente de confiabilidad para potencia del 80 % = 0,84

r = Coeficiente de correlación esperado = 0.30

De donde n = 84.84 \approx 85 pacientes

Considerando una potencial pérdida de casos, se tomará una muestra de 100 pacientes.

d) ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.1 Organización. Se solicitará al Hospital de policía y jefe del servicio de ginecología y obstetricia el permiso respectivo para realizar la investigación

Se contactará a las pacientes que acudan a los consultorios de ginecología y obstétrica, se les explicara el motivo de estudio y llenado de la ficha de recolección de datos.

4.2 Recursos.

Humanos: Investigadora, asesor, encuestadores

Materiales: Fichas de recolección de datos, material de escritorio, computadora personal

4.3 Validación de los instrumentos.

Se realizará una validación de contenido con ayuda de un experto en el tema (tutor); la validación de constructo se revisará con el experto y con apoyo de un lingüista para verificar que las preguntas sean completamente comprendidas, luego de realizado un piloto, además se realizará una validación predictiva para establecer la

consistencia del instrumento a través del coeficiente de Cronbach, y para delimitar los puntos de corte para niveles de conocimiento y actitudes.

4.4 Criterios o estrategias para el manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Se compararán variables categóricas entre grupos mediante prueba chi cuadrado. La asociación de variables categóricas ordinales (conocimientos y actitudes) se valorará con la prueba de asociación de Spearman, y la correlación de los puntajes numéricos de ambas escalas se correlacionarán con el coeficiente de Pearson. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TAREAS	Duración en Dias	Duración	
		Inicio	Fin
Elección de tema	15 días	25-ENE	10-FEB
revisión bibliográfica	32 días	11-FEF	14 MAR
Aprobación del proyecto	10 días	17-MAR	27-MAR
Ejecución	18 días	06- ABR	24 ABR
Análisis e interpretación	10 días	10 - JUN	20 -JUN
Revisión critica por los jurados	10 días	21- JUN	02- JUL
TOTAL	95 días		

Anexo 3

Matriz de sistematización de información

N°	Edad	Instrucción	Ocupación	E Civil	Beneficio	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1	39	Universidad	Ama de casa	Casada	Ninguno	1	1	1	1	1	0
2	45	Universidad	Profesional	Casada	Civil	1	1	1	1	1	1
3	51	Tecnico	Profesional	Casada	Conyuge	1	1	0	1	1	1
4	21	Tecnico	Soltera	Soltera	-	0	1	1	1	1	1
5	30	Tecnico	Tecnica	Soltera	-	1	1	1	1	1	1
6	44	Secundaria	Tecnica	Casada	SOT2	1	1	0	1	1	1
7	50	Universidad	Tecnica	Casada	SOT1	1	1	0	1	1	1
8	46	Secundaria	Ama de casa	Casada	Conyuge	1	1	1	1	1	1
9	32	Secundaria	PNP	Casada	SO1	1	1	1	0	1	0
10	48	Primaria	Otro	Casada	Conyuge	1	1	1	0	1	1

Var 0.1 0.233333333 0.177777778 0 0.177777778 0.177777778

Alfa de Cronbach

$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$	<table border="1"> <tr> <td>Conocimiento</td> <td>Actitud</td> </tr> <tr> <td>-0.38</td> <td>0.63</td> </tr> </table>	Conocimiento	Actitud	-0.38	0.63
Conocimiento	Actitud				
-0.38	0.63				
$\alpha =$ Alfa de Cronbach					
$K =$ Número de ítems					
$V_i =$ Varianza de cada ítem					
$V_t =$ Varianza total					

$K =$ 10
 $EVI =$ 2.10
 $V_t =$ 35.34

C7	C8	C9	C10	C11	C12	Puntaje C	Act1	Act2	Act3	Act4	Act5
1	1	1	0	0	0	0	7	5	4	2	2
1	1	1	1	1	0	0	10	1	4	1	2
1	1	1	0	1	0	1	8	2	5	2	2
0	0	0	0	1	1	0	7	5	5	1	2
1	1	1	1	0	0	0	9	5	5	1	1
1	1	1	1	1	0	1	10	2	4	2	4
1	1	1	0	1	1	1	10	4	4	1	2
1	1	1	0	1	0	1	10	5	3	1	5
1	1	1	1	1	1	0	8	3	3	1	1
1	0	0	1	1	0	0	8	5	5	1	2

0.1 0.177777778 0.277777778 0.177777778 0.233333333 0.266666667 1.566666667 2.455555556 0.622222222 0.233333333 1.566666667 0.844444444

Act6	Act7	Act8	Act9	Act10	Act11	Act12	Act13	Act14	Puntaje Act
5	2	2	5	5	2	3	2	5	46
1	4	1	4	5	1	1	1	4	33
5	4	2	4	5	1	1	2	4	44
5	5	1	4	3	4	1	2	4	46
5	5	1	4	5	4	4	4	4	52
4	2	1	4	4	2	2	2	4	41
5	4	2	4	5	1	3	2	4	45
5	5	5	5	5	1	2	3	4	54
5	5	1	5	5	1	1	1	5	40
5	5	1	4	3	4	1	2	4	46

1.611111111 1.433333333 1.566666667 0.233333333 0.722222222 1.877777778 1.211111111 0.766666667 0.177777778 35.34444444

N°	Edad	Instrucción	Ocupación	E Civil	Beneficio	C2	C3	C5	C6	C7	Var
1	39	Universidad	Ama de casa	Casada	Ninguno		2	2	0	2	0.40
2	45	Universidad	Profesional	Casada	Civil		2	2	2	2	0.71
3	51	Tecnico	Profesional	Casada	Conyuge		0	2	2	0	0.71
4	21	Tecnico	Soltera	Soltera	-		2	2	2	2	0.71
5	30	Tecnico	Tecnica	Soltera	-		2	2	2	2	0.71
6	44	Secundaria	Tecnica	Casada	SOT2		0	2	2	2	0.71
7	50	Universidad	Tecnica	Casada	SOT1		0	2	2	2	0.71
8	46	Secundaria	Ama de casa	Casada	Conyuge		2	2	2	2	0.71
9	32	Secundaria	PNP	Casada	SO1		2	0	0	0	0.71
10	48	Primaria	Otro	Casada	Conyuge		2	0	2	2	0.40

Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Conocimiento	Actitud
-0.61	0.63

α = Alfa de Cronbach

K = Número de ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = Varianza total

K = 10
 EVI = 8.00
 Vt = 5.16
 10
 15.32
 35.34

C8	C9	C10	C11	C12	Puntaje C	Act1	Act2	Act3	Act4	Act5
2	0	0	0	0	0	10	5	4	2	2
2	2	2	2	0	0	16	1	4	1	2
2	0	2	2	0	2	12	2	5	2	2
0	0	2	2	2	0	12	5	5	1	2
2	2	2	0	0	0	14	5	5	1	1
2	2	2	2	0	2	16	2	4	2	4
2	0	2	2	2	2	16	4	4	1	4
2	0	2	2	0	2	16	5	3	1	5
2	2	2	2	2	0	12	3	3	1	1
0	2	2	2	0	0	12	5	5	1	2
0.71	1.11	0.71	0.93	1.07	5.16	2.46	0.62	0.23	1.57	0.84

Act6	Act7	Act8	Act9	Act10	Act11	Act12	Act13	Act14	Puntaje Act
5	2	2	5	5	2	3	2	5	46
1	4	1	4	5	1	1	1	4	33
5	4	2	4	5	1	1	2	4	44
5	5	1	4	3	4	1	2	4	46
5	5	1	4	5	4	4	4	4	52
4	2	1	4	4	2	2	2	4	41
5	4	2	4	5	1	3	2	4	45
5	5	5	5	5	1	2	3	4	54
5	5	1	5	5	1	1	1	5	40
5	5	1	4	3	4	1	2	4	46
1.61	1.43	1.57	0.23	0.72	1.88	1.21	0.77	0.18	35.34

N°	Edad	Instrucción	Ocupación	E Civil	Beneficio	C1 Anulada	C2	C3	C4 Anulada	C5	C6
1	55	Universidad	Profesional	Casada	Coronel	-	-	4	3	-	1
2	52	Universidad	Ama de casa	Casada	Conyuge	-	-	4	3	-	1
3	25	Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	-	-	4	3	-	1
4	26	tecnico	Tecnica	Casada	Hijo	-	-	4	3	-	3
5	50	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	-	-	4	3	-	1
6	25	tecnico	Tecnica	conviviente	conyuge	-	-	4	3	-	2
7	27	Universidad	Profesional	Casada	conyuge	-	-	4	3	-	1
8	33	tecnico	tecnica	Soltera	Hijo	-	-	3	4	-	3
9	45	Universidad	Profesional	Casada	-	4	4	1	3	1	1
10	46	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	4	3	1	1
11	48	Primaria	Otro	Casada	conyuge	4	4	4	2	1	1
12	32	Secundaria	PNP	Casada	SO1	4	4	4	2	1	5
13	64	Primaria	-	Casada	-	4	4	3	2	2	5
14	65	tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	3	2	2	5
15	25	Secundaria	estudiante	Soltera	Hijo	4	4	1	3	1	1
16	52	Secundaria	Ama de casa	Casada	Madre	4	4	1	3	1	1
17	31	Universidad	Profesional	Casada	SO1	4	4	1	3	1	1
18	19	Secundaria	-	Soltera	Alumno	4	4	5	3	1	1
19	17	tecnico	estudiante	Soltera	Alumno	5	5	4	3	1	1
20	53	tecnico	Ama de casa	Viuda	conyuge	4	4	0	3	1	1
21	19	Primaria	estudiante	Soltera	Alumno	4	4	2	2	1	3
22	41	Universidad	tecnica	conviviente	conyuge	4	4	1	3	1	1
23	42	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	5	5	1	2	1	1
24	37	Universidad	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	1	3	1	1
25	21	tecnico	Profesional	Soltera	Alumno	5	5	4	3	1	1
26	22	tecnico	tecnica	Soltera	Alumno	4	4	4	2	1	1
27	46	Primaria	Ama de casa	Casada	conyuge	5	5	4	3	1	1
28	33	Universidad	Profesional	Casada	conyuge	4	4	4	2	1	1
29	38	Secundaria	Ama de casa	conviviente	conyuge	4	4	5	3	1	1
30	41	Universidad	Profesional	Casada	conyuge	4	4	1	3	1	3
31	32	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	1	3	1	1
32	27	Universidad	tecnica	conviviente	conyuge	4	4	1	3	1	3
33	29	Universidad	Profesional	Casada	conyuge	5	5	5	3	1	1

34	21 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	5	1	3	1	1	2
35	43 Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	3	1	1	2
36	23 Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	4	1	3	1	1	2
37	26 Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	4	1	3	1	1	2
38	26 tecnico	tecnica	conviviente	SO3	4	1	3	1	1	2
39	50 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	3	1	1	2
40	33 Universidad	Profesional	Soltera	SO1	4	4	3	1	1	2
41	30 tecnico	Ama de casa	conviviente	conyuge	4	2	3	1	1	2
42	56 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	5	4	3	1	1	2
43	39 Universidad	Profesional	Casada	Civil	4	4	3	1	3	2
44	45 Universidad	Profesional	Casada	Civil	4	4	3	1	1	2
45	51 tecnico	tecnica	Casada	conyuge	4	3	3	1	1	5
46	21 tecnico	tecnica	Soltera	-	5	4	3	1	1	2
47	30 tecnico	tecnica	Soltera	-	4	4	3	1	1	2
48	45 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	4	1	3	1	1	2
49	57 Secundaria	Ama de casa	conviviente	Civil	4	4	3	1	3	2
50	51 tecnico	tecnica	Soltera	Civil	4	4	3	1	1	2
51	26 tecnico	tecnica	Soltera	capitan	4	1	3	1	1	2
52	68 Primaria	Ama de casa	Casada	conyuge	1	0	0	0	0	0
53	28 Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	4	5	2	1	5	5
54	35 Universidad	tecnica	Casada	Teneinte	4	5	3	1	5	2
55	41 Universidad	Ama de casa	Casada	conyuge	4	1	3	1	1	2
56	44 Universidad	Profesional	Casada	conyuge	4	3	3	1	1	5
57	41 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	4	4	3	1	5	2
58	18 Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	4	1	3	1	1	2
59	20 Universidad	estudiante	Soltera	Alumno	4	1	3	1	1	2
60	17 Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	4	5	3	1	1	2
61	21 tecnico	tecnica	Soltera	Alumno	4	1	3	1	1	2
62	19 Secundaria	tecnica	Soltera	Alumno	4	2	3	1	1	2
63	36 Primaria	Ama de casa	Casada	conyuge	1	1	3	1	1	2
64	71 Primaria	Ama de casa	Casada	Madre	4	1	3	1	0	2
65	36 tecnico	Ama de casa	Casada	conyuge	4	1	3	1	1	2
66	20 Universidad	Ama de casa	Soltera	Hijo	4	4	3	1	3	5
67	62 Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	5	1	3	1	1	2

68	59	Universidad	Profesional	Viuda	conyuge	4	3	1	3	5
69	58	Primaria	Ama de casa	Casada	Madre	5	3	1	1	1
70	50	tecnico	tecnica	Casada	conyuge	4	3	2	2	2
71	35	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	3	1	0	2
72	33	tecnico	tecnica	conviviente	SO1	4	3	1	3	2
73	44	Secundaria	tecnica	Casada	SOT2	4	3	1	3	2
74	50	Universidad	Profesional	Casada	SOT1	4	3	1	1	2
75	31	tecnico	tecnica	Soltera	Hijo	4	2	1	3	3
76	39	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	3	1	2	3
77	25	Universidad	Profesional	conviviente	conyuge	4	3	1	1	2
78	19	Universidad	estudiante	Soltera	Hijo	4	4	2	3	4
79	44	tecnico	tecnica	Casada	SO1	4	3	1	3	2
80	22	Universidad	estudiante	Soltera	Hijo	4	3	1	3	2
81	21	tecnico	tecnica	conviviente	SOT1	2	2	3	5	3
82	19	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	4	2	1	3	4
83	29	Secundaria	Ama de casa	conviviente	conyuge	1	2	2	2	3
84	25	Secundaria	tecnica	Soltera	SOT1	4	3	1	5	4
85	28	Secundaria	tecnica	Soltera	SO3	4	3	1	1	5
86	34	Secundaria	Ama de casa	Casada	conyuge	4	3	2	1	1
87	31	tecnico	Profesional	conviviente	SO1	4	3	1	1	2
88	23	Universidad	Profesional	Casada	conyuge	4	3	1	1	2
89	33	tecnico	tecnica	conviviente	conyuge	4	3	1	1	2
90	38	tecnico	tecnica	conviviente	conyuge	4	2	1	3	1
91	23	Universidad	Profesional	Soltera	SO2	4	3	1	1	2

C7	C8	C9	C10	C11	C12	Puntaje C	Act1	Act2	Act3	Act4	Act5
5	3	4	4	4	1	31	1	1	1	5	5
5	3	5	4	2	3	32	1	1	2	5	5
5	3	5	4	2	3	32	1	1	2	5	5
5	3	1	4	3	1	32	1	1	1	5	2
4	3	2	4	4	3	29	2	2	3	3	3
1	2	1	4	2	2	23	1	1	2	3	4
1	4	4	2	4	4	32	1	1	2	3	3
1	3	4	4	4	5	30	1	1	2	3	4
5	3	4	4	4	1	30	1	1	1	5	3
5	0	0	4	4	1	26	1	1	3	5	1
5	1	5	1	4	4	34	1	1	1	1	1
5	0	5	4	4	4	38	3	3	3	5	5
2	3	2	2	1	2	31	1	1	1	3	1
2	4	2	2	1	2	32	1	1	1	3	1
5	3	5	4	2	1	35	1	1	2	5	2
5	3	5	2	2	1	30	1	1	2	5	1
5	3	2	0	4	3	29	2	2	1	5	4
5	3	5	5	1	1	33	1	1	2	4	4
5	3	4	4	1	1	34	2	2	2	2	2
5	1	0	0	0	0	17	1	1	1	1	1
5	3	4	4	4	3	38	1	1	2	1	2
5	3	5	4	4	1	34	1	1	1	5	5
1	5	1	2	4	4	30	1	1	1	1	1
5	3	4	4	0	1	29	1	1	1	5	4
5	3	1	1	4	4	35	1	1	1	2	2
5	3	2	4	2	4	36	1	1	1	4	1
5	3	2	2	4	3	36	1	1	1	4	1
5	3	2	4	4	1	38	1	1	1	1	1
5	2	5	5	4	1	35	1	1	1	5	1
1	5	2	2	3	1	32	1	1	1	4	1
5	3	5	5	4	5	40	1	1	1	5	4
5	3	0	0	4	3	33	1	1	2	5	1
5	3	3	5	5	3	41	1	1	2	4	2
5	3	3	5	4	1	33	1	1	1	4	3

1 2 3 2 3 2 2 5 4 3 4 3 2 3 2 5 2 2 3 1 3 1 2 1
5 4 5 4 5 2 4 2 5 4 4 4 4 4 4 3 3 3 4 5 4 3 4 5 4
5 4 2 4 4 4 5 4 3 2 4 1 4 3 3 4 3 3 2 1 5 4 4 2
2 2 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 1 2 2 1
1 2 1 1 1 4 2 2 1 1 2 1 2 2 1 2 2 1 1 2 1 1 1
41 32 28 37 36 37 36 35 40 32 38 33 34 34 33 30 39 27 29 30 37 32 14 33
3 1 2 1 1 1 1 4 3 1 1 3 1 1 1 3 1 1 1 3 0 1 0 4
3 5 0 5 4 3 4 5 5 1 4 1 4 2 3 5 4 1 1 2 5 2 0 2
4 1 4 4 4 4 4 2 4 2 2 2 4 3 2 4 2 1 2 4 4 5 0 4
4 2 0 5 4 5 3 1 2 5 4 5 5 4 4 0 4 1 2 2 5 4 0 0
3 5 5 3 0 3 3 1 3 3 4 3 3 3 3 3 3 3 3 2 3 3 0 3
5 5 2 5 5 5 5 5 5 5 1 5 5 5 5 5 1 3 5 5 5 5 5 2 5

Act6	Act7	Act8	Act9	Act10	Act11	Act12	Act13	Act14	Puntaje Act
1	4	5	2	1	4	4	5	2	42
1	2	5	1	1	5	5	5	1	43
1	2	5	1	1	5	5	5	1	43
1	1	5	2	2	3	2	4	2	33
2	3	4	3	4	4	4	2	3	42
2	3	5	5	2	4	2	3	2	40
2	2	2	3	2	4	4	5	5	41
2	3	3	4	2	4	4	3	2	41
1	1	5	2	1	4	4	5	1	36
1	1	1	1	1	5	4	3	2	30
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1	1	5	1	1	5	5	5	1	44
1	3	3	3	1	3	3	1	1	26
3	3	3	3	1	3	3	1	1	28
1	2	5	2	1	4	4	4	1	39
1	4	4	3	1	4	4	4	2	41
1	2	5	2	1	5	5	5	4	47
1	1	4	2	1	5	5	4	1	37
1	1	5	3	1	3	3	3	2	34
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
3	2	2	1	2	1	3	1	5	31
1	2	5	2	1	5	5	5	1	41
1	1	2	1	1	2	3	4	2	23
1	3	4	2	1	5	5	5	2	41
1	1	1	2	1	5	4	5	4	33
1	1	4	1	4	3	4	1	1	31
1	1	4	4	1	5	5	5	1	36
1	1	5	2	1	1	5	1	1	27
2	2	2	4	2	4	4	4	2	40
1	1	5	1	1	5	5	1	2	31
1	2	4	3	1	4	4	5	4	42
1	1	5	2	1	5	5	5	2	39
1	3	4	2	1	5	5	5	1	39

2	2	5	3	2	3	5	2	2	2	40
1	1	4	4	1	4	4	1	2	1	40
2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	41
2	2	1	1	2	1	5	2	2	2	39
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	43
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	38
2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	37
5	1	4	1	1	1	4	1	1	1	40
1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	40
5	5	2	2	1	2	5	2	1	1	37
1	1	5	2	2	2	5	2	2	2	51
1	1	3	2	1	2	5	2	2	2	39
1	1	5	2	3	2	5	2	2	2	38
1	1	5	2	1	2	2	2	2	2	32
1	1	5	2	1	2	2	2	2	2	0
2	4	5	2	4	2	5	2	2	2	45
2	2	5	2	2	2	5	2	2	2	41
1	1	1	4	1	4	4	1	1	1	32
2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	39
2	2	5	2	2	2	4	2	2	2	41
1	1	5	1	5	1	1	1	5	5	42
1	1	5	1	3	1	2	2	5	1	37
2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	0
5	5	1	1	5	4	4	2	4	2	38
5	5	2	2	2	4	4	2	5	2	44
1	1	4	3	1	2	2	2	5	2	43
1	1	5	3	1	3	5	1	5	1	36
1	1	5	3	1	3	5	1	5	3	43
5	5	4	1	1	3	5	3	5	3	43
2	2	2	4	2	4	4	2	4	2	44
1	1	4	2	1	1	2	2	4	2	34
3	2	4	2	1	2	2	2	4	2	33
3	2	4	3	3	3	2	2	4	3	43
2	2	2	2	1	3	5	1	4	1	38

42
39
39
40
36
43
39
41
43
36
41
33
37
37
39
45
38
40
39
34
33
33
47
27

5
2
2
2
2
2
2
3
4
1
3
2
1
3
3
3
3
3
2
1
2
1
1
4
1

5
4
5
5
5
4
4
3
4
1
3
2
5
3
2
3
3
2
2
4
1
1
4
4
4

1
4
5
2
5
4
3
4
4
5
3
4
1
2
4
4
4
4
4
4
4
3
5
4
4

1
2
4
4
4
4
5
4
4
2
3
2
4
1
4
4
3
4
2
5
3
4
3
3
2

5
4
1
2
1
2
1
1
2
3
1
3
2
2
2
2
1
3
3
1
2
2
2
5
1

1
2
2
2
2
2
2
2
2
5
3
4
2
3
3
2
2
5
5
5
5
3
1
4
4
2

4
4
5
5
1
5
4
4
4
4
5
4
4
4
4
5
4
5
3
5
4
2
4
4
2

5
2
1
4
1
4
2
3
2
1
3
1
2
1
3
3
3
2
1
1
1
1
1
3
1

1
1
2
2
1
2
1
2
2
1
2
1
2
4
2
4
2
2
2
1
1
1
1
2
1

Cuenta de Instru	Catactitud		
Nivel	Indiferente	Positiva	Total general
Bueno	9	13	22
Deficiente	32	9	41
Regular	7	30	37
Total general	48	52	100

N°	Edad	Cat edad	Instrucción	Ocupación	E Civil	Beneficio	C2	C3	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	Puntaje C
1	55	50-59 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	d	1	1	1	18
2	52	50-59 a	Universidad	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	16
3	25	20-29 a	Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	16
4	26	20-29 a	Técnico	Técnica	Casada	Hijo	1	1	c	e	1	1	a	c	1	1	12
5	50	50-59 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	a	d	1	b	1	1	c	12
6	25	20-29 a	Técnico	Profesional	conviviente	Cónyuge	1	1	b	1	a	b	a	b	1	b	8
7	27	20-29 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	1	1	1	d	a	d	1	1	b	d	10
8	33	30-39 a	Técnico	técnica	Soltera	Hijo	c	d	c	1	a	1	d	1	a	e	6
9	45	40-49 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	d	1	a	1	14
10	46	40-49 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	0	0	1	a	1	14
11	32	30-39 a	Secundaria	PNP	Casada	SO1	1	b	e	0	1	0	1	1	1	d	10
12	64	60-69 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	c	b	e	c	b	1	b	a	b	b	2
13	65	60-69 a	Técnico	Ama de casa	Casada	Cónyuge	c	b	e	c	b	d	b	a	b	b	0
14	25	20-29 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Hijo	a	1	1	e	1	1	1	b	1	1	14
15	25	20-29 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Madre	a	1	1	1	1	1	1	b	b	1	14
16	52	50-59 a	Secundaria	Profesional	Casada	SO1	a	1	1	1	1	1	b	1	0	c	12
17	31	30-39 a	Universidad	Profesional	Casada	SO1	a	1	1	1	1	1	1	a	b	1	14
18	19	< 20 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	e	1	1	1	1	1	1	a	b	1	16
19	17	< 20 a	Técnico	estudiante	Soltera	Alumno	1	1	1	1	1	1	d	a	1	1	16
20	19	< 20 a	Primaria	estudiante	Soltera	Alumno	1	1	1	1	1	1	d	a	1	1	8
21	19	< 20 a	Universidad	técnica	Soltera	Alumno	b	1	c	c	1	1	d	1	1	c	8
22	41	40-49 a	Universidad	técnica	conviviente	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
23	42	40-49 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	b	1	1	a	e	a	1	b	d	4
24	37	30-39 a	Universidad	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	d	0	1	1	14
25	21	20-29 a	Técnico	Profesional	Soltera	Alumno	1	1	1	1	1	1	a	b	1	d	14
26	22	20-29 a	Técnico	técnica	Soltera	Alumno	1	b	1	e	1	1	b	1	b	c	10
27	46	40-49 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	16
28	33	30-39 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	16
29	38	30-39 a	Secundaria	Ama de casa	conviviente	Cónyuge	e	1	1	1	a	b	b	c	1	1	10
30	41	40-49 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	a	1	c	1	1	1	1	1	1	e	14
31	32	30-39 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	0	e	1	c	10
32	27	20-29 a	Universidad	técnica	conviviente	Cónyuge	a	1	c	1	1	1	1	1	1	c	12
33	29	20-29 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	e	1	1	e	1	1	1	1	1	c	14
34	21	20-29 a	Técnico	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	1	0	b	1	14
35	43	40-49 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	0	1	c	1	14
36	23	20-29 a	Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	1	1	1	1	1	1	b	b	c	1	14
37	26	20-29 a	Universidad	Profesional	Soltera	Hijo	a	1	1	1	1	d	b	1	1	1	14
38	26	20-29 a	Técnico	técnica	conviviente	Hijo	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
39	50	50-59 a	Técnico	Ama de casa	Casada	SO3	a	1	1	1	1	1	1	a	e	c	12
40	33	30-39 a	Universidad	Profesional	Soltera	SO1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	b	18
41	30	30-39 a	Técnico	Ama de casa	conviviente	Cónyuge	b	1	1	1	1	b	b	1	e	c	10
42	56	50-59 a	Técnico	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	b	d	1	1	b	14
43	39	30-39 a	Universidad	Profesional	Casada	Civil	1	1	c	1	1	1	d	b	a	d	10
44	45	40-49 a	Universidad	Profesional	Casada	Civil	1	1	1	1	1	1	1	1	a	c	16
45	51	50-59 a	Técnico	técnica	Casada	Cónyuge	c	1	1	e	1	1	d	1	c	1	12
46	21	20-29 a	Técnico	técnica	Soltera	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	d	1	1	c	12
47	30	30-39 a	Técnico	técnica	Soltera	Cónyuge	1	1	1	1	b	a	d	1	1	c	12
49	57	50-59 a	Secundaria	Ama de casa	conviviente	Civil	1	1	1	1	1	1	1	b	a	c	14
50	51	50-59 a	Técnico	técnica	Soltera	Civil	1	1	1	1	1	1	1	1	a	c	16
51	26	20-29 a	Técnico	técnica	Soltera	Civil	1	1	1	1	1	1	1	1	a	c	16
53	28	20-29 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	e	1	1	1	1	1	d	b	1	1	14
54	35	30-39 a	Universidad	técnica	Casada	Teniente	e	1	e	e	b	1	b	c	b	1	4
55	41	40-49 a	Universidad	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	d	1	1	e	10

57	41	40-49 a	Técnico	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	e	1	1	d	1	c	1	12
58	18	< 20 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	a	1	1	b	1	a	a	e	c	8
59	20	20-29 a	Universitaria	estudiante	Soltera	Alumno	a	1	1	b	1	a	a	e	1	10
60	17	< 20 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	e	1	1	b	1	b	1	b	c	10
61	21	20-29 a	Técnico	tecnica	Soltera	Alumno	a	1	1	1	1	1	b	b	c	12
62	19	< 20 a	Secundaria	tecnica	Soltera	Alumno	b	1	1	b	1	1	b	c	c	10
63	36	30-39 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	a	1	1	1	b	c	10
64	69	60-69 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Madre	a	1	0	b	1	0	0	0	0	6
65	36	30-39 a	Técnico	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	d	1	1	1	16
66	20	20-29 a	Universidad	Ama de casa	Soltera	Hijo	1	1	c	1	1	c	1	e	e	10
67	62	60-69 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	b	1	b	1	e	1	10
68	59	50-59 a	Universidad	Profesional	Viuda	Cónyuge	c	1	1	1	1	d	1	c	c	8
69	58	50-59 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Madre	b	1	1	1	1	a	a	e	1	8
70	50	50-59 a	Técnico	tecnica	Casada	Cónyuge	1	1	0	b	1	0	1	0	b	8
71	35	30-39 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	1	1	e	1	14
72	33	30-39 a	Técnico	tecnica	conviviente	Cónyuge	e	1	c	1	1	d	1	1	1	12
73	44	40-49 a	Secundaria	tecnica	Casada	SOT2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
74	50	50-59 a	Universidad	Profesional	Casada	SOT1	e	1	1	1	1	c	1	1	1	16
75	31	30-39 a	Técnico	tecnica	Soltera	Hijo	1	b	c	1	1	c	1	1	d	4
76	39	30-39 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	e	1	1	1	1	a	1	e	c	8
77	25	20-29 a	Universidad	Profesional	conviviente	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	b	a	1	16
78	19	< 20 a	Universidad	estudiante	Soltera	Hijo	e	d	c	a	1	d	b	1	1	4
79	44	40-49 a	Técnico	tecnica	Casada	SOT1	a	1	c	1	1	1	b	a	c	10
80	22	20-29 a	Universidad	estudiante	Soltera	Hijo	a	1	1	1	1	1	1	1	1	18
81	21	20-29 a	Técnico	tecnica	conviviente	SOT1	a	b	e	1	1	d	c	b	1	6
82	19	< 20 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	a	b	c	1	1	d	b	c	1	6
83	29	20-29 a	Secundaria	Ama de casa	conviviente	Cónyuge	1	b	b	a	1	0	1	e	c	6
84	25	20-29 a	Secundaria	tecnica	Soltera	SOT1	e	1	e	c	1	d	b	1	1	8
85	28	20-29 a	Secundaria	tecnica	Soltera	SOT3	a	1	1	1	1	a	a	1	1	10
86	34	30-39 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	b	b	a	1	12
87	31	30-39 a	Técnico	Profesional	conviviente	SOT1	a	1	1	1	1	b	1	b	c	10
88	23	20-29 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	1	e	0	16
89	33	30-39 a	Técnico	tecnica	conviviente	Cónyuge	a	1	1	1	1	d	e	b	1	12
90	38	30-39 a	Técnico	tecnica	conviviente	Cónyuge	a	b	c	b	0	0	0	0	0	0
91	23	20-29 a	Universidad	Profesional	Soltera	SO2	1	1	1	1	1	0	1	b	d	14
92	26	20-29 a	Técnico	Profesional	Casada	Hijo	1	1	c	1	1	1	1	1	1	12
93	25	20-29 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Hijo	a	1	1	1	1	1	b	1	1	14
94	33	30-39 a	Técnico	tecnica	Soltera	Hijo	c	1	c	a	1	d	1	a	e	6
95	25	20-29 a	Técnico	tecnica	conviviente	Cónyuge	1	d	b	a	1	a	b	1	b	8
96	33	30-39 a	Técnico	tecnica	conviviente	Cónyuge	a	1	1	1	1	d	e	1	1	12
97	52	50-59 a	Universidad	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	1	1	b	1	c	16
98	23	20-29 a	Universidad	Profesional	Soltera	SO2	1	1	1	1	0	1	1	b	d	14
100	50	50-59 a	Secundaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	d	1	1	1	1	c	12
101	19	< 20 a	Secundaria	estudiante	Soltera	Alumno	a	b	c	1	1	d	b	c	1	6
102	41	40-49 a	Universidad	Ama de casa	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	c	1	1	1	16
103	46	40-49 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Cónyuge	1	1	1	1	e	1	1	1	1	16
104	45	40-49 a	Universidad	Profesional	Casada	Cónyuge	a	1	1	1	1	d	1	a	1	14
105	33	30-39 a	Universidad	Profesional	Soltera	SOT1	1	1	1	b	1	b	1	a	1	12
106	58	50-59 a	Primaria	Ama de casa	Casada	Madre	b	1	1	1	a	b	a	e	1	8

Nivel	Act1	Act2	Act3	Act4	Act5	Act6	Act7	Act8	Act9	Act10	Act11	Act12	Act13	Act14	Puntaje Act	Catactitud
Bueno	5	5	5	5	4	5	2	5	4	5	4	4	5	4	62	Positiva
Bueno	5	4	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	65	Positiva
Bueno	5	4	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	65	Positiva
Regular	5	5	5	2	4	5	5	5	4	4	3	2	4	4	57	Positiva
Regular	4	3	3	3	4	4	3	4	3	2	4	2	2	3	46	Indiferente
Deficiente	5	4	3	4	4	4	3	5	1	4	4	2	3	4	50	Indiferente
Deficiente	5	4	3	3	3	4	4	2	3	4	4	4	5	1	49	Indiferente
Deficiente	5	4	3	4	2	4	3	3	2	4	4	4	3	4	49	Indiferente
Regular	5	5	5	3	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	64	Positiva
Regular	5	3	5	1	5	5	5	1	5	5	5	4	3	4	56	Indiferente
Deficiente	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	64	Positiva
Deficiente	5	5	3	1	5	5	3	3	3	5	3	3	1	5	50	Indiferente
Deficiente	5	5	3	1	5	3	3	3	3	5	3	3	1	5	48	Indiferente
Regular	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	63	Positiva
Regular	5	4	5	5	5	5	2	4	3	5	4	4	4	5	59	Positiva
Regular	4	5	5	5	2	5	4	5	4	5	5	5	5	2	61	Positiva
Regular	5	4	4	2	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	59	Positiva
Bueno	4	4	2	4	4	5	5	3	3	3	3	3	3	4	54	Indiferente
Deficiente	5	4	1	2	1	3	4	2	5	4	1	3	1	1	37	Indiferente
Bueno	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	67	Positiva
Deficiente	5	5	1	1	4	5	5	2	5	5	2	3	4	4	51	Indiferente
Regular	5	5	5	4	4	5	3	4	4	5	5	5	5	4	63	Positiva
Regular	5	5	4	2	5	5	5	1	4	5	5	4	5	2	57	Positiva
Deficiente	5	5	4	4	5	5	5	4	2	5	5	4	1	5	62	Positiva
Bueno	5	5	1	5	5	5	5	4	2	5	1	5	5	5	57	Positiva
Bueno	5	5	5	1	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	52	Indiferente
Deficiente	5	5	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	61	Positiva
Regular	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	4	61	Positiva
Deficiente	5	4	5	4	4	5	4	4	3	5	4	4	5	2	58	Positiva
Regular	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	65	Positiva
Regular	5	5	5	3	4	5	3	4	4	5	5	5	5	5	63	Positiva
Regular	5	5	5	3	4	5	3	4	4	5	5	5	5	5	56	Indiferente
Regular	5	4	5	4	4	4	4	5	2	4	3	3	4	4	60	Positiva
Regular	4	5	5	4	4	5	4	4	2	5	5	5	5	5	55	Indiferente
Bueno	2	5	4	4	4	5	3	5	5	4	3	3	4	4	55	Indiferente
Regular	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	65	Positiva
Bueno	5	4	5	2	4	5	3	5	5	5	4	5	5	5	62	Positiva
Regular	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	67	Positiva
Deficiente	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	52	Indiferente
Regular	5	4	5	5	4	1	5	4	5	5	4	4	4	5	60	Positiva
Deficiente	5	5	4	4	2	5	2	4	5	5	4	3	4	5	57	Positiva
Bueno	1	4	5	4	3	1	4	5	4	5	5	5	5	5	55	Indiferente
Regular	2	5	4	4	5	5	4	3	4	5	5	5	4	4	59	Positiva
Regular	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	2	5	4	4	60	Positiva
Regular	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	2	5	2	4	58	Positiva
Bueno	2	4	4	4	4	5	2	5	4	5	3	5	5	4	55	Indiferente
Bueno	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	2	5	5	4	53	Indiferente
Regular	5	5	4	3	5	5	5	1	2	5	4	4	5	5	58	Positiva
Deficiente	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	59	Positiva
Deficiente	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	1	50	Indiferente
Bueno	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	5	5	5	65	Positiva

