

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**METODOLOGÍA PARTICIPATIVA DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE-
AYAVIRI, 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

**MODESTA MAXIMILIANA ANDIA BOBADILLA
SENAIDA QUISPE AÑAMURO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PUNO - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



METODOLOGÍA PARTICIPATIVA DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE-AYAVIRI,

2014

NACIONAL DEL

TESIS

PRESENTADA A COORDIANCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA UNA-PUNO, COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

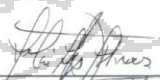
APROBADO POR:

PRESIDENTE DEL JURADO :



Dra. TITA FLORES SULLCA

PRIMER MIEMBRO :



Mg. AGRIPINA MARÍA APAZA ALVAREZ

SEGUNDO MIEMBRO :



MSc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

DIRECTORA Y ASESORA :



Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA

ÁREA: ADULTO

TEMA : PREVENCIÓN DEL CANCER UTERINO

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día.

A mi padre J. Aurelio, quien con sus consejos y apoyo incondicional ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos: Dora, Antonia, Paulina, Santos, Marcusa, José, Joaquín y Lina, que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis metas y mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

A mis amigas: Senaida, Maritza, Yisela, Sayumí, Estefany, Tania y Mónica, quienes me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente mis metas y objetivos propuestas.

A mi amor Bruno por su dulce compañía.

Maximiliana

DEDICATORIA

A mi Dios padre, porque estuvo siempre iluminando mi vida y porque sé que siempre estará ahí, acompañándome por donde me encuentre.

A mi papá Jesús y mi mamá Rubela por su infinito apoyo incondicional, amor y confianza que dieron a mi vida, las mismas que fueron y serán mi fortaleza.

A mis hermanas (os) Nely, Ofelia, Albert y Clinton porque siempre estuvieron ahí brindándome su apoyo desinteresado y guiándome por el buen camino.

A mis amigas Maxi, Yise, Sayumi, Mónica, Tania y Luísa por compartir conmigo momentos únicos e inolvidables.

A mi vida José Wilfredo por su amor incondicional.

Senaída

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por habernos cobijado durante cinco años en sus claustros; y en forma especial a la carrera profesional de Enfermería, damos gracias a cada uno de los docentes que laboran en esa prestigiosa casa de estudios quienes supieron impartirnos sus conocimientos para guiarnos hacia las sendas del saber con inteligencia y sabiduría, para poder conseguir nuestros objetivos y realizarnos como profesional.

A los miembros del jurado calificador: Dra. Tita Flores Sullca, Mg. Agripina M. Apaza Álvarez y MSc. Elsa G. Bernedo Maquera; por sus sugerencias y aportes que brindaron para la culminación del presente trabajo de investigación.

Agradecemos a las personas maravillosas y generosas que apoyaron para la realización y culminación del presente trabajo de investigación, entre ellas a nuestra directora y asesora de tesis: Mg. Luz Marina Caballero Apaza, por su desinteresada dedicación y orientación al presente estudio de investigación.

LAS AUTORAS

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	i)
ABSTRACT	ii)
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	11
II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	12
2.1. METODOLOGIA PARTICIPATIVA	12
2.2. SESION EDUCATIVA	24
2.3. EDUCACION EN ADULTOS	28
2.4. PREVENCION PRIMARIA	30
2.5. ASPECTOS GENERALES DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	31
2.6. FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	35
2.7. DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	39
2.8. CONOCIMIENTO	41
III.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	43
IV.VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	44
V.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	48
VI.DISEÑO METODOLÓGICO	49
6.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	50
6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	51
6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
6.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
6.6. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
VIII. CONCLUSIONES	90
IX. RECOMENDACIONES	92
X.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
XI. ANEXOS	100

RESUMEN

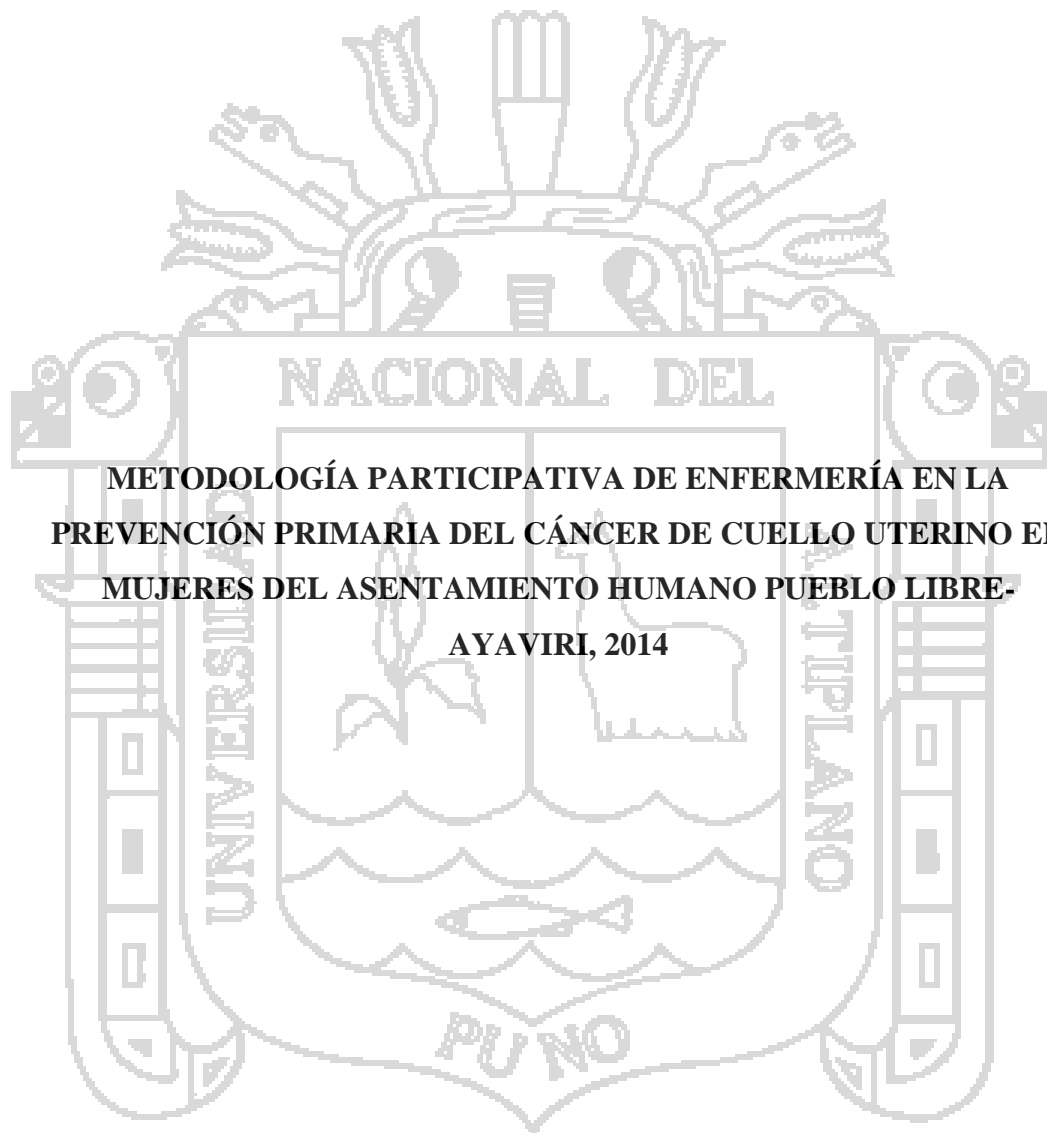
La investigación se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de la Metodología Participativa de Enfermería en la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014. Fue de tipo cuasi-experimental de corte longitudinal, la muestra de estudio estuvo conformada por 40 mujeres cuyas edades oscilaron de 20 a 49 años de edad, de las cuales 20 conformaron el grupo experimental y 20 el grupo control; para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, el instrumento fue el cuestionario que se aplicó en dos momentos después de la intervención. Se tomó la prueba T-student, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%. Los resultados del estudio demuestran que antes de la intervención el 70% de mujeres tenían conocimiento deficiente y el 30% regular, después de realizar la intervención con metodología participativa de enfermería el 100% obtuvieron conocimiento bueno en la primera medición; lo que fue significativo ($p = 0.00$) con la prueba T-student, mientras que en la segunda medición el 95% mantuvo su conocimiento bueno y un 5% regular lo que demuestra que el conocimiento se mantiene, para el grupo control en el pre-test el 70% de mujeres tenían conocimiento deficiente y 30% regular y en el post-test los conocimientos deficientes se mantuvieron con un 75%. Por lo tanto, al comparar el nivel de conocimiento entre el grupo experimental y control se concluye que la intervención de enfermería con metodología participativa es efectiva para mejorar los conocimientos desde un nivel deficiente a bueno, entonces se confirma la hipótesis planteada, corroborada con el análisis estadístico al obtener la prueba $T_c = 70.12 > T_t = 1.68$ para un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Palabras claves: Metodología Participativa, prevención primaria, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

The following research has realized in order to determine the effectiveness of the “Nursing Methodology Interactive in the Primary Prevention of Cancer of the Cervix in Women of Human Settlement People “Libre-Ayaviri”, 2014”. It was of quasi-experimental longitudinal cutting type, the study sample was made up of 40 women whose ages ranged from 20 to 49 years old, from these 20 formed the experimental group, and another 20 formed the control group; the survey technique was used for data collection, the instrument was the questionnaire applied in two moments after the intervention. T-student test was taken with a $p < 0.05$ value and a 95% confidence interval. The study results show that before the intervention, 70% of women had poor knowledge and 30% regular, after performing the intervention with nursing participatory methodology, 100% obtained good knowledge on the first measurement. Which was significant ($p=0.00$) with the T-student test, while in the second measurement 95% maintained their good knowledge and 5% was regular, which shows that knowledge is maintained, for the pre-test group control, 70% of women had poor knowledge and 30% was regular, and post-test deficient knowledge were maintained at 75%. Therefore, to compare the knowledge level among the experimental group and control concluded that the intervention of nursing with participatory methodology is effective for improving knowledge from a deficient level to good, then confirms the hypothesis raised, it was corroborated with statistical analysis to obtain the proof $T_c = 70.12 > T_t = 1.68$ to a confidence level of 95% and a significance level of $\alpha = 0.05$.

KEYWORDS: Methodology Interactive, primary prevention of cervical cancer.



I. INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es una de las patologías que se ha incrementado con el transcurrir de los años, en relación con su incidencia y mortalidad, actualmente existen evidencias que los conocimientos de la enfermedad y las medidas de prevención permiten comprender mejor la importancia de cuidar la salud de la mujer, además contribuye para la toma de decisiones positivas respecto al examen de Papanicolaou y lograr con ello el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, frente a ello se propuso esta investigación aplicando la educación con técnicas participativas con el objetivo de probar la efectividad de la intervención en mejorar los conocimientos de las mujeres.

El presente estudio de investigación se realizó en el Asentamiento Humano Pueblo Libre de Ayaviri, debido a que se observó que las mujeres desconocían sobre el cáncer de cuello uterino y los medios de diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou, la misma que se presenta muchas veces como una barrera para tomar decisiones frente a determinados riesgos de salud. Por ello el contenido de este informe final de tesis se encuentra dividido por capítulos, los que se describen a continuación:

El capítulo I consta de la caracterización del problema, los antecedentes, formulación del problema y la importancia del estudio donde se problematiza la situación de salud del cáncer de cuello uterino, además del tipo de educación que se viene impartiendo actualmente y que hasta donde se ha podido apreciar muchas veces no logra cumplir con los objetivos planteados, por lo que fue necesario realizar esta investigación para proponer y probar la efectividad de la educación con técnicas participativas.

El II, III, IV, V y VI capítulo contiene el marco teórico, el planteamiento de la hipótesis, las variables de estudio y su operacionalización, los objetivos y el diseño metodológico que sirvió como base para poder ejecutar el presente estudio de investigación. Y en el capítulo VII, VIII Y IX contiene los resultados, conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron producto de la investigación.

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública entre las mujeres del mundo. “La incidencia mundial del cáncer se presenta alrededor de 500.000 nuevos casos por año y 250.000 muertes según la OMS”, la mayoría de los casos están asociados al virus de papiloma humano (VPH), considerado como el primer factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. En América Latina se reportan 450 mil muertes por cáncer de cuello uterino, y la tendencia es aún creciente en los países de Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica.¹

Es evidente que el Cáncer de Cuello Uterino está cobrando muchas víctimas entre las mujeres de los países en desarrollo. En la mayoría de los países la incidencia aumenta en las mujeres de 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres entre 50 y 70 años de edad. En los datos de registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente un 80% a 90% de los casos confirmados en esos países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más.² Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú (INEN), menciona a través de su Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer que es una de las patologías crónicas degenerativas, causante de muchas muertes a nivel nacional además de ser una de las enfermedades más prevenibles; tanto así que se puede curar si se detecta a tiempo, esto involucra también actividades preventivas, si se logra conseguir que la población adopte estilos de vida saludable, como el no fumar, vida sexual sana, o que acuda a un centro de salud para un chequeo médico, etc.³

Actualmente se reconoce que el cáncer, es una enfermedad, producto de diversos factores de riesgo de carácter biológico y socio cultural. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la Unidad de Enfermedades no Transmisibles, ha concentrado adicionales esfuerzos para controlar ésta enfermedad y está trabajando con todos los países, para fortalecer sus programas de intervención sobre la prevención y control del cáncer de cuello uterino, a través de la educación en el primer nivel de atención.

Por ende para la prevención del cáncer de cuello uterino es necesario la participación e interés de la población en general, mujeres en particular y miembros

del equipo de salud. Las principales medidas descritas para la prevención primaria son la educación a las mujeres respecto a las causas, factores y medios de diagnóstico, pues la educación es una de las principales herramientas a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos de riesgo. Se ha observado en estudios anteriores de intervención comunitaria que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida, la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou y la adherencia a los programas de tamizaje.⁴

Frente a esta situación la intervención educativa con metodología participativa a través de técnicas participativas activas y motivadoras bien diseñadas pueden ser una alternativa para modificar los conocimientos y cambiar actitudes en las mujeres y prevenir el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Existen estudios donde se ha probado la efectividad de estas metodologías en educación para la salud; así tenemos la investigación realizada por Barco (2007), donde los resultados muestran que el 85% de los participantes que recibieron la educación participativa tenían regulares prácticas alimentarias y 15% buenas prácticas antes de la intervención. Después de la intervención, 30% de los participantes obtuvieron regulares prácticas, 85% buenas prácticas alimentarias y 15%, excelentes prácticas.⁵

Así mismo el estudio de Huarsaya y Mamani (2009), muestran que la educación participativa es mejor en comparación con la educación tradicional, pues en sus resultados obtenidos se observa que antes de recibir la educación participativa sobre la alimentación complementaria en su mayoría las madres tenían conocimiento regular con 68.75%, del grupo experimental y 81.25% del grupo control y después de recibir la educación participativa el mayor porcentaje de las madres del grupo experimental mejoraron su conocimiento a bueno con 93.75% y las madres del grupo control permanecen con conocimiento regular de 62.5%.⁶

Durante la vivencia de nuestras prácticas pre-profesionales (internado comunitario) en Octubre del 2013 se realizó la Campaña de Prevención denominada Prueba de Papanicolaou en el Puesto de Salud Pueblo Libre en donde participaron 23 mujeres en edad fértil (20 a 49 años), cuyos resultados evidenciaron que 9 de ellas

presentaron cervicitis crónica, 8 tricomoniasis vaginal, 2 con inflamación moderada por hongos y 2 mujeres con displasia moderada en el tejido cervical. Como se puede apreciar la incidencia de infecciones en esta población son altas y alarmantes ya que se constituyen como un factor de riesgo que llevaría a desarrollar el cáncer de cuello uterino.⁷

Al interactuar con algunas de las mujeres del lugar referente al tema del cáncer de cuello uterino y su prevención, expresaron: “creo que ese cáncer da por falta de higiene y allí empieza los descensos con mal olor”, “he escuchado que ese cáncer da por no hacerse un chequeo del Papanicolaou, pero a veces uno tiene temor de hacerse o pensamos que estamos bien y nunca nos vamos a enfermar de eso”, “no sé porque dará ese cáncer, no sé porque será”, el puesto de salud da sesiones educativas una vez por mes pero no siempre se habla de estos temas, generalmente son cortas y rápidas, por lo que no podemos preguntar mucho.

Estas expresiones se convierten en un conjunto de necesidades y problemas, debido al poco y quizás insuficiente conocimiento que poseen las mujeres, el ministerio de salud no contribuye adecuadamente con la educación participativa, pues la enfermera al brindar la educación a la población lo realiza en forma muy puntual y mecánica, porque no dispone de tiempo debido a que es responsable de múltiples actividades, sin embargo, la educación participativa requiere de mucho tiempo mientras la educación tradicional es rápida; además el equipo del que disponen es insuficiente, estas debilidades son evidentes en la mayoría de los establecimientos de salud.

Así también es necesario precisar que el Puesto de Salud del Asentamiento Humano Pueblo Libre no cuenta con un programa específico de educación que desarrolle actividades preventivas respecto al cáncer de cuello uterino, sin embargo si realizan campañas de detección de lesiones precancerosas como el examen de Papanicolaou pero una vez al año, donde la población femenina asiste de manera irregular a estos eventos por temor y desconocimiento, abordando de esta manera solo el segundo nivel de prevención y dejando de lado el primer nivel.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

➤ A NIVEL INTERNACIONAL

Un estudio realizado en Venezuela por Díaz y Beltrán (2007); titulado “Acciones Educativas para la Prevención del Cáncer Cervicouterino en la Adolescencia, República Bolivariana de Venezuela”, con el objetivo de modificar sus conocimientos relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino, la población de estudio fue de 65 adolescentes del estado de Miranda en la República Bolivariana de Venezuela. Los resultados mostraron que al valorar los conocimientos que tenían las adolescentes sobre la prevención del cáncer cervicouterino antes de la intervención, se obtuvo que 10 de ellas contestaron adecuadamente, lo que representó 15,3 %, y posterior a la instrucción se alcanzó una modificación correcta de los conocimientos en 94,5 % de las participantes. El autor concluye que la intervención educativa fue efectiva porque los conocimientos inadecuados que tenían las adolescentes sobre la prevención del cáncer cervicouterino fueron modificados, por lo que se recomiendan extender este tipo de estudio a otros centros, así como diseñar estrategias de intervención que proporcionen conocimientos adecuados a los jóvenes en beneficio del estado de salud poblacional y mejoramiento de la calidad de vida.⁸

En su estudio de Chávez M.; Virelles M.; Bermejo W. y Viñas L. (2008), sobre “Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino”, cuyo objetivo fue incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en la población femenina, del Consultorio # 74 en Nuevitas, Camagüey, cuyos resultados fueron que el 43,75% de la población investigada correspondió a edades entre los 36 y 45 tenían conocimientos deficientes, luego de la intervención aumentó el conocimiento entre un 80 y 100% en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino, como la infección por papiloma virus humano, malas condiciones socioeconómicas, paridad precoz, uso prolongado de tabletas anticonceptivas, otras infecciones de transmisión sexual y la citología alterada. Los autores concluyeron que casi la mitad de las estudiadas se encontraban entre los 36 y 45 años, luego de la intervención aumentó el nivel de

conocimiento en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino.⁹

Otro estudio de investigación en Venezuela elaborado por Urpin y León (2009); sobre “Programa Informativo sobre las medidas preventivas del cáncer cervicouterino” dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de control ginecológico del hospital Universitario, cuyo objetivo fue proponer un programa informativo sobre las medidas preventivas del cáncer cervicouterino el estudio fue de tipo descriptivo con diseño no experimental, con una muestra de 20 usuarias las cuales constituyen el 15% de la población total, cuyos resultados fueron en los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, los indicadores de conducta sexual el 65% respondió de manera incorrecta, y 35% respondieron correctamente, en los antecedentes familiares 70% tuvieron respuestas incorrectas, en condiciones de salud 65% emitieron respuestas incorrectas y por último en los hábitos un 70% respondieron incorrectamente, referidas a las medidas de prevención del cáncer cervicouterino, el 70% de las usuarias emitieron respuestas incorrectas, 30% respondieron correctamente, con la salud sexual, 60% de las respuestas fueron incorrectas, y tan solo el 40% fueron correctas. Los autores concluyen que los resultados obtenidos de la investigación se evidencio la falta de información que poseen las usuarias que asisten a la consulta de control ginecológico del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturín Estado Monagas relacionadas con las medidas preventivas del cáncer cervicouterino.¹⁰

Salinas y Jimbo (2012); realizaron un trabajo de investigación titulado: “Factores de riesgo y prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias de la clínica Granados, Ecuador”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo, el conocimiento y las medidas de prevención acerca del Cáncer cervicouterino El estudio fue de tipo descriptivo transversal con diseño no experimental con una muestra de 100 mujeres en edad fértil, los resultados fueron el 60% de las usuarias tienen un déficit en el conocimiento sobre el Cáncer cervicouterino; el 85% de las mujeres tienen como mínimo tres factores de riesgo entre los que se cuenta el uso de anticonceptivos orales, antecedentes familiares de Cáncer cervicouterino y el Virus del Papiloma Humano (VPH); el 92% conoce parcialmente cuando debe evitar tener contacto sexual y el 100% solo aplica una de las medidas de prevención sobre el

Cáncer Cérvico Uterino. Ante los resultados obtenidos se plantea la propuesta de un programa educativo sobre el Cáncer Cérvico Uterino. Los autores concluyen que en las mujeres en edad fértil que acuden a la consulta gineco-obstétrica de la Clínica Granados tienen un déficit de conocimiento acerca del cáncer Cérvico Uterino y sus causas. En relación a los antecedentes Gineco-Obstétrico las usuarias en estudio tienen como mínimo tres factores de riesgos entre los que se encuentran el Virus del Papiloma Humano (HPV), el uso de anticonceptivos orales y los antecedentes familiares, Es decir que las mujeres en edad fértil de la Clínica Granados están en predisposición a desarrollar Cáncer Cérvico uterino. Las usuarias en edad fértil conocen parcialmente sobre la prevención de los factores de riesgos como: Cuándo evitar el contacto sexual y qué hacer para evitar el Cáncer Cérvico uterino, pero aunque conocen los temas anteriormente mencionados, no aplican en su totalidad dichas medidas preventivas. Una de las medidas de prevención que aplican las mujeres de la muestra en estudio es el Papanicolaou y en la misma proporción conocen sobre la utilidad, frecuencia y requisitos para el PAP.¹¹

➤ A NIVEL NACIONAL

Mendoza (2006); realizó un estudio titulado “Conocimientos sobre Prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Fortaleza, Vitarte-Lima”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre Prevención del Cáncer Cervicouterino, se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, cuyo universo estaba conformada por 80 usuarias, los resultados fueron en el conocimiento sobre Prevención del Cáncer Cervicouterino de 80 (100%), 55 (69%) tienen conocimiento medio, 10 (12%) bajo y 15 (19%) alto. En relación a la Prevención Primaria 54 (67%) posee conocimiento medio, 15 (19%) bajo y 11 (14%) alto, desconocen sobre la infección por el Virus Papiloma Humano como causa del Cáncer Cervicouterino, así como la asociación del Cáncer Cervicouterino con los partos vaginales, hábito de fumar, edad temprana de inicio de relaciones sexuales y edad temprana del primer parto. En Prevención Secundaria 67 (84%) tienen un conocimiento medio, 9 (11%) bajo y 4 (5%) alto, desconocen más, el inicio de la toma de muestra del Papanicolaou y la interpretación de resultados del examen de Papanicolaou. El autor concluye que en conocimientos sobre prevención del Cáncer

Cervicouterino en las usuarias del C.S. Fortaleza es en su mayoría tiene un conocimiento medio y bajo.¹²

Otro estudio de investigación en Perú por Barco, M. (2007); sobre “Efecto de una intervención educativo participativa en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición en los miembros del Club del Adulto Mayor, de C.S. de Surquillo”, cuyo objetivo fue demostrar las ventajas de una intervención educativa participativa sobre la educación tradicional en los conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación y nutrición, el estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles, con una muestra de 60 adultos mayores pertenecientes al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Surquillo, la cual fue dividida en dos, por muestreo no probabilístico aleatorio. El 85% de los participantes que recibió la educación participativa tenía regulares prácticas alimentarias y 15% buenas prácticas antes de la intervención. Después de la intervención, 30% de los participantes tuvo regulares prácticas, 85% buenas prácticas alimentarias y 15%, excelentes prácticas. El autor concluye que la educación participativa tuvo un mayor efecto en los conocimientos, actitudes y prácticas en los miembros del Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Surquillo.⁵

Paredes (2012); en su estudio titulado “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca”, el objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, el estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles, la muestra fueron 60 universitarias del primer ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Filial Barranca y 60 controles. Los resultados fueron en cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, el 90% desaprobó la prueba antes de la intervención y al final solo el 28.33%, mientras que la evaluación final y a los dos meses de la intervención no evidenció un incremento significativo Respecto a la actitud, se encontró un incremento significativo ($p=0.00$) en el promedio del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluida la intervención. Se vio una diferencia media entre la prueba basal y a dos meses de la intervención de 2,70 puntos en el control y 35,60

puntos el experimental. El autor concluye que hubo un incremento significativo, entre el nivel de conocimientos y actitud frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano, antes y después de la intervención educativa para los casos; mientras que los controles no presentaron tal diferencia y referente a la actitud en los casos fue Positiva conforme el nivel de conocimientos fue Alto; mientras que en los controles la actitud se mantuvo Indiferente cuando el nivel de conocimiento fue Bajo.¹³

En otro estudio de investigación realizada por Bueno, J. Cecilio y Rojas (2013); sobre “Metodología participativa en el mejoramiento de conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en adolescentes del programa EVA del centro de salud Carlos Swing Ferrari”, con el objetivo de determinar la efectividad de la metodología participativa en el mejoramiento de conocimiento y actitudes sobre VIH/SIDA, realizó una investigación cuantitativa, según el análisis y alcance de los resultados es experimental con su variable cuasi experimental, mediante una muestra de 30 adolescentes. Los resultados fueron: en el nivel de conocimiento de los adolescentes en estudio antes de la aplicación de la metodología participativa el (13) 43.3% con un nivel de conocimiento deficiente, (9) 30% un nivel regular y (8)26.7% un nivel bueno. Después de la intervención con metodología participativa (24) 80% obtuvieron un nivel de conocimiento excelente, (6) 20% un nivel bueno y ningún adolescente con nivel regular o deficiente. Los autores concluyen que hubo un incremento significativo, en conocimiento y actitudes frente al VIH/SIDA en adolescentes después de la metodología participativa.¹⁴

➤ A NIVEL LOCAL

En un estudio de investigación por Huarsaya H. y Mamani (2009); sobre “Efectividad de la Educación Participativa en el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños P.S. Salinas – Puno”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la educación participativa en el conocimiento sobre alimentación complementaria, el tipo de estudio fue cuasi experimental con diseño PRE y POST TEST, la muestra estuvo constituida por 32 madres, de las cuales 16 constituyeron el grupo experimental y 16 el grupo control, la técnica de investigación fue la encuesta, como instrumento utilizo el cuestionario. Los resultados fueron que las madres con niños de 6 a 24 meses de edad del P.S. Salinas

antes de recibir la educación participativa sobre la alimentación complementaria en su mayoría tenían conocimiento regular con 68.75%, del grupo experimental y 81.25% del grupo control. Después de recibir la educación participativa el mayor porcentaje de las madres del grupo experimental mejoraron su conocimiento a bueno con 93.75% y las madres del grupo control permanecen con conocimiento regular de 62.5%. Las autoras concluyen que al establecer la diferencia del conocimiento entre las madres del grupo experimental y grupo control encontramos diferencia sustancial, porque las madres del grupo experimental presentan conocimiento (Bueno) sobre la alimentación complementaria frente al conocimiento regular que muestran las madres del grupo control (Regular) que al comprobar estadísticamente la hipótesis con la prueba T se confirma que el conocimiento sobre alimentación complementaria es mayor en madres con niños de 6 a 24 meses que recibieron educación participativa; en comparación con la madres que recibieron educación tradicional obteniéndose $T_c=4.77 > T_t=2.3$ por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.⁶

En otro estudio de investigación por Ruelas, G. y Zamata (2010); sobre “Efecto educativo con técnicas participativas en el conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de la institución educativa Roque Sáenz Peña, Ayaviri”, cuyo objetivo fue determinar el efecto educativo de técnicas participativas en el conocimiento sobre prevención del embarazo, la investigación fue de tipo pre-experimental con diseño de PRE y POST TEST con un solo grupo, la población de estudio fue conformada con una muestra de 30 adolescentes asignadas mediante el muestreo probabilístico, los resultados demostraron que el 73.3% de las adolescentes antes de la educación con técnicas participativas fue de regular a deficiente con 43.3%, después de la educación mejoró a un nivel de regular a bueno con 83.3%. Las autoras concluyen que la educación con técnicas participativas es efectiva en mejorar el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo porque existe la diferencia significativa ($p=0.000$) entre el nivel de conocimiento antes y después del experimento.¹⁵

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, por lo que es importante y necesario desarrollar actividades preventivas desde el primer nivel de atención, a través de la educación participativa sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, con el fin de concientizar a las mujeres en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfatizando a la toma de decisiones positivas para realizarse el examen de Papanicolaou, como medio de diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino.

El presente trabajo de investigación, demuestra la efectividad de la metodología participativa de enfermería en la transmisión y construcción de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres, quienes en su mayoría desconocen de este tema, generando en ellas decisiones de rechazo frente al examen de Papanicolaou.

La intervención educativa de enfermería permitió poner en práctica el principio de autocuidado en las mujeres, evidenciado en la toma de decisiones positivas para el cuidado de su salud, al someterse al examen de Papanicolaou más del 80% por voluntad propia.

Los resultados se constituyen en fuente de referencia para los profesionales de salud, para optar por el uso de técnicas participativas en la educación, ya que permite mejorar y construir nuevos conocimientos en la población, además que contribuyen a la promoción y divulgación de medidas destinadas a la prevención tales como la toma de decisiones positivas frente a su salud. Así mismo, brinda aporte metodológico a las estudiantes de la facultad de enfermería y otros profesionales de salud.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

Monescillo (2002), indica que la metodología participativa se basa en el protagonismo de las mujeres en edad fértil y del grupo; del primero como ser individual que puede aportar mucho a su propio proceso de enseñanza/aprendizaje, y del segundo como espacio privilegiado de aprendizaje. En lo referente al espacio educativo, debería provocar el diálogo, que permita el encuentro de ideas y opiniones, el intercambio de conocimientos y la puesta en común. La misma que está basado en la comunicación y el diálogo lo que genera una permanente relación dialéctica por lo que fomenta el debate, las dudas, las preguntas, el espíritu reflexivo y crítico, rechaza la tolerancia pasiva de las mujeres y promueve su actividad, le hace sensible a valores como la libertad y la igualdad.¹⁶

Imbernon (2008), refiere que la metodología participativa es el conjunto de procesos, procedimientos, técnicas y herramientas que implican activamente a las mujeres en el proceso de enseñanza/aprendizaje, es decir se trata de un enfoque metodológico de carácter interactivo basado en la comunicación dialógica del educador/ participante y participante/participante que potencia la implicación responsable de las mujeres y que conlleva la satisfacción y el enriquecimiento, tanto del educador como de las mujeres a través de conocimientos previos, experiencias, vivencias, sentimientos, etc.¹⁷

Por ende la metodología participativa es el marco para concebir y llevar a cabo la educación que promueva la reflexión compartida, el análisis crítico, el cuestionamiento en profundidad y la resolución de problemas colectivos. Esto habilita a las mujeres a profundizar sus conocimientos, lograr cambios en las actitudes, a una mejor comprensión y respuestas de las cuestiones referentes a su salud.

Las metodologías participativas tratan a las mujeres participantes como sujetos activos a quienes se les valora como seres humanos creativos, inteligentes y dotados de un potencial sin explotar para convertirse en agentes de cambio y transformación. Tratan de implicar, motivar, inspirar y empoderar a las mujeres para que emprendan

acciones individuales y colectivas sostenidas, como resultado directo de los procesos de reflexión y análisis a través de la articulación de propuestas y estrategias.¹⁷

Las metodologías participativas aspiran en última instancia a producir transformación social. Para ello deben tenerse en cuenta varios principios relacionados entre sí:

- ✓ Promover la sensibilización y el empoderamiento: las actividades y los procesos de formación actúan a menudo como catalizadores de la realización y la comprensión y constituyen una oportunidad para profundizar el aprendizaje y fortalecer el compromiso de cuidado con su salud.
- ✓ Lograr cambios en las actitudes, los valores, los comportamientos y las relaciones humanas: el aprendizaje que tiene lugar se pone en práctica a medida que las mujeres participantes hacen esfuerzos decididos para ser agentes de cambio y justicia social. La transformación comienza con uno mismo.
- ✓ Consolidar la organización y la acción comunitarias: las metodologías participativas no se ocupan sólo de lo que ocurre en la actividad o el taller de formación, sino también de las acciones colectivas más allá de la formación que pueden transformar situaciones injustas en la vida real de las mujeres.
- ✓ La meta es emprender acciones para influir en los responsables de tomar decisiones en el ámbito local, nacional e internacional. Las mujeres participantes aprenden a usar la defensa efectiva y organizada para crear, cambiar e influir en disposiciones legales, políticas públicas y planes a fin de asegurar un cambio duradero.

Las metodologías participativas redefinen las funciones que desempeña el educador y la manera en que éste se ve a sí mismo, así como las funciones y la participación de las personas a las que se imparte la educación. En América Latina, por ejemplo, las metodologías participativas (o la educación popular) consideran al educador o educadora como un facilitador/a cuya función primordial es la de actuar como catalizador de procesos de reflexión y análisis que conduzcan a transformación.¹⁷

Las técnicas participativas son herramientas pedagógicas importantes que educadores/as y facilitadores pueden usar para estimular a las personas participantes.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las técnicas participativas no son más que herramientas que hacen posible la sensibilización y el empoderamiento, y no se las debe considerar como un fin en sí mismas, sino que han de ser empleadas en relación con objetivos educativos específicos que conlleven al logro de los objetivos de aprendizaje, la construcción de un clima grupal cálido, agradable y respetuoso, la incorporación de nuevos conocimientos, la estimulación de las capacidades del ser y otros.¹⁸

Clasificación, según los sentidos que se utilizan para la comunicación

- **Técnicas o dinámicas vivenciales:** Se caracterizan por crear una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Estas técnicas son para animar o para realizar un análisis.
- **Técnicas de actuación:** Se caracterizan por la expresión corporal, mediante las cuales se representan situaciones de comportamiento y formas de pensar.
- **Técnicas auditivas y audiovisuales:** Se caracterizan por el uso de sonidos o la combinación con imágenes.
- **Técnicas visuales:** Son las técnicas escritas o gráficas. Las primeras se refieren a todo material que utiliza la escritura como elemento central, cuya característica es que el producto final es el resultado directo de lo que el grupo conoce, piensa o sabe de un determinado tema. Las técnicas gráficas se refieren a todo material que contenga dibujos o símbolos.

Clasificación, según sus objetivos

- **Técnicas de presentación:** Permite que las personas participantes se presenten ante el grupo y conozcan a las demás personas, creándose de esta manera un ambiente fraterno, agradable, participativo y horizontal. Estas técnicas se caracterizan por ser dinámicas y vivenciales.
- **Técnicas rompehielos o de animación:** Tienen la finalidad de mantener una atmósfera de confianza y seguridad entre las personas asistentes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Generalmente, éstas técnicas se caracterizan por ser activas, permiten ablandar al grupo y casi siempre en ellas está presente el humor.
- **Técnicas de análisis y profundización:** En este grupo se incluyen una serie de técnicas vivenciales, de actuación, audiovisual y visual. La característica

principal es la posibilidad de analizar y reflexionar con mayor profundidad en los conocimientos de un tema determinado, así como en la oportunidad de desarrollar las propias ideas.

- **Técnicas de evaluación:** Estas técnicas permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar a futuro la organización de eventos similares. Entre los indicadores que son evaluados mediante estas técnicas figuran la participación de las personas asistentes, los métodos y las técnicas empleadas, la actuación de las personas facilitadoras, claridad y comprensión de los temas y el interés mostrado por los temas, otros.¹⁹

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

BUSCANDO TU MITAD

OBJETIVO

Presentación y Animación

El objetivo es desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza entre los participantes.

❖ **MATERIALES**

- Tarjetas
- Alfileres

❖ **DESARROLLO**

- Hacer previamente tarjetitas con dibujos diferentes, la misma cantidad de tarjetitas para cada dibujo y cortarlas a la mitad cada una de ellas.
- Se le reparte una de las tarjetitas partidas a la mitad a cada participante y se les pide que se agrupen de acuerdo al dibujo que tengan. Los dibujos pueden ser de flores, animales, objetos, etc.
- Los coordinadores dan la indicación de que nos vamos a presentar por parejas y que estas deben intercambiar determinado tipo de información que es de interés para todos, por ejemplo: el nombre, el interés que tiene por el curso, sus expectativas, etc.

- Seguido del pequeño dialogo entre los participantes cada cual debe presentar a su pareja dando los datos pedidos por el facilitador o coordinador.
- La duración de esta técnica va a depender del número de participantes, por lo general se da un máximo de tres minutos por pareja para la presentación en plenario.

❖ **RECOMENDACIONES**

- Siendo una técnica de presentación y animación, debe intercambiarse aspectos personales como por ejemplo: algo que el compañero le gusta, si tiene hijos, etc.
- La información que se recoge de cada compañero, se expresa en plenario de forma general, sencilla y breve.
- El coordinador debe estar atento para animar y agilizar la presentación.

ROMPECABEZAS

❖ **OBJETIVO**

- Analizar los elementos básicos del trabajo colectivo, la comunicación, el aporte personal, y la actitud de colaboración de los miembros del grupo.

❖ **MATERIALES**

- Cartón o cartulina con dibujos de acuerdo al tema para elaborar los rompecabezas iguales que formen un cuadrado.

❖ **DESARROLLO**

- Se preparan sobres, donde están mezcladas las piezas que conforman los rompecabezas.
- Se forman grupos y se les pide que se sienten en círculo, alrededor de una mesa o en el suelo. En el centro se colocan los sobres, cada uno deberá tomar uno de los sobres y deberá completar un cuadrado.
- Se dan las siguientes indicaciones a los grupos: ningún miembro del grupo puede hablar, no se pueden pedir piezas, ni hacer gestos solicitándolas, lo único que es permitido es dar y recibir piezas de los demás participantes.

- Quien coordina indica que se habrá los sobres, que tienen un tiempo límite para armar el cuadrado y que las piezas están mezcladas.
- La dinámica termina cuando 2 o 3 grupos hayan completado de armar el rompecabezas, o cuando se haya acabado el tiempo que se había establecido.

❖ **DISCUSIÓN**

- La discusión se inicia preguntándole a los compañeros que la realizaron: como se sintieron, que dificultades tuvieron, etc. Es a partir de cómo se desarrolló la dinámica, que se hace la reflexión sobre: el papel de la comunicación; el aporte personal y el apoyo mutuo; las actitudes dentro de un campo de trabajo, etc.
- Esta reflexión se inicia partiendo de las inquietudes y el contexto particular de cada grupo.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Si se quiere hacer participar a una mayor cantidad de compañeros, se preparan varios juegos de rompecabezas, según el número de grupos que se quieran formar.

LAS BURBUJAS

❖ **OBJETIVO**

- Ofrecer a los participantes un mejor entendimiento a través de la demostración y práctica del crecimiento anormal de una célula.

❖ **MATERIALES**

- Vasos medianos descartables
- Sorbetes
- Detergente
- Tinta negra

❖ **DESARROLLO**

- El facilitador primero pregunta a los participantes sobre el tema, en este caso sobre el cáncer de cuello uterino: ¿Que es el cáncer?.
- El facilitador diserta el concepto sobre el cáncer diciendo: Es cuando las células de la piel del cuello uterino se enferman, entonces empiezan a crecer descontroladamente y se convierten en cáncer.

- Para explicar mejor sobre que el cáncer es el crecimiento descontrolado se puede usar los siguientes materiales: un vaso con agua, detergente y un sorbete.
- Primero se explica el ciclo normal de una célula: se hace una burbuja con el sorbete, soplando hasta que revienta como sinónimo de que es eliminada del cuerpo.
- Luego, se explica el crecimiento descontrolado: se introduce un colorante oscuro y se va diciendo “ahora van entrando los virus de papiloma humano ¿qué va pasando con las células?”.
- Se refuerza que se van enfermando, se van volviendo anormales y luego van creciendo descontroladamente y allí ir soplando despacio por el sorbete dentro del vaso, hasta formar varias burbujas hasta que se salgan del vaso haciendo la analogía con el crecimiento invasivo y decir que a esto se le llama cáncer.

❖ RECOMENDACIÓN

- Para desarrollar la técnica el facilitador deberá dar una pequeña noción sobre el tema que va a disertar en la plenaria.
- Hará que todos participen en la práctica para mejorar mejor el conocimiento en el tema.

LA PAPA QUEMA

❖ OBJETIVO

- Evaluar los conocimientos y competencias que se trabajaron previamente.

❖ MATERIALES

- Una hoja de papel hecha bola o una pelotita de tecnopor
- Listado de preguntas (opcional)

❖ DESARROLLO

- Se forma un círculo con los participantes y se hace una bola de papel que simule una "papa". El facilitador/a hace una pregunta.
- Las y los participantes se pasan la papa uno a otro, mientras el facilitador/a, colocado en un lugar donde no vea dónde va la papa, dice: "se quema la papa, se quema la papa..." hasta que pare y dice

"se quemó" y quien se quede con la papa deberá responder a la pregunta formulada, relacionada con el tema que están estudiando.

- A partir de ahí continúa girando la papa; la primera pregunta la hace el facilitador/a y las siguientes las hace la o el participante que respondió a la pregunta porque se quedó con la papa, y a su vez formula una pregunta para el siguiente compañero o compañera a quien le vuelva a tocar la papa; y así sucesivamente. El facilitador/a será el encargado de decir en dónde se para la papa.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Se puede utilizar para retroalimentar el estudio de los temas abordados y conocer las principales dudas sobre lo aprendido.

LOS REFRANES

❖ **OBJETIVO**

- Promover en las participantes la reflexión sobre la importancia de lo aprendido previamente y de la libre expresión.

❖ **MATERIALES**

- Tarjetas en las que previamente se han escrito fragmentos de refranes populares; es decir, que cada refrán se escribe en dos tarjetas, el comienzo en una de ellas y su complemento en otra.

❖ **DESARROLLO**

- Se reparten las tarjetas entre las y los asistentes y se les pide que busquen a la persona que tiene la otra parte del refrán; de esta manera, se van formando las parejas que intercambiarán.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Se puede tratar de buscar refranes poco comunes para darlos a conocer.

LLUVIA DE IDEAS POR TARJETAS

❖ **OBJETIVO**

- Poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes.

❖ **MATERIAL**

Papeles de colores pequeños

- Lápices
- Cinta adhesiva

❖ **DESARROLLO**

- El coordinar debe hacer una pregunta clara, donde exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su realidad, de su experiencia.
- Luego, cada participante debe decir una idea a la vez sobre lo que piensa acerca del tema.
- Solamente se le pide a la o el compañero que aclare lo que dice en caso de que no se le haya comprendido. La cantidad de ideas que cada participante exprese puede ser determinada de antemano por las o los coordinadores o puede no tener límites.
- Todas/os los participantes deben decir por lo menos una idea.
- Mientras las y los participantes van expresando sus ideas, el coordinador/a va anotándolas en el pizarrón o en un papel.
- Otra forma es que varios compañeros/as las vayan apuntando en un cuaderno o papel.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Cuando se trabaja en pequeños grupos es útil una breve lluvia de ideas, preparando un tema que se va a presentar en plenario.
- Deben anotarse en un papelógrafo.
- Es una buena herramienta para que los grupos puedan realizar un trabajo más ordenado y ágil.

PRESENTACIÓN DE LÁMINAS

❖ **OBJETIVO**

- Permite representar situaciones y analizar las reacciones que las mujeres tienen con respecto al tema.

❖ **MATERIALES**

- Láminas dibujadas
- Cinta de embalaje
- Puntero

❖ **DESARROLLO**

- Se preparan láminas con dibujos sobre el tema a disertar.
- Se Forma grupos de acuerdo a la cantidad de los participantes.
- A cada grupo se le entregara una lámina para que la analicen entre ellos.
- Se invita a un representante de cada grupo para que explique lo analizado por el grupo.
- Al final el facilitador deberá alimentar el tema expuesto por cada grupo.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Formar los grupos al azar para crear mejores lazos de amistad.

EN RIO REVUELTO, GANANCIA DE PESCADORES

❖ **OBJETIVO**

Permite ordenar y/o clasificar un conjunto de elementos sobre cualquier tema. Hacer relaciones de causa y efecto.

❖ **MATERIALES**

- Papel
- Cuerda delgada o hilo grueso
- Clips que doblan en forma de anzuelo
- Palos

❖ **DESARROLLO**

- Los que coordinan preparan con anticipación “pececitos” de papel, en los cuales se escriben deferentes frases sobre el tema que se esté tratando. El número de peces debe estar de acuerdo al tiempo que se tenga. En cada uno hay que poner solamente una idea.
- Se hace un círculo (pintado con tiza, con sillas, etc.) dentro del cual se colocan todos los peces.
- Se forman grupos (2 o 3) según el número de participantes, a cada uno se le da un anzuelo: una cuerda con un clip abierto.
- Se deja en claro que: el equipo que pesca más será el ganador.

- Aquellos que pisen el círculo o saquen un pez con la mano deben regresar toda su pesca.
- Una vez pescados todos los peces, se cuenta para ver cuál ha sido el ganador.
- Luego, cada grupo debe ordenar su pesca. El equipo ganador presenta primero el orden que ha hecho de sus peces y los otros complementan quedando todos los peces integrados a un su ordenamiento o clasificación.
- Durante este proceso se va discutiendo el porqué del ordenamiento de cada pez en determinado lugar.

❖ **RECOMENDACIÓN**

- Se puede incorporar “premios” o castigos dentro de los peces para hacer más dinámica la técnica.

COMPETENCIA DE SORPRESAS

❖ **OBJETIVO**

- Evaluar los conocimientos y competencias que se trabajaron previamente.

❖ **MATERIALES**

- Caja pequeña forrada con un mediano agujero
- Tarjetas pequeñas y/o papeles doblados de colores con diversas preguntas respecto al tema

❖ **DESARROLLO**

- Las participantes se ponen de pie formando un círculo, la facilitadora se pone al centro y ofrece de una cajita para que cada una coja una sorpresa (papeles doblados que contienen un mensaje).
- Los mensajes deben ser combinados, unos contienen preguntas sobre el módulo tratado, otras indicaciones para hacer un gesto, una imitación, una canción, un chiste, etc.
- Luego se da pase a la competencia donde cada una cumple el mensaje que dice su sorpresa. Entonces se tiene un intercalado de mensajes de los módulos y otras actuaciones.

Por ejemplo: las sorpresas pueden ser:

- * Imita a un animal.
- * Explica cómo se produce el cáncer de cuello uterino.
- * Desfila por la pasarela.
- * ¿Cómo se llama el virus que produce el cáncer de cuello uterino?
- * ¿Qué mujeres están en mayor riesgo de contraer el cáncer de cuello uterino?
- * Diga un piropo.
- * ¿Cómo se llama el nuevo examen para detectar el cáncer de cuello uterino?
- * Diga un chiste.
- * ¿Cuál es la importancia de realizarse el examen de Papanicolaou?
- * ¿Qué requisitos se debe tomar en cuenta para hacerse el examen de Papanicolaou?
- * Canta una canción.
- * ¿Cuándo se debe hacerse el examen de Papanicolaou?
- * Haga una mueca.
- Después de cada pregunta contestada, se consulta (todas) al jurado para saber si está conforme con la respuesta, si dice que sí se premia con un aplauso, y si dice que no, se hace la corrección

❖ **RECOMENDACIÓN**

- De acuerdo al número de participantes, se pueden repetir los mensajes, o puede haber papeles en blanco, sin sorpresa.

Alforja (1994) destaca algunas recomendaciones para el uso adecuado de las técnicas participativas en el trabajo con grupos, tales como:

- Considerar que las técnicas deben dirigirse hacia el logro de un objetivo preciso. Una vez definido el objetivo de sesión, se elige la técnica más adecuada que favorezca el logro del mismo.
- Precisar el procedimiento a seguir en la aplicación de la técnica, en función del número de participantes y tiempo disponible.²⁰

2.2. SESIÓN EDUCATIVA

La sesión educativa se define como el conjunto de estrategias de enseñanza/aprendizaje que cada educador diseña y organiza con secuencia lógica, en función de los procesos cognitivos o motores y los procesos pedagógicos orientados al logro de los aprendizajes previstos en cada unidad didáctica.

El fin de la sesión educativa es construir conocimientos, clarificar valores y actitudes, desarrollar competencias para la vida en común. Los conocimientos son importantes porque permiten su incorporación en las estructuras mentales de la persona, quien, de esta manera, puede hacer uso de ellos. Desarrollar capacidades implica tener en cuenta que procesos cognitivos y que procesos pedagógicos son necesarios para el logro de los aprendizajes. Es en función de este conocimiento previo que podemos plantear las estrategias y actividades más adecuadas en la sesión.²¹

2.2.1 MOMENTOS PARA DESARROLLAR LA SESIÓN EDUCATIVA

Es el conjunto de actividades que diseña y organiza el facilitador con secuencia lógica y que permite desarrollar un conjunto de aprendizajes.

1) Momento de Motivación

La motivación es el conjunto de estados y procesos internos de las mujeres que despiertan, dirigen y sostienen una actividad determinada, esta es permanente pero para iniciar la sesión educativa se debe de desarrollar una motivación inicial.

Se debe considerar que si bien las mujeres están físicamente con nosotros, puede que mentalmente no lo éste, esto puede ser debido a muchos factores, tales como: Problemas familiares, características psicológicas, problemas propios de su edad, etc., que no lo predisponen para el aprendizaje.

Por tanto, la motivación de inicio debe lograr ponerlo en condiciones psicológicas, afectivas y físicas para iniciar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Este primer momento tiene por finalidad:

- Despertar el interés de las mujeres
- Averiguar los conocimientos previos de las mujeres
- Activar con claridad el propósito o meta que se va a conseguir en la sesión educativa
- Presentar con claridad el propósito o meta que se va a conseguir en la sesión educativa.

En este momento el facilitador da libertad a su capacidad creativa para romper el hielo entre facilitador y las mujeres, que se expresa en la apatía, indiferencia, temor, sentimientos de inferioridad, egoísmo, falta de solidaridad, pasivismo, etc.

Esta situación debe ser transformada en confianza, deseos de participar, interés por aprender, es decir, debe generarse un clima favorable para el aprendizaje activo, para la participación plena del participante en la construcción de sus aprendizajes y para la comunicación horizontal que permita la interacción entre el facilitador y las mujeres participantes.

2) Momento Básico.

En este momento se imparten los conocimientos mínimos requeridos para comprender por qué se realiza un procedimiento y que conocimientos científicos sustentan al proceso y al producto que se va a producir.

El aprendizaje del conocimiento es importante porque es un complemento del saber hacer, esto quiere decir que, la información proporcionada tiene sentido en la medida en que se relaciona directamente con la práctica y sirve de instrumento para enriquecer el desempeño profesional.

Esta fase tiene por finalidad:

- Desarrollar la parte teórica sobre el cáncer de cuello uterino

- Proporcionar los conocimientos relacionados con las causas, factores de riesgo y medios de diagnóstico del cáncer de cuello uterino

La realización de este momento comprende una serie de actividades, en las que las mujeres se enfrentan al nuevo conocimiento, poniendo en juego su proceso cognitivo, analice y comprenda.

Comprenda lecturas, explicaciones, observación de imágenes, videos, debates, talleres, juegos, etc., en los cuales las mujeres reciben la información teórica, de manera personal o grupal. Se recomienda que las mujeres participen activamente en este momento y no se constituyan en un ente pasivo que solo escucha y trata de memorizar hasta aquello que no comprende. Se sugiere programar actividades en las que se participe activando la mayoría de sus sentidos, es decir. Debe leer, escuchar, hablar y escribir, de esta manera incorporará conocimientos comprensivos y elaborados por ellas mismas, a sus esquemas mentales. Así mismo, se recomienda considerar el trabajo en equipo para propiciar la socialización de los aprendizajes.

3) Momento Práctico.

Es el momento de la sesión educativa en que el facilitador enseña los aspectos prácticos referente al cáncer de cuello uterino, y las mujeres realicen conjuntos de actividades motrices para desarrollar sus habilidades y destrezas. Comprende la demostración del procedimiento que deben aprender las mujeres con el asesoramiento y apoyo personalizado. Se constituye el momento más importante del proceso de enseñanza y aprendizaje sobre el cáncer de cuello uterino y al que se le debe dedicar mayor tiempo, porque se aprende mejor haciendo.

Para ello el facilitador debe explicar y ejecutar la tarea que aprenderán las mujeres, el facilitador debe enseñar los procedimientos de cada tarea, y las mujeres deben de practicarlo hasta dominarlo y adquirir la experiencia.

Esta fase tiene por finalidad:

- Demostrar a las mujeres los procedimientos de la tarea que van a aprender

- Desarrollar la práctica de las mujeres, recuerde que la práctica es imprescindible para el aprendizaje
- Proporcionar ayuda pedagógica personalizada durante la práctica para que las mujeres poco a poco asuman el control sobre la tarea.

4) Momento de Evaluación.

Es el momento donde las mujeres demuestran la ejecución de la tarea aprendida para su evaluación correspondiente. Permite a las mujeres tomar conciencia de la calidad del trabajo que están realizando, para poder mejorarla y, por consiguiente, identificar las operaciones o tareas que domina y las que todavía tienen dificultades para realizarlas con experticia.

Permite al facilitador identificar los procedimientos que no domina el participante, para apoyarlo de manera personalizada.

Este momento tiene por finalidad:

- Comprobar la ejecución autónoma del procedimiento aprendido
- Comprobar el control total de la operación que aprendió el participante
- La reconstrucción mental, por parte del participante, de los procedimientos que aprendió, con la finalidad de identificar las dificultades y mejorar continuamente.

En este momento el facilitador debe realizar un seguimiento sistemático utilizando un instrumento en el que pueda registrar el desempeño de las mujeres de manera individual.

5) Momento de Extensión.

En este momento se amplía el contenido del aprendizaje a otras situaciones más concretas, donde el facilitador transfiere su aprendizaje para reforzar y generar nuevos aprendizajes.

La actividad de aprendizaje tiene relación con el interés de las mujeres y puede estimular y motivar su participación, generando las condiciones para desarrollar las competencias previstas, permitiendo construir aprendizajes con el apoyo de los capacitadores y sus compañeros.

Además en este momento es donde las mujeres deben realizar su compromiso después de la sesión educativa el cual debe ser mencionado con sus propias palabras, este también puede ser plasmado o escrito en un papelote, puesto que el compromiso es la base para producir cualquier tipo de cambio, es importante para el logro de metas, es la posibilidad de crear nuevas prácticas en nuestra manera de hacer y nuevas interpretaciones en nuestra manera de pensar.²²

2.3. EDUCACIÓN EN ADULTOS

2.3.1 TEORÍA DE LA ANDRAGOGÍA

Andragogía es la ciencia que se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de participación y horizontalidad; cuyo proceso, al ser orientado con características sinérgicas por el facilitador del aprendizaje, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su auto-realización”.

Dentro de la andragogía, el proceso de aprendizaje, es diferente y se proyecta con un mayor alcance que el de ser un receptor pasivo, tomador de apuntes, conformista, resignado memorista o simple repetidor de las enseñanzas impartidas por el facilitador. La participación implica el análisis crítico de las situaciones planteadas, a través del aporte de soluciones efectivas.²³

La aplicación de estrategias metodológicas, se fundamentan en una serie de actividades y tareas, orientadas por el facilitador, con criterios de participación y horizontalidad, que capacitan a los participantes, considerando sus experiencias en el manejo de información a través de métodos, técnicas y procedimientos que les permitan aprender con efectividad nuevos conocimientos de manera autodirigida.²⁴

2.3.2. ELEMENTOS DEL MODELO ANDRAGÓGICO

Un modelo andragógico debe contar con los siguientes elementos:

a. La participante

Es el principal recurso en el proceso de aprendizaje. La participante se apoya en sus propios conocimientos y experiencias pasadas. Quien debe continuar con la explotación y descubrimiento de sus potenciales, talentos y capacidades. Es por ello que todo aprendizaje solo puede efectuarse si existe continuidad y total congruencia, en el nivel del ser como el hacer.

b. La facilitadora

La facilitadora es quien se encarga del proceso de transferencia de conocimientos, ya que desempeña varios roles y se convierte en agente de cambio, relación, tutor y mentor. Además que planifica y organiza la actividad educativa. En la praxis andragógica, la facilitadora deja de ser la figura central del proceso de aprendizaje y toma en cuenta los talentos y capacidades de cada mujer participante por lo que debe tener en cuenta que el aprendizaje no se aprovecha si las participantes están desmotivadas, aburridas o desinteresadas.²⁵

c. Las participantes

Las participantes, constituyen el conjunto de recursos, debido a sus experiencias previas y de su voluntad para aprender, es por ello que cada participante se convierte en agente de aprendizaje. La facilitadora proporciona las interacciones interpersonales y organiza la actividad educativa, cuyo principal actor, como lo señalamos, es la participante, como socio del aprendizaje.

d. El entorno

La creación de un ambiente socio-emotivo adecuado es necesaria para hacer propicio el proceso de aprendizaje. Así también los espacios físicos y los instrumentos tecnológicos constituyen factores importantes para facilitar el aprendizaje”. El medio ambiente: Es posible distinguir tres tipos de medio ambiente. El primero comprende el medio ambiente inmediato, creado para realizar el aprendizaje, es decir, la actividad educativa. El segundo se relaciona con el organismo educativo que facilita los recursos y los servicios humanos y materiales. El tercer tipo comprende a las instituciones y a las agrupaciones sociales.²⁶

2.4. PREVENCIÓN

La prevención es el conjunto de acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a proteger a las mujeres de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su proceso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Además implica diagnosticar y tratar oportunamente hasta rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de padecimiento.

El propósito de los programas de prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de las mujeres además que promuevan en cada una de ellas una vida sana, productiva y placentera.²⁷

2.4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso de salud, está basada en la idea de actuar antes de que aparezca la enfermedad, la prevención primaria se centra en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad y se encarga de identificar y modificar los factores que llevan a desarrollar el cáncer de cuello uterino. Las metas

de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud.

La mejor herramienta a utilizar en la prevención primaria es la educación a la población respecto a la aparición del cáncer de cuello uterino y de sus factores. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes. La prevención primaria se caracteriza por la promoción de la salud de la mujer en edad fértil a fin de fomentar estilos de vida saludable y conductas para reducir al mínimo el riesgo de cáncer de cuello uterino.²⁷

2.4.2. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo promoción de la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.⁴⁹

2.5. ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

2.5.1. DEFINICIÓN

Orta (2003), señala que el cáncer de cuello uterino es muy frecuente en las mujeres, y consiste en una enfermedad en el que se encuentran células (malignas) en

los tejidos del cuello uterino, quien empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, y empiezan a aparecer células anormales. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.²⁹

Sin embargo se puede afirmar que las mujeres en edades entre 30 y 60 años acuden a los centros de salud para el despistaje cuando sienten uno o más síntomas.

Por lo antes expuesto, es importante señalar que las usuarias pueden sospechar, desde el inicio, que está en proceso una patología pero, no acuden al médico por las siguientes causas:

- Falta de insumos
- Temor al diagnóstico
- Ignorancia

Según Shirley y Otto (1999), en su libro Enfermería Oncológica, indican que el cáncer de cuello uterino se desarrolla principalmente en la unión escamocolumnar, es decir en el área del cuello uterino en donde las células escamosas del revestimiento vaginal y de la porción externa del cuello se unen con las células columnares que tapizan el canal endocervical. En las mujeres jóvenes esta unión se encuentra en la porción externa del cuello uterino (exocervix). Con la edad, los cambios en el pH vaginal desencadenan un proceso de metaplasia escamosa en el que las células escamosas comienzan a cubrir las células columnares, lo cual produce un área denominada zona de transformación. Con el tiempo la unión escamocolumnar se desplaza del exocervix hacia el canal endocervical.³⁰

2.5.2. ETIOLOGÍA

Ortiz y Colbs (2004), plantean que el cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-

B.07 y HLA-B.0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HL A-DRB1.1301.³¹

Shirley y Otto (1999), expresan que se desconoce la etiología del cáncer de cuello uterino, sin embargo la información sugiere una fuerte relación entre la historia y las prácticas sexuales y la incidencia de esta enfermedad. La alimentación y el estilo de vida también se han identificado como cofactores en su desarrollo.³⁰

Mongrut (2000) refiere que como no se ha precisado la etiología del cáncer, se hace referencia a las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino, agrupándolas como factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes generalmente comunes en las mujeres afectadas.³²

2.5.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El Instituto Nacional del Cáncer (2003), señala que el cáncer del cuello uterino en sus comienzos suele ser asintomático y cuando se manifiesta presenta los siguientes síntomas:

- **Hemorragia postraumática:** Se presenta después del coito, ducha vaginal o defecación.
- **Hemorragia Vaginal:** La salida de sangre ocurre a intervalos irregulares entre uno y otro periodo menstrual (metrorragia) y después de la menopausia puede ser mínima, al evolucionar la enfermedad, la salida de sangre puede volverse constante y aumentar su volumen.
- **Flujo Vaginal:** Durante mucho tiempo la leucorrea puede ser el único síntoma “habitual” anómalo. La secreción poco a poco aumenta el volumen, adquiere consistencia acuosa y por último es oscura y fétida por la necrosis e infección de la masa tumoral.
- **Dolor intenso en la espalda y extremidades inferiores:** En la medida que el cáncer avanza, también ataca a los nervios de esas regiones, que solo alivia con grandes dosis de narcóticos.
- **Fiebre:** En ocasiones se presenta fiebre irregular por infecciones secundarias, peritonitis y accesos en la masa ulcerada.

- **Anemia:** Se presentan las anemias graves como partes de cuadro final del cáncer de cuello uterino.
- **Pérdida de peso:** Es característico dentro del cuadro final del Cáncer de cuello uterino (CACU).³³

2.5.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

- **Citología exfoliativa de cérvix:** El diagnóstico idealmente debe ser preventivo y en la etapa de los precursores, para lo cual el Papanicolaou es la prueba inicial básica en la lucha contra el cáncer para detectar lesiones intraepiteliales precoces.
- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para la confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente. Consiste en investigar zonas de reepitelización atípica, base, mosaico y atipia vascular.
- **Biopsia:** Para descartar, confirmar o precisar características, histológicas de los hallazgos en la citología y la colposcopia.³³

2.5.5. TRATAMIENTO

2.5.5.1 RADIOTERAPIA

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer que utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia. La radioterapia utiliza una máquina fuera del cuerpo que envía rayos al cáncer. La radioterapia interna utiliza una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca del mismo. La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado.

La radioterapia de intensidad modulada (RTIM) es un tipo de radioterapia tridimensional (3-D) en la que se usa una computadora para crear imágenes del tamaño y la forma del tumor. Se dirigen haces finos de radiación al tumor de

intensidades (potencia) diferentes desde varios ángulos. Este tipo de radioterapia causa menos daño al tejido sano cercano al tumor.

2.5.5.2 QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es un tratamiento contra el cáncer para el que se utilizan medicamentos para interrumpir el crecimiento de células cancerosas, mediante su destrucción o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan las células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas en esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administra la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado.

2.5.5.3 CIRUGIA

La cirugía (extirpación del cáncer en una operación) se utiliza a veces para tratar el cáncer de cuello uterino. La conización es el procedimiento para extraer una porción de tejido en forma de cono del cuello y el canal uterino. Un patólogo examina el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas, también se puede usar para diagnosticar o tratar una afección cervical.³⁴

2.6. FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

2.6.1. INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS HUMANO (VPH)

Según Mongrut (2000), a la fecha se han acumulado investigaciones que demuestran la existencia de vinculación entre el cáncer de cuello uterino y algunos

virus precisamente oncógenos. Existe asociación entre el herpes virus simple tipo 2, de la enfermedad herpética genital y el papiloma virus humano del condiloma acuminado, con la enfermedad del cáncer de cuello uterino.³²

Ortiz Y Colbs (2004), refieren que el VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. En adultos se observaba en lesiones ano-genitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección con VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos. La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático.³¹

2.6.2. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Ortiz y Colbs (2004) plantean que existe relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.³¹

Según Mongrut (2000) manifiesta que el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos.³²

2.6.3. EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Ortiz y Colbs (2004), refieren que el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es de 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.³⁰

Mongrut (2000), sustenta que investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significa un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predisponen a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino.³¹

Castañeda, Iniguez Y Colbs (1998), plantean que el riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor.³⁵

2.6.4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *chlamydia trachomatis* o herpes simple. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.

2.6.5. MULTIPARIDAD

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo de 80% mayor de presentar lesión intraepitelial a diferencia de las nulíparas; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce hijos aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.³⁵

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces.

2.6.6. BAJOS NIVELES NUTRICIONALES

Se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por el virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre cierta depresión de los niveles de ácido fólico, lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en múltiparas. La ingestión de comidas ricas en vitamina A y antioxidantes fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto.

2.6.7. FACTOR GENÉTICO

Aunque el VPH es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el VPH parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos

haplotipos de HLA es predisponentes a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por VPH y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino.³⁵

2.7. DETECCIÓN PRECÓZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

2.7.1. DETECCIÓN PRECÓZ

La detección temprana se refiere a las pruebas que se realizan para encontrar una enfermedad, como el cáncer, en personas que no presentan síntomas de esa enfermedad. Para algunos tipos de cáncer, las pruebas de detección pueden ayudar a encontrar cánceres en una etapa inicial cuando son más fáciles de curar. El objetivo de las pruebas de detección es ayudar a las personas a vivir vidas más saludables y por más tiempo. Una de las pruebas de detección temprana del cáncer de cuello uterino es el examen de Papanicolaou.

2.7.2. EXAMEN DE PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou es un examen citológico cuyo objetivo es detectar cambios en las células del cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (matriz) que se conecta a la vagina (canal del parto.) La prueba de Papanicolaou puede decirle si tiene una infección, células anormales (no saludables) o cáncer de cuello uterino.³⁶

✓ IMPORTANCIA DEL PAP

Es una prueba muy importante para las mujeres, porque ayuda a detectar a tiempo el Virus del Papiloma Humano (VPH), que causa el cáncer de cuello uterino. Además forma parte del cuidado rutinario de la salud de la mujer, ya que al igual que otros tipos de cáncer, el de cuello uterino puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta en etapas tempranas y consecuentemente prolongar la vida y la calidad de la misma.³⁷

✓ EDAD PARA REALIZARSE EL PAP

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el VPH es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer de cuello uterino a través de los servicios de tamizaje. Actualmente se considera que la primera prueba de Papanicolaou debe de realizarse a los 18 años o aproximadamente 3 años después del comienzo de la actividad sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomaran cada tres años hasta la edad de 35 años. A partir de esta edad, el examen citológico será hecho cada 5 años hasta la edad de 60.

Por ello el ministerio de salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada tres años cuando sus dos primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos.³⁷

✓ MOMENTO INDICADO PARA REALIZARSE EL PAP

El cáncer cervical se presenta más frecuentemente después de 40 años, y la displasia de alto grado generalmente se puede detectar hasta 10 años antes de que el cáncer se presente, siendo la tasa más elevada de displasia alrededor de los 35 años.

En relación a los programas de detección en el Perú, las mujeres pertenecen a tres grupos con diferente riesgo para desarrollar cáncer del cuello uterino:

- **Grupo de mujeres con bajo riesgo;** es decir aquella que nunca tuvieron relaciones sexuales, que fueron sometidas a histerectomía por proceso benigno o que tuvieron exámenes periódicos hasta la edad de 60 años, no tienen necesidad de recurrir a los programa de detección.
- **Grupo de mujeres en actividad sexual,** estas pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestra debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomaran cada tres años.

- **Grupo de mujeres con alto riesgo**, estas tienen como característica, el inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente es más numeroso.³⁸
- ✓ **CONDICIONES PARA REALIZARSE EL PAP**
 - No estar en el periodo menstrual (regla)
 - En las 48 horas previas al examen no está permitido:
 - Tener relaciones sexuales
 - Efectuar duchas vaginales
 - Recibir tratamientos intravaginales (óvulos, cremas)
 - Examen ginecológico, colposcopia u otras maniobras intravaginales

2.8. CONOCIMIENTO

Para Bunge (1980), conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos. Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente de cada individuo de una forma que es única para cada persona.³⁹

Bertrand (1983), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia. El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto, el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto.⁴⁰

2.8.1. CONOCIMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente a la prevención del cáncer de cuello uterino partiendo de principios teóricos y/o científicos. El

termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones, es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos.

De lo expuesto se concluye que el conocimiento es el conjunto de ideas precisas o vagas producto de la experiencia vivencial. Al relacionar el tema de investigación las mujeres en edad fértil asumirán conductas sexuales saludables y responsables además de iniciar la detección precoz del cáncer de cuello uterino con el examen de Papanicolaou, si están informadas y concientizadas sobre medidas preventivas del Cáncer de Cuello Uterino o hubieran experimentado la enfermedad en personas allegadas.⁴⁰

2.9. NIVELES DE CONOCIMIENTO

Es el conjunto de conocimiento adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de las mujeres, lograda por la integración de los aspectos sociales, intelectuales y experiencias en la actividad práctica, por lo que sus conceptos y su saber determina el cambio de conducta frente a la problemática de salud del cáncer de cuello uterino y la solución acertada frente a ello. Constituye los conocimientos adquiridos por las mujeres en estudio acerca de la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. Esta puede ser medida a través de una escala nominal bajo las siguientes categorías:

- ✓ **Bueno:** Denominado también como “óptimo”, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada con respecto a la prevención primaria del cáncer del cuello uterino.
- ✓ **Regular:** Llamado también “medianamente logrado”, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino.
- ✓ **Deficiente:** Considerado como “pésimo” porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión básica; los términos no son básicos, no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica.⁴¹

III. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La Metodología Participativa de Enfermería es efectiva en la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino, porque promueve la reflexión compartida, el análisis crítico, el cuestionamiento en profundidad y la resolución de problemas colectivos, lo que habilita y ayuda a las mujeres a profundizar, mejorar y construir nuevos conocimientos; además sensibiliza la toma de decisiones positivas frente a cualquier situación de salud como medio de diagnóstico oportuno, debido a que las metodologías participativas tratan a las mujeres como sujetos activos a quienes se les implica, motiva, inspira y empodera con el tema desarrollado para que en un futuro emprendan acciones individuales y colectivas sostenidas en beneficio de su propia salud.¹⁷

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- La Metodología Participativa de Enfermería es efectiva en el conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de cuello uterino en las mujeres.
- La Metodología Participativa de Enfermería es efectiva en el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino en las mujeres.
- La Metodología Participativa de Enfermería es efectiva en el conocimiento sobre el diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou en las mujeres.

IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

.1. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente:

Metodología Participativa de Enfermería

Variable Dependiente:

Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino



4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIEMPO
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Metodología Participativa de Enfermería</p> <p>Es la enseñanza intencionada y la capacidad de la enfermera para producir el efecto deseado, haciendo uso de un conjunto de técnicas, procesos, procedimientos y herramientas educativas que posibiliten la generación e incremento de conocimientos sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino en las mujeres.</p>	<p>Técnicas participativas</p>	<p>1ra SESION EDUCATIVA PARTICIPATIVA</p> <p>Tema: Aspectos Generales y Factores de Riesgo del Cáncer de Cuello Uterino</p> <p>MOMENTOS DE UNA SESION EDUCATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de Motivación <p>Técnica: “Buscando tu mitad”</p> <p>Con imágenes de cuello uterino con alteraciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento Básico <p>Tema desarrollado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos y Síntomas del cáncer de cuello uterino - Medios de diagnostico - Tratamiento - Factores de Riesgo del cáncer de cuello uterino <p>Técnica: “Rompecabezas”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento Práctico <p>Técnica: “Las burbujas”</p> <p>Para identificar las causas de cáncer de cuello uterino y el crecimiento anormal de las células</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de Evaluación <p>Técnica: “La papa quema”</p> <p>Preguntas sobre los aspectos generales y los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de Extensión <p>Técnica: “Refranes”</p> <p>Ideas claves escritas en tarjetas para ser pegadas en un lugar visible de su dormitorio.</p>	<p>5 minutos</p> <p>22 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>8 minutos</p> <p>5 minutos</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIEMPO
Metodología Participativa de Enfermería	Técnicas participativas	<p>2da SESIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA</p> <p>Tema: Diagnóstico de detección precoz por Examen de Papanicolaou</p> <p>MOMENTOS DE UNA SESION EDUCATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento de Motivación 	5 minutos
		<p>Técnica: “Lluvia de ideas por tarjetas”</p> <p>Preguntas claves: ¿Conocen algún caso de una persona que haya tenido cáncer de cuello uterino?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento Básico <p>Tema desarrollado: Diagnóstico precoz por examen de Papanicolaou :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Momento oportuno - Condiciones y requisitos <p>Técnica: “Presentación de láminas”</p>	22 minutos
		<ul style="list-style-type: none"> • Momento Práctico <p>Ordenar ideas referidas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momento oportuno - Condiciones y requisitos <p>Técnica: “En río revuelto, ganancia de pescadores”</p>	15 minutos
		<ul style="list-style-type: none"> • Momento de Evaluación <p>Técnica: “Competencia de sorpresas”</p> <p>Preguntas referidas al momento oportuno, condiciones, requisitos para realizarse el examen de Papanicolaou</p>	8 minutos
		<ul style="list-style-type: none"> • Momento de Extensión <p>Técnica: “Refranes”</p> <p>Ideas claves sobre el tema desarrollado, escritas en tarjetas para ser pegadas en un lugar visible de su dormitorio</p>	5 minutos

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE
<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino</p> <p>Es el conjunto de actividades orientadas a proteger la salud de las mujeres con respecto a la aparición del cáncer de cuello uterino, la que incluye estrategias de educación en salud sexual sobre aspectos generales, factores de riesgo y la detección precoz por examen de Papanicolaou así como la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo los controles periódicos de la salud – Papanicolaou .</p>	<p>Aspectos Generales del Cáncer de Cuello Uterino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición. - Etiología - Signos y síntomas - Medios de diagnósticos - Tratamiento <p>Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección con papiloma virus humano. - Numero de compañeros sexuales. - Edad de la primera relación sexual. - Infecciones de transmisión sexual. - Multiparidad - Bajos niveles de micronutrientes - Factor genético <p>Detección precoz por Examen de Papanicolaou:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del PAP - Edad para realizarse el PAP - Momento indicado para realizarse el PAP - Condiciones para realizarse el PAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Si la respuesta es acertada respecto a los aspectos generales - Si la respuesta tiene una integración parcial de la idea respecto a los aspectos generales - Si la respuesta carece de fundamentación lógica respecto a los aspectos generales - Si la respuesta es acertada respecto a los factores de riesgo - Si la respuesta tiene una integración parcial de la idea respecto a los factores de riesgo - Si la respuesta carece de fundamentación lógica respecto a los factores de riesgo - Si la respuesta es acertada respecto a detección precoz por examen de Papanicolaou - Si la respuesta tiene una integración parcial de la idea respecto a detección precoz por examen de Papanicolaou - Si la respuesta carece de fundamentación lógica respecto detección precoz por examen de Papanicolaou 	<p>BUENO (2p)</p> <p>REGULAR (1p)</p> <p>DEFICIENTE (0p)</p> <p>BUENO (2p)</p> <p>REGULAR (1p)</p> <p>DEFICIENTE (0p)</p> <p>BUENO (2p)</p> <p>REGULAR (1p)</p> <p>DEFICIENTE (0p)</p>

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad de la Metodología Participativa de Enfermería en la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de cuello uterino de las mujeres del grupo experimental y control antes (Pre-Test) y después (Post-Test) de la metodología participativa.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino de las mujeres del grupo experimental y control antes (Pre-Test) y después (Post-Test) de la metodología participativa.
- Evaluar el nivel de conocimientos sobre detección precoz a través de examen de Papanicolaou de las mujeres del grupo experimental y control antes (Pre-Test) y después (Post-Test) de la metodología participativa.
- Comparar el nivel de conocimientos sobre la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino de las mujeres entre el grupo experimental y control antes (Pre-Test) y después (Post-Test) de la metodología participativa.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a. TIPO DE INVESTIGACIÓN

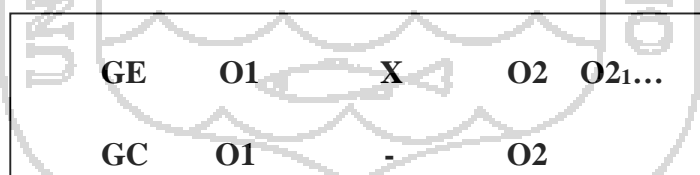
El diseño de investigación fue CUASI-EXPERIMENTAL, con pre-test y post-test, con un grupo experimental y control.

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

Comparativo, porque existieron dos poblaciones de donde procedió el grupo experimental y el control, donde se compararon variables para contrastar las hipótesis: general y específicas.⁴²

b. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente diagrama representó el diseño:



Donde:

GE : Representó el grupo experimental.

GC : Representó el grupo control.

O1 : Representó la medición previa de la variable dependiente, conocimiento sobre la prevención primaria del Cáncer de Cuello Uterino antes de la educación con metodología participativa en el grupo experimental y en el grupo control (Pre-Test)

X : Representó la aplicación de la metodología participativa de enfermería a los sujetos del grupo experimental.

O2 : Representó la medición de la variable dependiente, conocimiento sobre la prevención primaria del Cáncer de Cuello Uterino después de la educación con metodología participativa en el grupo experimental y en el grupo control. (Post-Test).

(O2₁...) : Representó la medición que se realizó después del primer control.

6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

6.2.1. UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizó en el Asentamiento Humano Pueblo Libre ubicado en el distrito de Ayaviri, provincia de Melgar del departamento de Puno.

El Asentamiento Humano Pueblo libre se encuentra al sur de la ciudad de Ayaviri y es caracterizado por un clima variado, se distinguen dos estaciones bien marcadas una lluviosa en los meses de Octubre a Marzo y la otra seca e invernal de Abril a Setiembre, su temperatura media anual varía de 18-20°C máxima y la mínima es 0°C. Limita por el Norte con la Cordillera de Carabaya, al Este y Sur las Pampas de Lampa y Azángaro y el Oeste con la Cordillera del Vilcanota.

6.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población se caracteriza por mantener vivas las costumbres ancestrales, el idioma que manejan es el castellano y quechua; el Asentamiento Humano Pueblo Libre actualmente cuenta con una población femenina de 92 mujeres, cuyas edades oscilaron entre 20 a 49 años de edad.

La población que se estudió fueron mujeres en su mayoría madres de familia, algunas de ellas madres solteras, mujeres con familias extensas (multíparas) y en su mayoría con antecedentes de infecciones cervicovaginales. Las mujeres tienen grado de instrucción hasta el nivel secundaria (completa e incompleta) y un disminuido número hasta el nivel superior (universitario o técnico), se dedican a diferentes actividades ocupacionales, siendo en su mayoría amas de casa, seguido por comerciantes informales y en menor proporción empleados; de estado civil conviviente la mayor parte de ellas, con un nivel socioeconómico y cultural es entre un nivel medio y bajo.

6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

6.3.1. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por 92 mujeres cuyas edades oscilaron entre 20 a 49 años de edad del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri 2014.

6.3.2. MUESTRA

6.3.2.1. LA UNIDAD DE ANÁLISIS

Fue la mujer cuya edad oscila entre 20 a 49 años de edad.

6.3.2.2. TIPO DE MUESTREO

Se utilizó el muestro probabilístico para población finita, la muestra de estudio estuvo representado por mujeres cuyas edades oscilan de 20 a 49 años de edad, residentes del Asentamiento Humano Pueblo Libre. Para

determinar el número de participantes, se realizó un muestreo probabilístico para poblaciones finitas, empleando la siguiente fórmula estadística: ⁴²

$$n_0 = \frac{NpqZ^2}{(N-1)E^2 + Z^2pq}$$

Donde:

n = Muestra

N = Tamaño de la población

Z² = Nivel de confianza 95% (1.96)

p = Proporción de las mujeres con conocimiento sobre prevención primaria del cáncer de cuello uterino (0.3)

q = Proporción de las mujeres sin conocimiento sobre prevención primaria del cáncer de cuello uterino (0.7)^{10 y 15}

E² = Error muestral (0.05)

Reemplazando en la fórmula los valores hallados:

$$n_0 = \frac{(92)(0.3)(0.7)(1.96^2)}{0.05^2(92 - 1) + (1.96)^2(0.3)(0.7)}$$

n₀ = 72 mujeres

6.3.2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Del total de la muestra 72 mujeres, se asignó la conformación de los grupos experimental y control según criterios de inclusión y exclusión, quedando un total de 40 mujeres, quienes reunieron características personales como: edad y nivel de instrucción.

La muestra asignada se dividió en:

- 20 mujeres para el grupo experimental, a quienes se les aplicó la intervención propiamente dicha.
- 20 mujeres para el grupo control, quienes recibieron consejerías por parte del Puesto de Salud y se constituyeron en referentes para la comparación de resultados.

❖ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres con nivel de instrucción primaria, secundaria o superior
- Mujeres que hablen castellano
- Mujeres que acepten participar voluntariamente y otorguen el consentimiento libre e informado

❖ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que tengan discapacidades (auditivas, visuales, etc.)
- Mujeres que no desean participar en el estudio
- Mujeres que actualmente residen en lugares alejados del lugar de estudio.

6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.4.1. TÉCNICA

Se utilizó como técnica de investigación la encuesta, con el fin de obtener información acerca del conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino de las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre.⁴³

6.4.2. INSTRUMENTO

En la investigación se aplicó el cuestionario⁴³ estructurado teniendo como base los utilizados en los estudios de Salinas y Villarroel,¹¹ y Acevedo⁴⁴; consta de

17 preguntas cerradas con varias alternativas, está conformado por las siguientes partes:

1ra Parte: Consta el encabezamiento y las instrucciones, además de una sección de datos para las características personales de las mujeres: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y número de hijos.

2da Parte: Compuesta por cinco preguntas sobre aspectos generales del cáncer de cuello uterino, donde la pregunta (1) tiene solo una respuesta buena y las preguntas (2, 3, 4 y 5) tiene varias respuestas verdaderas.

3ra Parte: Tiene ocho preguntas referente a los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, donde las preguntas (6, 7, 8, 9, 10, 11) tienen solo una respuesta verdadera y la pregunta (12 y 13) tiene varias respuestas verdaderas.

4ta Parte: Constituida por cuatro preguntas en cuanto al diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou, donde las preguntas (13, 14, 15 y 16) tienen solo una respuesta verdadera. (ANEXO 01)

6.4.2.1. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se sometió a la validez externa mediante una prueba piloto, se aplicó a 08 mujeres cuyas edades oscilan entre 20 a 49 años de edad, quienes residen en el Asentamiento Humano Huerta Huaraya (YANAMAYO) de la ciudad de Puno y poseen características similares a la población de estudio. Se realizó la prueba piloto con el objetivo de validar el instrumento, medir la capacidad de entendimiento, corregir algunas alternativas planteadas, número de preguntas y terminologías técnicas. Para su confiabilidad se utilizó el alpha de Cronbach del programa SPSS 19 donde se obtuvo un 0.85 de confiabilidad, y para efectos del estudio ha sido modificado en cuanto al número de preguntas y alternativas de respuestas, no fue necesaria la adaptación cultural por tener terminologías acorde a nuestro medio; quedando finalmente el cuestionario con un total de diecisiete preguntas.

6.4.2.2. CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El cuestionario consta de 17 preguntas cerradas, cada pregunta tiene un valor de 2 puntos sumando un total de 34 puntos.

Las preguntas (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 y 16) contienen tres alternativas, donde una es la respuesta correcta, otra se acerca a la respuesta correcta y una incorrecta. Estas preguntas se califican de la siguiente manera:

Bueno (2 puntos) : Si la mujer responde correctamente

Regular (1 punto) : Si la mujer responde de manera regular

Deficiente (0 puntos) : Si la mujer responde incorrectamente

Las preguntas (2, 3, 4, 5, 12 y 17) tienen cuatro respuestas verdaderas, es decir, la mujer tiene la opción de responder más de dos alternativas como respuesta. Estas preguntas se calificaron de la siguiente manera:

Bueno (2 puntos) : Si la mujer responde 3 ó 4 de las 4 alternativas

Regular (1 punto) : Si la mujer responde 2 de las 4 alternativas

Deficiente (0 puntos) : Si la mujer responde 01 de las 4 alternativas

Para determinar los puntajes de acuerdo a las partes del cuestionario se aplicó la escala de stanones.⁴⁵(ANEXO 03)

Nivel de conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre –Ayaviri.

Conocimiento Bueno : 30 – 34 puntos

Conocimiento Regular : 14 – 29 puntos

Conocimiento Deficiente : 0 – 13 puntos

Nivel de conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de cuello uterino de las mujeres del asentamiento humano pueblo libre- Ayaviri.

Conocimiento Bueno : 9 – 10 puntos

Conocimiento Regular : 4 – 8 puntos

Conocimiento Deficiente : 0 – 3 puntos

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino de las mujeres del asentamiento humano pueblo libre- Ayaviri.

Conocimiento Bueno : 13 – 14 puntos

Conocimiento Regular : 7 – 12 puntos

Conocimiento Deficiente : 0 – 6 puntos

Nivel de conocimiento sobre detección precoz por examen de Papanicolaou de cuello uterino de las mujeres del asentamiento humano pueblo libre- Ayaviri.

Conocimiento Bueno : 9 – 10 puntos

Conocimiento Regular : 5 – 8 puntos

Conocimiento Deficiente : 0 – 4 puntos

6.4.2.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Después de realizar la distribución de los grupos, se procedió a explicar a las mujeres del grupo experimental sobre los objetivos y la metodología de aprendizaje del estudio, con la finalidad de aclarar dudas sobre la investigación para que su participación sea voluntaria, además se explicó que la información obtenida de las mismas se manejara de forma anónima. Una vez absueltas las dudas las participantes decidieron por iniciativa propia firmar su “CONSENTIMIENTO INFORMADO”. (ANEXO 02)

6.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.5.1. De las Coordinaciones

- Se coordinó con la presidenta del Asentamiento Humano Pueblo Libre y el Puesto de Salud Pueblo Libre con el fin de poner en conocimiento los objetivos del estudio, se entregó la carta de presentación emitida por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno. La presidenta agradeció, el interés por elegir a su población y se comprometió a

brindar las facilidades del caso, y apoyo para reunir a las mujeres, acceso al local comunal, entre otras necesidades que el estudio ameritaba.

- Para el desarrollo de la intervención educativa se solicitó a la presidenta del Asentamiento Humano Pueblo Libre la relación de mujeres registradas en los datos de población femenina cuyas edades oscilan de 20 a 49 años de edad.
- Para obtener las facilidades del caso, la presidenta se contactó con el vicepresidente, quien también brindó apoyo ofreciendo la energía eléctrica para el local ya que este no contaba con el servicio, así mismo facilitó las sillas para la comodidad de las participantes.

6.5.2. De la selección de la muestra

- Se coordinó con la presidenta del Asentamiento Humano Pueblo Libre para la selección de la muestra (mujeres en estudio), según criterios de inclusión y exclusión. Para ello la presidenta invitó a participar en la reunión que ya estaba prevista a realizarse en la tercera semana de Agosto.
- Aprovechando la reunión se aplicó el método de muestreo probabilístico, por conveniencia, mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, indistintamente se conformaron ambos grupos experimental y control.
- Después de separar los grupos según características personales como la edad y grado de instrucción se aplicó el cuestionario (PRE-TEST) con la finalidad de obtener los datos.
- Con las mujeres seleccionadas del grupo experimental se fijó la fecha para las sesiones educativas.

6.5.3. De la aplicación del instrumento (PRE-TEST)

- La recolección de datos se realizó el día 23 de Agosto del 2014 a horas 9:00am en el salón comunal del asentamiento humano pueblo libre.

- Se explicó a las mujeres de forma clara y precisa en castellano y en su propio idioma quechua, sobre el contenido del cuestionario, las preguntas, llenado de respuestas y sus respectivas instrucciones.
- Para obtener los datos se aplicó el cuestionario sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino de forma individual, la que tuvo una duración de 15 minutos.
- Se agradeció a las mujeres por la colaboración prestada para la recolección de datos.

6.5.4. Del experimento

- ❖ Para la comodidad de las mujeres se decoró y ambientó con globos y moños de cinta de agua, además se equipó con sillas el salón comunal del asentamiento humano pueblo libre, donde fue el escenario para llevar a cabo las sesiones de aprendizaje.
- ❖ A medida que las mujeres llegaban se dio un cordial saludo de bienvenida y se les puso un fotochet donde indicaba el nombre de cada una de ellas, cuyo fin fue formar lazos de amistad.
- ❖ Antes de empezar con las sesiones educativas se agradeció a las mujeres por su tiempo, interés y participación al estudio. Al mismo tiempo ellas expresaron gratitud hacia nosotras por escoger a su población.
- ❖ Se realizó la intervención educativa con metodología participativa en dos sesiones, la primera sesión educativa se realizó el 13 de setiembre del 2014 donde se desarrolló el tema sobre aspectos generales y factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, el método que se optó fue participativa para el cual se hizo uso de cinco técnicas participativas aplicadas a cada momento de la sesión educativa.
- ❖ La segunda sesión educativa se llevó a cabo el 27 de setiembre del mismo año, donde se desarrolló el tema sobre la detección precoz por examen de Papanicolaou, tuvo el mismo método de aprendizaje pero con diferentes técnicas participativas, ambas sesiones de aprendizaje tuvieron una duración de 55 minutos.

Desarrollo de las sesiones educativas, según momentos de la sesión educativa:

PRIMERA SESIÓN CON EDUCACIÓN PARTICIPATIVA

- ✓ **Tema:** Se desarrolló los aspectos generales y factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.
 - Definición
 - Etiología
 - Signos y síntomas
 - Factores de Riesgo

✓ **Método:** Expositivo-Participativo

✓ **Tiempo:** 55 minutos

✓ **Fecha:** 13 de setiembre del 2014

✓ **Momentos:**

1. **Momento de Motivación:** Se realizó con la técnica participativa “Buscando tu mitad”, con el objetivo de formar lazos de amistad entre las mujeres, motivarlas y recuperar saberes previos sobre el cáncer de cuello uterino.

Para ello se repartió a cada mujer una tarjeta con una imagen partida a la mitad referente al tema, se pidió que se agrupen de acuerdo a la imagen que tenían. Luego se pidió a los grupos formados que intercambien información como nombres, fruta preferida, expectativas sobre la imagen, etc. Finalmente cada pareja se presentó y comentaron sobre la información compartida. Todas participaron activamente en el desarrollo de la técnica participativa. (ANEXO 11).

2. **Momento Básico:** Se utilizó la técnica participativa “Rompecabezas”, con el objetivo de construir nuevos conocimientos sobre los aspectos generales y factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

Primero se explicó a las mujeres sobre el desarrollo de la técnica, seguido se formó cuatro grupos de cinco mujeres indicándoles que se sienten en círculo. Se procedió a entregar a cada grupo las piezas mezcladas de cada rompecabezas.

Las mujeres empezaron a unir y ordenar las piezas mezcladas en grupo, después de haber completado de armar el rompecabezas los grupos empezó a analizar las imágenes formadas.

Luego se invitó a cada grupo a compartir la imagen formada y comentar sus ideas, finalmente se reforzó cada rompecabezas. (ANEXO 12).

3. **Momento Práctico:** Se desarrolló la técnica participativa “Las burbujas”, con el objetivo de practicar y recordar lo aprendido sobre el cáncer de cuello uterino y así ellas podrán compartir experiencias y comentarlo con su entorno.

Para ello se pidió a las mujeres que se sienten en media luna y se empezó a entregar a cada una de ellas un vaso de agua mezclado con detergente y una cañita. Antes de iniciar la técnica se explicó a las mujeres el ciclo normal de una célula, luego se pidió que soplen la cañita para que se forme burbujas dentro del vaso dándoles a entender que así es el crecimiento normal de una célula.

Después de ello se explicó el crecimiento anormal de una célula, para la cual se introdujo en cada vaso un colorante oscuro explicándoles que este reemplazaba al virus del papiloma humano y se les preguntó ¿qué va pasando con las células?, todas las mujeres se mostraron sorprendidas por lo ocurrido. Así mismo se pidió que vuelvan a soplar lo más fuerte posible la cañita hasta que rebalse las burbujas del vaso.

Finalmente se reforzó sobre el crecimiento invasivo y descontrolado de las células dañadas a lo que llamamos cáncer. (ANEXO 13).

4. **Momento de Evaluación:** Se realizó la técnica participativa “La papa quema” con el objetivo de evaluar a las mujeres sobre el nuevo conocimiento aprendido.

Se procedió a explicar el desarrollo de la técnica para ello se formó un círculo con las mujeres y se entregado una pelota de tecnopor que simulo a una papa, luego se lanzó preguntas sobre el cáncer de cuello uterino. Las mujeres empezaron a pasar la papa una a otra y una de nosotras se vendó los ojos para empezar a decir “la papa se quema, se quema la papa...se quemó”, quien se quedó con la papa respondió a la pregunta formulada al inicio.

Las mujeres se mostraron entretenidas y respondieron adecuadamente a las preguntas formuladas. (ANEXO 14).

5. **Momento de Extensión:** Por último se aplicó la técnica participativa “Refranes” con el objetivo de que las mujeres empleen los nuevos conocimientos aprendidos sobre el cáncer de cuello uterino.

Se repartió a las mujeres tarjetas que contenían mensajes referentes al tema para que puedan recordar lo aprendido.

Finalmente concluida la primera sesión educativa se agradeció la participación de cada una de ellas, se les ofreció un pequeño refrigerio y se les entregó algunos incentivos. (ANEXO 15).

- ❖ En el desarrollo de la primera sesión de aprendizaje la técnica que más causó impacto en las mujeres fue el de “Las burbujas”, debido a que gracias a ello pudieron comprender y entender con más claridad el crecimiento anormal de una célula.
- ❖ Cuando se desarrollaba la técnica con las mujeres, ellas se mostraban sorprendidas y motivadas porque con el desarrollo de esta técnica podían apreciar de forma directa el crecimiento descontrolado de las células y tenían la oportunidad de poder explicar y mostrar cada una sobre lo aprendido.
- ❖ Otra de las técnicas que mayor impacto generó en las mujeres en la primera sesión de aprendizaje fue la técnica participativa “Rompecabezas”, porque gracias a ello cada mujer podía dar su propio análisis crítico y su aporte personal frente al tema. La técnica “Rompecabezas” promueve un trabajo colectivo, debido a que genera entre los miembros del grupo de mujeres una mejor comunicación para el análisis de la imagen ordenada y formada por ellas mismas.
- ❖ Aplicar la técnica “Rompecabezas” estimuló la participación activa de cada mujer que integraba el grupo, desarrollo capacidades de intercambio de ideas, cooperación, responsabilidad, creatividad, autonomía y juicio crítico.

SEGUNDA SESIÓN CON EDUCACIÓN PARTICIPATIVA

- ✓ **Tema:** Se desarrolló la educación referente al diagnóstico de detección precoz por Examen de Papanicolaou
- ✓ **Método:** Expositivo-Participativo
- ✓ **Fecha:** 27 de setiembre del 2014

✓ **Tiempo:** 55 minutos

- 1. Momento de Motivación:** En este primer momento se hizo uso de la técnica participativa “Lluvia de ideas por tarjetas”, con el objetivo de formar lazos de amistad entre las mujeres, motivarlas y recuperar saberes previos sobre el examen de Papanicolaou y colectivamente llegar a una síntesis o acuerdos comunes.

Se explicó el desarrollo de la técnica y se entregó un lapicero con una tarjeta de color sin contenido a cada mujer para que escriban sus ideas. Posteriormente se le invitó a comentar sobre su escrito, mientras una de nosotras escribía en la pizarra las ideas de cada mujer, todas participaron activamente en la técnica. Finalmente se aclaró y reforzó cada una de las ideas propuestas. (ANEXO 16).

- 2. Momento Básico:** Se desarrolló la técnica participativa “Presentación de láminas”, con el objetivo de construir nuevos conocimientos ya que la técnica permite representar situaciones y analizar las reacciones de cada una de las mujeres.

Primero se explicó el desarrollo de la técnica, y posteriormente se formó cinco grupos de cuatro mujeres. A cada grupo se entregó una lámina referente al examen de Papanicolaou para que lo analicen.

Luego se invitó a un representante de cada grupo para que expliqué lo analizado por el grupo y finalmente se reforzó el tema expuesto de cada lámina. (ANEXO 17).

- 3. Momento Práctico:** Se aplicó la técnica participativa “En río revuelto, ganancia de pescadores”, con el objetivo de practicar y recordar lo aprendido por cada una de las mujeres.

Primero se formó un círculo en el piso con cinta de agua simulando un río, y dentro de ello se colocó a los pececitos de papel, donde contenían ideas sobre el examen del Papanicolaou.

Luego se procedió a explicar sobre el contenido de la técnica y se formó cinco grupos de cuatro mujeres para participar. Posteriormente se invitó a participar de manera voluntaria a los grupos. A cada mujer del grupo se le entregó un anzuelo casero y se les indicó que tenían solo dos minutos para poder pescar los pececitos. Una vez pescados todos los pececitos se pidió a cada grupo ordenar las ideas puestas en cada pececito. A medida que iban ordenando las ideas los

grupos, se discutió sobre ello con la finalidad de aclarar las dudas y reforzar las ideas.

Las mujeres en esta técnica se mostraron muy activas y entretenidas, pedían participar constantemente. (ANEXO 18).

4. **Momento de Evaluación:** Se aplicó la técnica participativa “Competencia de Sorpresas” con el objetivo de evaluar los conocimientos y competencias que se trabajaron previamente.

Para ello se explicó primero la técnica, posteriormente se pidió a las mujeres forman un círculo, luego se pasó con una caja pequeña donde habían tarjetas diseñadas en forma de sorpresas, cada tarjeta contenía una pregunta sobre el tema tratado y otras sobre algunas indicaciones para realizar un gesto como por ejemplo una canción, chiste, etc.

Luego se dio pase a cada mujer para que pueda cumplir o responder a las sorpresas que contenían las tarjetas. Finalmente se tuvo un intercambio de mensajes de lo aprendido y otras actuaciones, todas se mostraron muy entretenidas al finalizar la técnica. (ANEXO 19).

6. **Momento de Extensión:** Por último se aplicó la técnica participativa “Refranes” con el objetivo de que las mujeres empleen los nuevos conocimientos aprendidos sobre el examen de Papanicolaou.

Para ello se repartió a las mujeres tarjetas que contenían mensajes referentes al tema para que puedan recordar lo aprendido.

Finalmente concluida la primera sesión educativa se agradeció la participación de cada una de ellas, se les ofreció un pequeño refrigerio y se procedió a premiarlas con algunos incentivos por la participación de cada una de ellas en el estudio. (ANEXO 20).

- ❖ Una de las técnicas que involucro e impacto a las mujeres en esta segunda sesión de aprendizaje fue “En río revuelto, ganancia de pescadores”, debido a que gracias a ello las mujeres diferenciaron y clasificaron los elementos sobre el examen de Papanicolaou. Cuando se desarrollaba la técnica, las mujeres se mostraban motivadas y activas para participar, además estaban interesadas en realizarse la toma del PAD.

- ❖ Otra de las técnicas que también causo impresión fue “Lluvia de ideas por tarjetas”, porque cada una podía expresar y comentar sus ideas con el grupo, además que lograban aclarar sus dudas.
- ❖ Al finalizar la sesión educativa las mujeres se mostraron motivadas para realizarse el examen de Papanicolaou, preguntaron si era posible coordinar con alguna entidad de salud.
- ❖ Este interés de parte de ellas demostró que nuestra intervención tuvo efectos significativos. Por ello se coordinó con la obstetriz del Puesto de Salud Pueblo Libre para que programe una fecha para la toma de muestra de Papanicolaou.
- ❖ La toma de muestra se realizó el 29 y 30 de setiembre del 2014, donde se recolectó dieciséis muestras de veinte participantes. (ANEXO 23).

6.5.5. Del grupo control

A las 20 madres que fueron asignadas para el grupo control, se les aplicó el pre-test y post-test, quienes contaban con algunas ideas sobre el tema desarrollado gracias a las consejerías que recibieron del Puesto de Salud, se constituyeron como un referente para comparar la efectividad de la metodología participativa en el grupo experimental.

6.5.6. De la aplicación del instrumento (POST-TEST)

- ❖ Se aplicó el primer post test después de 07 días de haber culminado las dos sesiones de aprendizaje con metodología participativa en un tiempo de 20 minutos para ello se facilitó el cuestionario y un lapicero a cada una de las mujeres, se realizó en el salón comunal del Asentamiento Humano Pueblo Libre.
- ❖ La recolección de datos del grupo control fue el mismo día que se aplicó al grupo experimental, previa coordinación.

- ❖ Con la finalidad de evaluar la efectividad de la intervención educativa con metodología participativa se aplicó un segundo post test después de 18 días de la primera evaluación para el grupo experimental.
- ❖ Según los resultados obtenidos no fue necesario aplicar una tercera intervención educativa sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino.

6.6. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.6.1 Procesamiento

Posterior a la ejecución y obtención de datos se realizó las siguientes actividades:

- Codificación del Instrumento
 - La base de datos se sistematizaron en el Programa Microsoft Excel
 - Así mismo se procesaron en el Programa SPSS versión 19
 - Finalmente se organizó la información en cuadros estadísticos y gráficos, de manera que los resultados respondan a los objetivos del estudio.

6.6.2. Análisis de datos

i) PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

- a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} \leq \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas en el conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino de las mujeres del grupo experimental de la prueba post 1 es menor o igual al promedio de notas del post test 1 del grupo control.

- b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} > \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas en el conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino de las mujeres del grupo experimental de la prueba post 1 es mayor o igual al promedio de notas del post test 1 del grupo control.

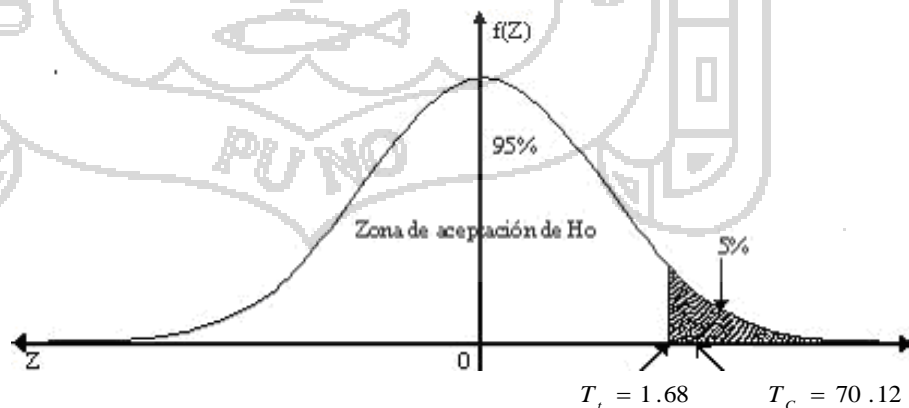
ii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iii) PRUEBA ESTADISTICA:

Como el tamaño muestral del grupo experimental, es menor a 30, se utilizó la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

$$T_c = \frac{\bar{X}_{Ex.post 1} - \bar{X}_{Con.post 1} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{Ex.post 1}^2 + (n_c - 1)S_{Con.post 1}^2}{n_{Ex.post 1} + n_{Con.post 1} - 2} \left(\frac{1}{n_{Ex.post 1}} + \frac{1}{n_{Con.post 1}} \right)}}$$

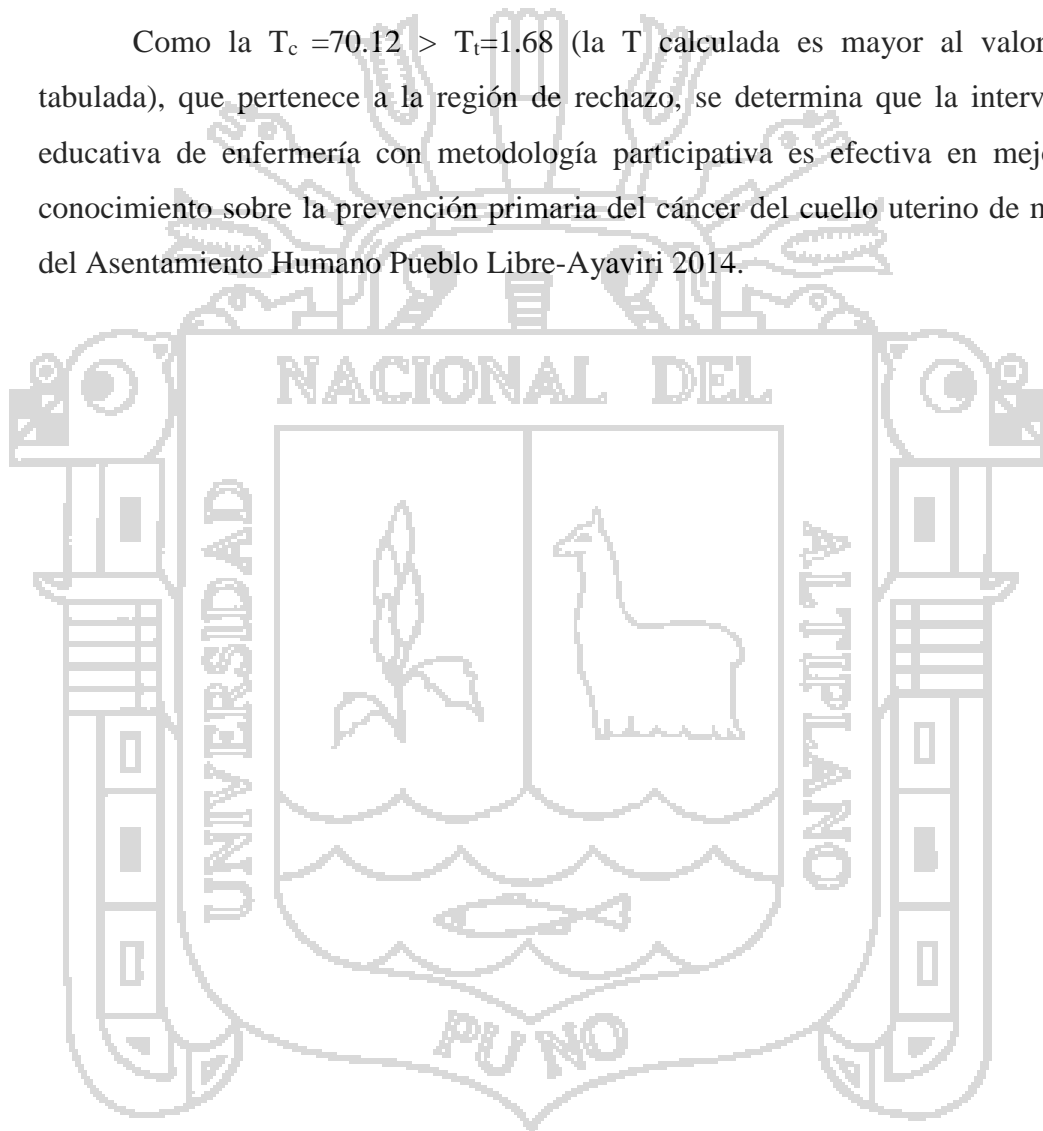
iv) NIVEL DE DECISION:

Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

v) CONCLUSION:

El promedio de notas en el conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino en mujeres del grupo experimental de la prueba post-test es mayor al promedio de notas del post-test del grupo control.

Como la $T_c = 70.12 > T_t = 1.68$ (la T calculada es mayor al valor de T tabulada), que pertenece a la región de rechazo, se determina que la intervención educativa de enfermería con metodología participativa es efectiva en mejorar el conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino de mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri 2014.





vii. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 01

EFFECTIVIDAD DE LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE AYAVIRI 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST1		POST TEST 2		PRE-TEST		POST- TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	-	-	20	100	19	95	-	-	-	-
REGULAR	6	30	-	-	1	5	6	30	5	25
DEFICIENTE	14	70	-	-	-	-	14	70	15	75
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

En el cuadro podemos observar que antes de la intervención educativa el 70% de las mujeres del grupo experimental tuvieron conocimientos deficientes, posterior a la intervención educativa con metodología participativa el 100% obtuvieron conocimiento bueno en la primera medición y el 95% se mantuvieron en este nivel en la segunda medición, en las mujeres del grupo control, en el pre-test el 70% tenían conocimiento deficiente y el 30% regular; en el post-test los conocimientos se mantuvieron deficientes en un 75%.

Al comprobar la hipótesis mediante la prueba T – student, se demostró que al final de la intervención educativa ocurrieron cambios significativos ($p=0.00$) para el grupo experimental a diferencia del grupo control, donde se obtuvo $T_c=70.12 > T_t = 1.68$ (la T calculada es mayor al valor de T tabulada), entonces se afirma que el promedio de notas en el conocimiento sobre la prevención primaria del cáncer del cuello uterino de las mujeres del grupo experimental post-test es mayor al promedio de notas del post-test del grupo control. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). (ANEXO 10).

Antes de la intervención educativa los conocimientos fueron de regular a deficiente tanto en el grupo experimental y control; ya que el 85% de las mujeres tenían conocimiento deficiente con respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino, seguido de un 75% referente al diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou y finalmente un 70% sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino (ANEXO 23,24 y 25). Posterior a la intervención con metodología participativa los conocimientos se modificaron de deficiente a bueno para el grupo experimental logrando alcanzar el 100% de conocimiento bueno en las tres dimensiones medidas, sin embargo para el grupo control los conocimientos de regular a deficiente se mantuvieron, estos resultados reflejan que anteriormente las mujeres del grupo control hayan recibido consejerías sobre el tema desarrollado por parte de los establecimientos de salud, lo que permitió en ellas responder de manera regular las preguntas planteadas.

Con los resultados obtenidos se demuestra que la mayoría de las mujeres reflejan conocimiento de regular a deficiente en las tres dimensiones medidas antes de la intervención para ambos grupos. Indudablemente esta situación alerta a los profesionales de salud porque esta deficiencia de información trae como consecuencia diversos problemas que podrían poner en riesgo la salud de la mujer, ya que el desconocer los aspectos generales no le permite reconocer la trascendencia del problema, el desconocer los factores de riesgo la expone a su vulnerabilidad y no conocer los diagnósticos oportunos como el examen de Papanicolaou no le ayuda a tomar decisiones. Por ello es necesario brindar una educación debidamente sistematizada bajo un modelo de abordaje educativo que sea efectiva en mejorar y cambiar los conocimientos de la mujer, así mismo que le permita tomar mejores decisiones frente a su salud todo con el fin de prevenir la enfermedad. Al respecto, el Instituto Nacional de Aprendizaje (2012), refiere que el aprendizaje que hacen posible las metodologías participativas, está firmemente arraigado a las experiencias vitales, las realidades, las esperanzas y las aspiraciones de las personas participantes, y que la educación se identifica generalmente con una manera concreta de “hacer” educación, en la que en vez de escuchar de manera pasiva charlas y alocuciones el alumnado toma parte en una serie de actividades para conseguir que el aprendizaje sea “dialógico”, interviniendo en discusiones, debates y análisis colectivos de su propia realidad concreta.¹⁸

Según los resultados obtenidos, la intervención con metodología participativa fue efectiva para el grupo experimental, ya que los resultados muestran que las mujeres tuvieron un mejor rendimiento en sus conocimientos sobre prevención primaria del cáncer de cuello uterino a diferencia del grupo control, donde la nota promedio obtenido en la prueba de salida fue igual que al inicio, por lo tanto las mujeres de este grupo no incrementaron sus conocimientos, ya que solo contaban con algunas ideas y conceptos sobre el tema desarrollado que recibieron de las consejerías personales que el Puesto de Salud brinda en cada visita. Frente a ello resulta meritorio señalar que la educación con metodología participativa son las más adecuadas para promover la salud, puesto que tuvo la propiedad de mejorar y modificar los conocimientos de las mujeres sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino desde un nivel deficiente a bueno, logrando en ellas su empoderamiento, libertad de expresión, compromiso y énfasis en la toma de decisiones positivas.

Las sesiones de aprendizaje brindarás a las mujeres a través de técnicas participativas tiene mejores resultados en construir y mejorar conocimientos, porque los materiales educativos entregados a cada mujer participante genera mayor participación en el desarrollo del aprendizaje, además que logra fortalecer el potencial crítico y creador de cada una de ellas, es así que la metodología utilizada en el desarrollo de las sesiones de aprendizaje se constituye como la principal propuesta, porque es didáctica, dinámica, cambiante y se recrea permanentemente en sí misma, nutriéndose del entorno en el que se aplique. Así mismo permite que cada mujer participante se convierta en un sujeto activo, actor y co-gestor de su propia realidad. Es importante mencionar que las sesiones de aprendizaje con metodología participativa rompe la concepción tradicional de educación porque propone vías horizontales para alcanzar libertades de expresión y transformar realidades.

Los resultados obtenidos tienen semejanza a los del estudio de Díaz y Beltrán (2007), Bueno, J. Cecilio y Rojas (2013), porque antes de recibir la intervención educativa los conocimientos de las mujeres eran de regular a deficiente; y posterior a la intervención los resultados se modificaron satisfactoriamente logrando alcanzar conocimientos buenos en su totalidad.

Por lo mencionado se concluye que la mejor forma de fortalecer las capacidades de la población es mediante la educación a través de estrategias de enseñanza que logren alcanzar resultados positivos. Si bien es cierto las profesionales de enfermería vienen trabajando arduamente en la promoción de la salud en los diversos grupos atareos, sin embargo muchas veces la ausencia de materiales educativos didácticos y prácticos no permiten optar por métodos de enseñanza que incluyan directamente la participación de las personas, lo que trae como consecuencia un limitado servicio de salud.



CUADRO 02

CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE - AYAVIRI, 2014

ASPECTOS GENERALES	GRUPO EXPERIMENTAL												GRUPO CONTROL																			
	PRE-TEST						POST-TEST 1						POST-TEST 2						PRE-TEST						POST-TEST 1							
	BUENO		REGULAR		DEFICIEN- TE		BUENO		REGULAR		DEFICIEN- TE		BUENO		REGULAR		DEFICIEN- TE		BUENO		REGULAR		DEFICIEN- TE		BUENO		REGULAR		DEFICIEN- TE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
DEFINICIÓN	20	100	3	15	13	65	4	20	18	90	2	10	-	-	18	90	2	10	-	-	4	20	11	55	5	25	4	20	13	65	3	15
ETIOLOGÍA	20	100	-	-	4	20	16	80	19	95	1	5	-	-	18	90	2	10	-	-	-	-	4	20	16	80	1	5	4	20	15	75
SIGNOS Y SINTOMAS	20	100	1	5	5	25	14	70	20	100	-	-	-	-	16	80	4	20	-	-	-	-	10	50	10	50	-	-	5	25	15	75
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	20	100	-	-	5	25	15	75	18	90	2	10	-	-	16	80	4	20	-	-	-	-	8	40	12	60	-	-	6	30	14	70
TRATAMIENTO	20	100	-	-	2	10	18	90	19	95	1	5	-	-	18	90	2	10	-	-	-	-	3	15	17	85	-	-	5	25	15	75

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

En el cuadro se observa sobre los aspectos generales del cáncer de cuello uterino, los resultados mostraron que los conocimientos eran de regular a deficiente para ambos grupos antes de la intervención, es así que en el grupo experimental el 90% tuvo conocimiento deficiente en el ítem sobre el tratamiento, 80% respecto a la etiología, 75% sobre los medios de diagnóstico y un 65% tenían conocimiento regular en el ítem referido a la definición, después de la intervención educativa con metodología participativa los conocimientos mejoraron, logrando alcanzar conocimiento bueno en todos los ítems planteados, así se tiene que en los ítems definición, etiología, signos y síntomas, medios de diagnóstico y tratamiento superan el 90% de conocimiento bueno en la primera medición, mientras que para el grupo control no hubo cambios en ninguno de los ítems, sin embargo en la segunda medición para el grupo experimental que fue después de 18 días de la primera no hubo incrementos de conocimientos, se mantuvieron en algunos de los ítems evaluados y disminuyeron en otros ítems como signos, síntomas y medios de diagnóstico; lo que podría deberse a que la memoria es volátil; debido a la naturaleza de su almacenamiento en la mente de las personas, los conocimientos evolucionan en función de los cambios que se producen en sus portadores y si ellos consideran que no es importante se va dando lugar al olvido, por ello es necesario realizar reforzamientos continuos que permitan conservarlos regularmente lo aprendido.

Para el grupo control los resultados mostraron que en el pre-test el 85% de las mujeres tenían conocimiento deficiente en el ítem sobre el tratamiento, seguido del 80% en el ítem etiología y 60% en el ítem sobre los medios de diagnóstico, en el post-test los conocimientos deficientes se mantuvieron de regular a deficiente, estos resultados obtenidos del grupo control son debido a que no participaron en las sesiones de aprendizaje, pero contaban con conocimientos regulares en algunos ítems medidos gracias a las consejerías que pudieron recibir de manera personal por parte del Puesto de Salud.

Al comprobar la hipótesis mediante la prueba estadística T – student, demostró que al final de la intervención educativa ocurrieron cambios significativos ($p=0.00$) para el grupo experimental a diferencia del grupo control, porque haciendo comparación entre el post-test de ambos grupos se obtuvo $T_c=28.33 > T_t = 1.68$ (la T calculada es mayor al valor de T tabulada), entonces se afirma que el promedio

de notas en el conocimiento sobre los aspectos generales del cáncer del cuello uterino de las mujeres del grupo experimental post-test 1 es mayor al promedio de notas del post-test del grupo control. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). (ANEXO 10).

Los resultados obtenidos muestran que antes de la intervención educativa existía un conocimiento de regular a deficiente en la mayoría de las mujeres tanto del grupo experimental y control, sobre todo en los ítems del tratamiento y la etiología. Esta situación hace suponer que la mayoría de las mujeres probablemente no habían recibido información clara y completa sobre los aspectos generales del cáncer de cuello uterino, esto puede deberse debido a que gran parte de los servicios de salud actualmente no cuentan con los medios necesarios para brindar educación a la población tales como materiales didácticos y prácticos, quizás sea esta la situación que se presenta en el entorno de las mujeres ya que según los resultados obtenidos la mayoría de obtuvieron conocimientos de regulares a deficientes en todos los ítems evaluados.

El conocimiento deficiente podría llevar a las mujeres a confundir las ideas sobre los aspectos generales del cáncer de cuello uterino con otras situaciones de salud, el no tener clara la información sobre la definición, las causas, los signos y síntomas, los medios de diagnóstico y el tratamiento muchas veces ocasiona que las mujeres no tomen conciencia de los acontecimientos que ponen en riesgo su salud, además lo desconocido generalmente hace que las mujeres sientan temor, desconfianza e inseguridad en tomar decisiones positivas que más adelante podrían prevenir los diversos riesgos de salud.

Como se observa el desconocimiento de los aspectos generales se magnifica de forma negativa para el bienestar de las mujeres, ya que en el futuro las consecuencias se expresarían en desarrollar el cáncer de cuello uterino. Por eso es necesario brindar educación que permitan a las mujeres fortalecer sus capacidades y mejorar sus conocimientos. Frente a ello resulta meritorio mencionar que la educación con técnicas participativas encamina alcanzar resultados establecidos y esperados por la enfermera. Conocer y tener claro las ideas sobre la definición, etiología, signos y síntomas, medios de diagnóstico y el tratamiento del cáncer de cuello uterino permite a las mujeres tener más conciencia y responsabilidad en el

cuidado de su salud, además que conlleva a la toma de decisiones positivas. Por ende es necesario aplicar y optar por estrategias de enseñanza que promuevan una educación efectiva en salud, y que al mismo tiempo permita a las mujeres mejorar sus conocimientos, fortalecer sus habilidades y encaminar a tomar decisiones positivas frente a los diferentes diagnósticos oportunos para detectar lesiones e inquietudes de su salud.

Una de las propuestas de aprendizaje que resultan ser efectivas en la construcción y fortalecimiento de conocimientos es la educación de la enfermera haciendo uso de técnicas participativas, pues gracias a los resultados alcanzados se constituyen como modelo didáctico de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de conocimientos, pues permite lograr resultados planteados y esperados porque la educación con metodología participativa trata a los participantes como sujetos activos además que implica, motiva, inspira, mejora, construye, habilita y empodera conocimientos nuevos en las mujeres para que posteriormente emprendan acciones individuales y colectivas sostenidas, como resultado directo de los procesos de reflexión y análisis en que la mujer forma parte. Mientras que la educación tradicional que aún sigue siendo el que más se utiliza en las diversas instituciones de salud, y se caracteriza por poseer una casi nula participación activa de la mujer en el desarrollo de la enseñanza, es aquí donde se refleja que el aprendizaje se ve limitado, y por ende deja de lado el interés de las mujeres y su curiosidad sobre el desarrollo de los diversos temas de salud.

Por eso, existe la necesidad de optar por nuevos métodos y modelos de enseñanza en diversos grupos atareos, como el de brindar una educación a través de técnicas participativas ya que involucran la participación activa de la persona en la construcción de nuevos conocimientos, generan mejor libertad de diálogo, entendimiento, comprensión y así mismo promueve la toma de decisiones positivas para el futuro frente a diversas situaciones de salud.

El estudio de investigación tiene semejanza con la de Barco (2007); porque el nivel de conocimiento de las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre es de deficiente a regular con respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino antes de la intervención educativa y después de la intervención con metodología

participativa de enfermería existe una tendencia creciente en el incremento de conocimientos, llegando alcanzar el 100%.

En consecuencia, la intervención educativa de enfermería con metodología participativa se vio reflejada positivamente en mejorar los conocimientos de deficientes a buenos en el grupo experimental, con respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino tales como definición, etiología, signos y síntomas, medios de diagnóstico y el tratamiento, así mismo los resultados obtenidos, permiten apreciar que las técnicas utilizadas en la intervención educativa, entre ellas “Buscando tu mitad, rompecabezas, las burbujas, la papa quema y los refranes” fueron necesarias e útiles en la educación para mejorar y construir nuevos conocimientos.

En el grupo control los resultados que se obtuvieron fueron conocimientos de regular a deficientes tanto en el pre-test como en el post-test, debido a que no tienen bien definidas la información sobre el tema desarrollado quizás porque las consejerías que muchas veces se imparten en los servicios de salud no son muy prácticas para retener lo aprendido ya que la información brindará por lo general son rápidas y teóricas.

CUADRO N° 03

CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE AYAVIRI, 2014

FACTORES DE RIESGO	GRUPO EXPERIMENTAL												GRUPO CONTROL																					
	PRE-TEST						POST-TEST						PRE-TEST						POST-TEST															
	BUENO		REGULAR		DEFICIL. ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIL. ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIL. ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIL. ENTE											
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%										
TOTAL	20	100	6	30	5	25	9	45	19	95	1	5	-	-	17	85	3	15	-	-	6	30	6	30	8	40	7	35	6	30	7	35		
INFECCIÓN POR EL VPH	20	100	5	25	5	25	10	50	20	100	-	-	-	-	19	95	1	5	-	-	7	35	7	35	6	30	8	40	7	35	5	25		
MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES	20	100	7	35	7	35	6	30	18	90	2	10	-	-	19	95	1	5	-	-	5	25	3	15	12	60	4	20	6	30	10	50		
EDAD DE LA IRA RELACIÓN SEXUAL	20	100	3	15	10	50	7	35	18	90	2	10	-	-	18	90	2	10	-	-	1	5	12	60	7	35	3	15	6	30	11	55		
GRUPO ETAREO	20	100	4	20	5	25	11	55	18	90	2	10	-	-	18	90	2	10	-	-	3	15	12	60	5	25	3	15	13	65	4	20		
Nº DE COMPAÑEROS SEXUALES	20	100	3	15	5	25	12	60	19	95	1	5	-	-	19	95	1	5	-	-	6	30	6	30	8	40	2	10	6	30	12	60		
MULTIPARIDAD	20	100	-	-	5	25	15	75	18	90	2	10	-	-	16	80	4	20	-	-	-	-	4	20	16	80	1	5	4	20	15	75		
ALIMENTACIÓN	20	100	-	-	5	25	15	75	18	90	2	10	-	-	16	80	4	20	-	-	-	-	1	5	4	20	16	80	1	5	4	20	15	75
ACCIONES	20	100	-	-	5	25	15	75	20	100	-	-	-	-	17	85	3	15	-	-	1	5	5	25	14	70	-	-	5	25	15	75		

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

En el cuadro se demuestra que en el grupo experimental la mayoría de las mujeres antes de la intervención educativa tenían conocimientos de regular a deficientes, las que resaltan sobre todo en los ítems de alimentación y acciones con 75% de conocimiento deficiente, seguido de un 60% en el factor de riesgo multiparidad, 55% en el número de compañeros sexuales y 50% en el factor de riesgo múltiples parejas sexuales; después de la intervención educativa con metodología participativa los conocimientos mejoraron significativamente en todos los ítems medidos logrando alcanzar más del 90% conocimiento bueno en la primera medición, después de 18 días de la primera se aplicó la segunda medición, donde no hubo cambios significativos ya que en los ítems edad de la primera relación sexual, grupo etareo y número de compañeros sexuales los conocimientos se mantuvieron en la categoría bueno, pero en los ítems infección por VPH, alimentación y acciones algunas de las mujeres obtuvieron conocimiento regular, este tipo de situaciones se presenta muchas veces debido a que la información aprendida no siempre vuelve a estar completa en el momento que se trata de recordar, quizás porque durante el proceso de aprendizaje las mujeres tenían falta de concentración la misma que podría deberse al estado emocional de las mujeres o a la ausencia de repasos y reforzamientos en el transcurrir del tiempo.

Por otro lado en el grupo control en el pre-test también predominan conocimientos de regular a deficientes, 80% de conocimiento deficiente con respecto al factor de riesgo alimentación, 70% sobre las acciones, 60% para la edad de la primera relación sexual, 40% de la infección por el VPH y multiparidad, y en relación al post-test los resultados continúan reflejando conocimiento de regular a deficiente en todos los ítems planteados. Los resultados obtenidos en el grupo control no muestran mejoría de conocimientos debido a que no se le brindó ningún tipo de intervención educativa, y que los resultados que obtuvieron se deben a que contaban con algunas ideas sobre los factores de riesgo que pudieron recibir durante sus visitas al Puesto de Salud Pueblo Libre.

Al comprobar la hipótesis mediante la prueba estadística T – student, se demostró que al final de la intervención educativa ocurrieron cambios significativo ($p=0.00$) para el grupo experimental a diferencia del grupo control, porque haciendo comparación entre el post-test de ambos grupos se obtuvo $T_c=15 > T_t = 1.68$ (la T calculada es mayor al valor de T tabulada), entonces se afirma que el promedio de

notas en el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres del grupo experimental post-test 1 es mayor al promedio de notas del post-test del grupo control. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). (ANEXO 10).

Esta situación denota que probablemente las mujeres no han recibido buena información sobre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino, por lo que el conocimiento deficiente conllevaría a las mujeres a su vulnerabilidad y que posteriormente puedan adquirir esta enfermedad degenerativa, ya que no podrían reconocer que esta enfermedad está ligado a diversos factores de riesgo tales como, bajos niveles de nutrientes, tener varios hijos o tener varios compañeros sexuales, ser múltipara, etc. Por ello se vio necesario brindar una intervención educativa que permita en ellas reconocer con facilidad aquellos factores que ponen en riesgo su salud, y que les permita tomar medidas preventivas como usar preservativos para evitar las infecciones, tener una sola pareja sexual, realizarse examen periódicos anuales y tener comportamientos saludables. Al respecto sobre la metodología participativa Imbernon (2008), señala que es el marco para concebir y llevar a cabo una educación que promueva la reflexión compartida, el análisis crítico, el cuestionamiento en profundidad y la resolución de problemas colectivos, además habilita a las mujeres participantes a profundizar sus conocimientos, lograr cambios en las actitudes, a una mejor comprensión y respuestas de las cuestiones referentes a su salud, a las que hacen frente y articular propuestas y estrategias para el cambio.¹⁷

Los buenos conocimientos obtenidos por las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino se deben a la intervención educativa con metodología participativa que se realizó como modelo de abordaje educativo. Apremiar los resultados obtenidos del grupo experimental, corroboran la importancia de las técnicas aplicadas en la intervención educativa, ya que fueron efectivas en mejorar y construir nuevos conocimientos en cuanto a los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Una de las técnicas que mayor impacto generó en las mujeres fue la técnica participativa “Rompecabezas”, porque gracias a ello cada mujer podía dar su propio análisis crítico y su aporte personal frente al tema desarrollado.

Estos resultados es corroborado con los estudios de Díaz y Beltrán⁸ así como de Chávez⁹ ya que la situación encontrada luego de la intervención educativa permitió mejorar el conocimiento de las mujeres quienes carecían de conocimiento buenos con respecto a los factores de riesgo, lo que atribuye que las participantes tomaron interés durante la educación con metodología participativa.

Frente a ello existe la necesidad de realizar intervenciones educativas con metodologías participativas donde la persona participe continuamente en la educación para su salud, de forma que contribuya a la disminución de los casos de cáncer de cuello uterino, no solo por la prevención a la exposición de los factores de riesgo sino considerando la adquisición de hábitos saludables y actitudes positivas en las diferentes etapas de vida como parte de la promoción de salud.



CUADRO 04

CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DETECCIÓN PRECOZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE – AYA VIRI, 2014

DETECCIÓN PRECOZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU	GRUPO EXPERIMENTAL												GRUPO CONTROL																			
	PRE-TEST						POST-TEST						PRE-TEST						POST-TEST													
	BUENO		REGULAR		DEFICI- ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICI- ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICI- ENTE		BUENO		REGULAR		DEFICI- ENTE									
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%									
IMPORTANCIA	20	100	2	10	9	45	9	45	19	95	1	5	-	-	19	95	1	5	-	-	4	20	4	20	12	60	3	15	6	30	11	55
EDAD	20	100	5	25	8	40	7	35	19	95	1	5	-	-	18	90	2	10	-	-	5	25	9	45	6	30	4	20	11	55	5	25
MOMENTO OPORTUNO	20	100	3	15	6	30	11	55	18	90	2	10	-	-	17	85	3	15	-	-	5	25	7	35	8	40	5	25	7	35	8	40
CONDICIONE/ REQUISITOS	20	100	4	20	3	15	13	65	19	95	1	5	-	-	17	85	3	15	-	-	2	10	8	40	8	40	1	5	10	50	9	45

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

El cuadro muestran los resultados obtenidos sobre la detección precoz por examen de Papanicolaou, donde los conocimientos eran de regular a deficiente para ambos grupos antes de la intervención, en el grupo experimental el 65% de mujeres tenían conocimiento deficiente en el ítem sobre los requisitos para realizarse el examen de Papanicolaou, 55% con respecto al momento oportuno y 45% de conocimiento regular en el ítem sobre la importancia; después de la intervención educativa con metodología participativa los conocimientos mejoraron para el grupo experimental, logrando alcanzar más del 90% conocimiento bueno en todos los ítems planteados, tales como la importancia, edad, momento y los requisitos para realizarse el examen de Papanicolaou en la primera evaluación; sin embargo cuando se aplicó la segunda evaluación después de 18 días de la primera los resultados mostraron que los conocimientos buenos se mantuvieron en los ítems importancia y edad, pero en los ítems sobre el momento oportuno y los requisitos algunas de las mujeres obtuvieron conocimientos regulares, esto podría deberse a diferentes causas tales como factores emocionales que distraen la atención en el momento del aprendizaje, factores físicos como mala alimentación o cansancio mental o tal vez se deba a que las mujeres hayan estado mayor concentradas en aquello que más les interesa dejando de lado los demás contenidos.

Para el grupo control en los resultados se observa en el pre-test que el 60% de las mujeres tenían conocimiento deficiente en el ítem de la importancia, seguido de un 40% en el ítem sobre el momento oportuno y los requisitos, y en el post-test los conocimientos deficientes se mantuvieron en todos los ítems planteados.

Al comprobar la hipótesis mediante la prueba estadística T – student, se demostró que al final de la intervención educativa ocurrieron cambios significativo ($p=0.00$) en el grupo experimental a diferencia del grupo control, porque haciendo comparación entre el post test de ambos grupos se obtuvo $T_c=15.64 > T_t = 1.68$ (la T calculada es mayor al valor de T tabulada), entonces se afirma que el promedio de notas en el conocimiento sobre la detección precoz por examen de Papanicolaou de las mujeres del grupo experimental post-test 1 es mayor al promedio de notas del post-test del grupo control. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). (ANEXO 10)

Los resultados obtenidos antes de la intervención educativa demuestran que las mujeres tanto del grupo experimental y control carecen de conocimientos buenos sobre el diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou, especialmente en los ítems sobre los requisitos y la importancia de realizarse el examen de Papanicolaou, lo que permite apreciar que las mujeres no estarían preparadas para prevenir el cáncer de cuello uterino, como se ha mencionado el conocimiento sobre el tema es deficiente lo que demuestra que no adquirieron de forma clara la información durante las consejerías que recibieron por parte de los encargados de los establecimientos de salud, lo que podría deberse quizás a diversos factores socio-culturales. Frente a esta situación resulta necesario optar por estrategias más confiables que permitan modificar los conocimientos de las mujeres, es por eso que se vio necesario brindar la intervención educativa con técnicas participativas con la finalidad de mejorar los conocimientos sobre el diagnóstico precoz por examen de Papanicolaou, después de la intervención los resultados demostraron incremento de conocimientos muy significativos en el grupo experimental ya que los conocimientos mejoraron desde un nivel deficiente a bueno en todos los ítems planteados. Mientras que para el grupo control los resultados se mantuvieron con conocimientos de regular a deficientes ya que no fueron participes de las sesiones de aprendizaje, es así que se puede apreciar que la información con la que contaban no estaban bien definidas, esto puede ser debido a que las mujeres del grupo control no lograron comprender ni retener las ideas, comentarios y las recomendaciones que el personal del Puesto de Salud al que acuden les brindó en alguna de sus visitas, quizás sea porque generalmente las consejerías que se brindan en los servicios de salud son personales con un enfoque teórico, en donde las mujeres solo escuchan mas no participan.

Haciendo un análisis de los resultados obtenidos del grupo experimental, permitió apreciar que las técnicas utilizadas en la segunda intervención educativa, tales como: “Lluvia de ideas por tarjetas, presentación de láminas, en río revuelto, competencia de sorpresas y los refranes” logro en las mujeres mejorar y construir nuevos conocimientos en cuanto a la detección precoz por examen de Papanicolaou como importancia, edad, momento y requisitos necesarios para tomarse el PAD. Frente a ello Monescillo (2002), indica que la metodología participativa se basa en el protagonismo de la mujer y del grupo; del primero como ser individual que puede

aportar mucho a su propio proceso de enseñanza/aprendizaje, y del segundo como espacio privilegiado de aprendizaje. Donde deberá provocar un diálogo que respete al otro, que permita el encuentro de ideas y opiniones, el intercambio de conocimientos y la puesta en común. La misma que está basado en la comunicación y el diálogo lo que genera una permanente relación dialéctica por lo que fomenta el debate, las dudas, las preguntas, el espíritu reflexivo y crítico, rechaza la tolerancia pasiva del alumno y promueve su actividad, le hace sensible a valores como la libertad y la igualdad.¹⁶

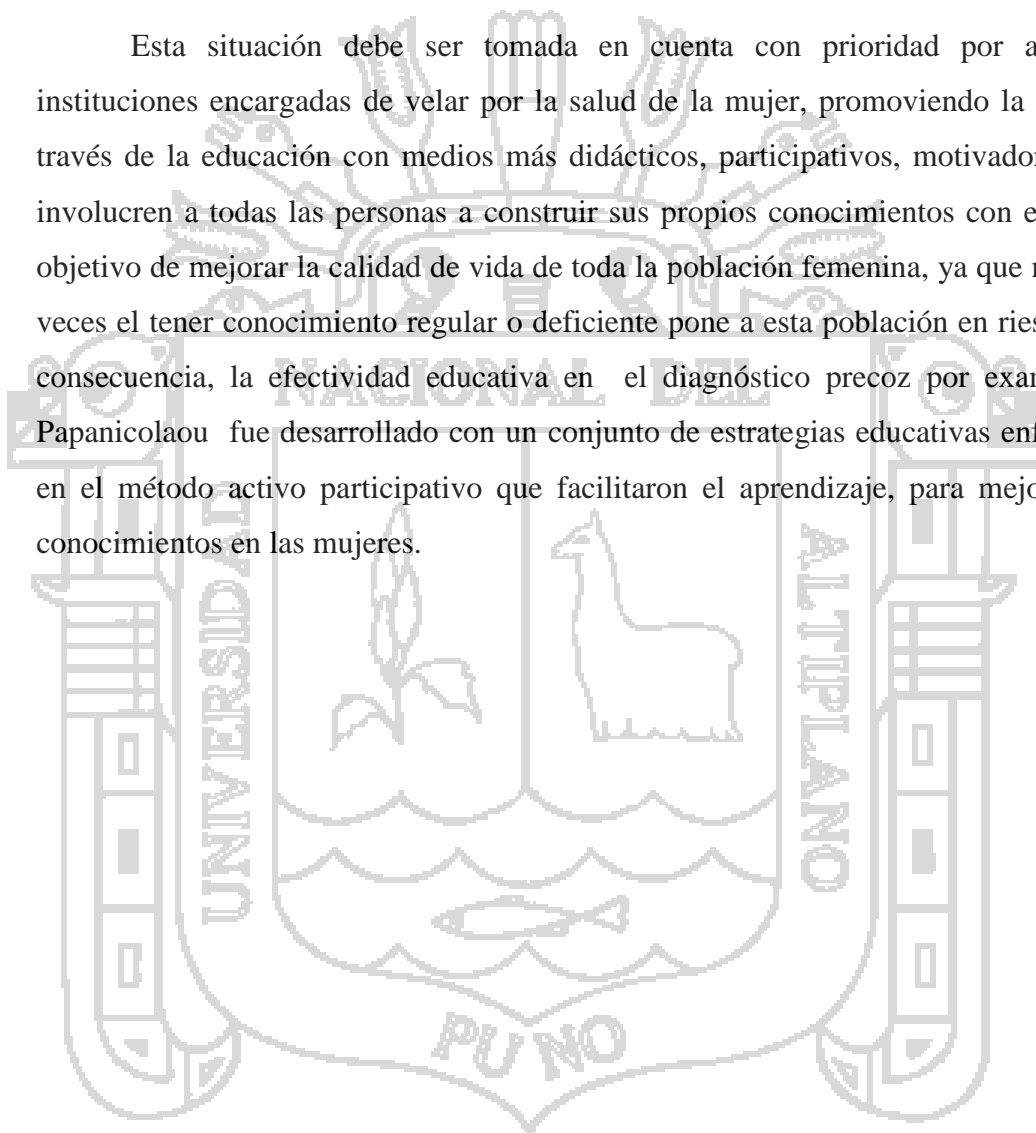
Los resultados del estudio son similares a los de Ruelas, G. y Zamata (2010) y Salinas y Jimbo (2012); porque antes de la intervención la mayoría de las mujeres tenían conocimientos de deficientes a regulares, y posterior a la educación con técnicas participativas todas lograron alcanzar conocimientos buenos son respecto a la detección precoz por examen de Papanicolaou.

Como se observa el desconocimiento sobre detección precoz por examen de Papanicolaou se magnifica en forma negativa para la salud de la mujer. Cuya consecuencia se expresa en el cáncer del cuello uterino, enfermedad que va a deteriorar en forma severa la salud de la mujer, más aun cuando no es detectada en forma oportuna. El Ministerio de Salud (MINSA) refiere que las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el VPH es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer de cuello uterino a través de los servicios de tamizaje.³⁸

Por lo mencionado, es importante brindar y promover a la población femenina programas de intervenciones educativas con técnicas motivadoras y participativas que permitan en ellas mejorar sus conocimientos, dado que este podría tener doble efecto protector tanto para su salud como las de su entorno. Los resultados del estudio muestran que es efectiva la educación con metodología participativa. El tener no muy claros los conocimientos influye bastante en las decisiones y actitudes de las personas frente a una determinada situación, ya que al desconocer de algo nos limita muchas veces a actuar de manera responsable, la mayoría de las mujeres no se someten a un examen de Papanicolaou porque

desconocen sobre ello, sienten miedo, temor, inseguridad, incapacidad para tomar una buena decisión frente a su salud. Por ello Blooms (1998) refiere que el conocimiento deficiente es considerado como “pésimo” porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión básica; los términos no son básicos, no son precisos ni adecuados y sobre todo carece de fundamentación lógica.⁴¹

Esta situación debe ser tomada en cuenta con prioridad por aquellas instituciones encargadas de velar por la salud de la mujer, promoviendo la salud a través de la educación con medios más didácticos, participativos, motivadores que involucren a todas las personas a construir sus propios conocimientos con el único objetivo de mejorar la calidad de vida de toda la población femenina, ya que muchas veces el tener conocimiento regular o deficiente pone a esta población en riesgo. En consecuencia, la efectividad educativa en el diagnóstico precoz por examen de Papanicolaou fue desarrollado con un conjunto de estrategias educativas enfocadas en el método activo participativo que facilitaron el aprendizaje, para mejorar los conocimientos en las mujeres.



CUADRO 05

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL, SOBRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE-AYAVIRI, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST1		POST TEST 2		PRE-TEST		POST-TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	-	-	20	100	19	95	-	-	-	-
REGULAR	6	30	-	-	1	5	6	30	5	25
DEFICIENTE	14	70	-	-	-	-	14	70	15	75
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

En el cuadro podemos observar que antes de la intervención educativa el 70% de las mujeres del grupo experimental y control tuvieron conocimientos deficientes y 30% conocimientos regulares, posterior a la intervención educativa con metodología participativa el 100% obtuvieron conocimiento bueno en la primera medición y el 95 % se mantuvieron en este nivel en la segunda medición para el grupo experimental, a diferencia de las mujeres del grupo control que en el post-test los conocimientos se mantuvieron deficientes en un 75%.

Los resultados obtenidos muestran evidentemente la diferencia de conocimientos en ambos grupos después de la intervención educativa, para el grupo experimental la información brindada a través de la metodología con técnicas participativas permitió mejorar los conocimientos sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, ya que las mujeres lograron obtener conocimientos buenos en todas las dimensiones planteadas tales como los aspectos generales del cáncer de cuello uterino, ahora las mujeres conocen que es el cáncer, cual es la causa, que síntomas se presentan, que medios de diagnósticos oportunos existen y cuáles son los más confiables, así también tienen claro cuáles son los factores de riesgo que podrían

llevar a desarrollar el cáncer de cuello uterino lo que les va a permitir reconocer con facilidad los riesgos de salud y actuar de manera responsable. A diferencia del grupo control que solo cuentan con algunas ideas no muy definidas ni claras con respecto al tema desarrollado y que lo adquirieron de las consejerías que los servicios de salud brindan durante las visitas, el desconocimiento en las mujeres del grupo control no les permite apreciar la importancia de la prevención del cáncer de cuello uterino, ni actuar de manera responsable en el autocuidado de su salud ya que sienten temor a lo desconocido lo que les limita a tomar decisiones positivas para realizarse el examen de Papanicolaou.

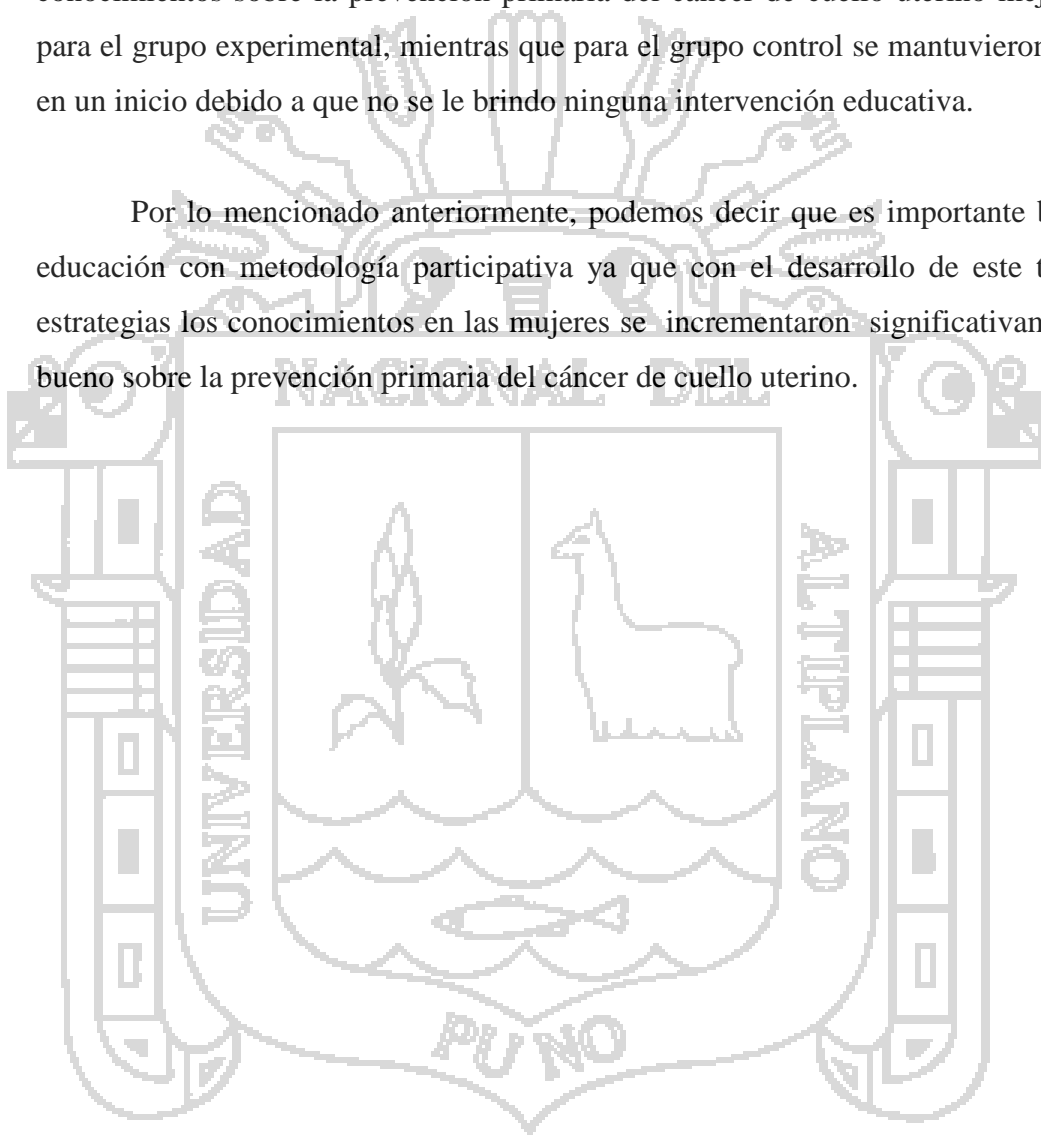
Por ello es necesario diseñar estrategias de enseñanza que le permita a la mujer participar de forma directa en el proceso de su aprendizaje para que posteriormente pueda tomar mejores decisiones positivas frente a su salud todo con el fin de prevenir la enfermedad, es así que se optó por la enseñanza a través de la metodología con técnicas participativas, ya que los conocimientos muchas veces son mejor asimilados cuando se participa en grupo, debido a que hay más libertad de expresión, intercambio de ideas, análisis en grupo, etc. Al respecto Imbernon (2008), refiere que metodología participativa es el conjunto de procesos, procedimientos, técnicas y herramientas que implican la participación activa de la persona en el proceso de enseñanza/aprendizaje, es decir se trata de un enfoque metodológico de carácter interactivo basado en la comunicación dialógica docente/ educando y educando/educando que potencia la implicación responsable del estudiante y que conlleva la satisfacción y el enriquecimiento, tanto del docente como del estudiante a través de conocimientos previos experiencias, vivencias, sentimientos, etc.¹⁷

Los resultados evidencian con mucha claridad que la intervención de enfermería mediante la educación con metodología participativa sensibilizó a las mujeres para toma de decisiones positivas con respecto al examen de Papanicolaou, además de incrementar sus conocimientos, fortalecieron sus capacidades, confianza, visión y protagonismo frente a la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, pues en todo el proceso educativo las mujeres participaron activamente. Frente a ello, la teoría de Ausubel considera el aprendizaje como algo dinámico, no estático, basado en la creencia de que estructuramos nuestro mundo a través de las

percepciones de nuestras experiencias, según este enfoque el conocimiento es considerado como flexible y evoluciona basado en nuevos hallazgos.

Los resultados obtenidos son similares a los de Huarsaya H. y Mamani, así como de Paredes, ya que según los resultados obtenidos en ambas mediciones después de la intervención educativa con metodología participativa los conocimientos sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino mejoraron para el grupo experimental, mientras que para el grupo control se mantuvieron como en un inicio debido a que no se le brindó ninguna intervención educativa.

Por lo mencionado anteriormente, podemos decir que es importante brindar educación con metodología participativa ya que con el desarrollo de este tipo de estrategias los conocimientos en las mujeres se incrementaron significativamente a bueno sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino.



VIII. CONCLUSIONES

PRIMERA: La Metodología Participativa de Enfermería fue efectiva en mejorar y modificar los conocimientos de las mujeres del grupo experimental sobre la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino, porque todas las mujeres modificaron sus conocimientos de un nivel deficiente a bueno, gracias a que en las dos sesiones educativas que se diseñó para la construcción de conocimientos se utilizaron diversas técnicas participativas que hicieron posible la sensibilización y el empoderamiento en los temas desarrollados tales como aspectos generales, factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y el diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou, las mismas que se emplearon en relación a los objetivos, y las del grupo control mantuvieron sus conocimientos de regular a deficiente, quienes respondieron a la evaluación con algunas ideas que recibieron de las consejerías por parte del Puesto de Salud.

SEGUNDA: Los conocimientos con respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino mejoraron significativamente para el grupo experimental, ya que antes de la intervención las mujeres tenían conocimiento de regular a deficiente, siendo mayor respecto al tratamiento, seguido de la etiología, medios de diagnóstico, signos y síntomas, definición; posterior a la intervención con metodología participativa de enfermería sus conocimientos se modificaron a un nivel bueno en todos los aspectos evaluados, gracias a las técnicas utilizadas durante las sesiones de aprendizaje, la técnica más resaltante fue “Las burbujas” que permitió en las mujeres comprender con más claridad el crecimiento anormal de las células que desarrollan el cáncer de cuello uterino. A diferencia de las mujeres del grupo control que en el pre-test tenían conocimientos de regular a deficiente y en el post-test mantuvieron sus mismos conocimientos.

TERCERA: Respecto a los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino los conocimientos mejoraron significativamente para el grupo experimental, antes de la intervención educativa predominaba el conocimiento deficiente sobre todo en los factores de alimentación, multiparidad, número de compañeros sexuales, virus de papiloma humano; posterior a la educación los conocimientos sobre los ítems

evaluados se modificaron a la categoría bueno en todas las mujeres, debido a que las técnicas participativas empleadas para el desarrollo del tema, permitieron que cada una de ellas pueda reconocer los factores que desarrollan el cáncer de cuello uterino, la técnica que mayor impacto tuvo para la transferencia de la información sobre los factores de riesgo fue el “Rompecabezas”, la técnica estimuló la participación activa en grupo, permitió desarrollar sus capacidades de intercambio de ideas, cooperación, responsabilidad, creatividad y análisis crítico. A diferencia del grupo control que tanto en el pre-test y post-test tenían conocimiento deficiente en todos los factores de riesgo evaluados, no tuvieron cambios significativos.

CUARTA: Los conocimientos con respecto al diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou mejoraron significativamente para el grupo experimental, antes de la intervención las mujeres tenían conocimiento deficiente en los ítems evaluados tales como la importancia, la edad, el momento y los requisitos que se deben considerar para realizarse el examen de Papanicolaou; posterior a la intervención educativa con metodología participativa de enfermería mejoraron sus conocimientos logrando alcanzar conocimiento buenos, estos cambios se lograron obtener debido a que en la intervención se utilizó técnicas participativas para la construcción de los nuevos conocimientos, la técnica que involucro y despertó el interés de las mujeres fue “En río revuelto, ganancia de pescadores”, que permitió la participación activa de las mujeres en grupo para que posteriormente puedan ordenar las ideas y hacer un juicio crítico de lo analizado en grupo. A diferencia del grupo control las mujeres tenían conocimiento deficiente en el pre-test y post-test en todo los ítems evaluados, en este grupo los conocimientos no tuvieron cambios.

QUINTA: Al establecer las diferencias de conocimientos sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino entre las mujeres del grupo experimental y control, antes de la intervención educativa todas mostraron conocimiento de regular a deficiente; después de la educación con metodología participativa todas las mujeres del grupo experimental mejoraron sus conocimientos a un nivel bueno en todas las dimensiones evaluadas, porque la enseñanza que se impartió en este grupo fue a través de técnicas participativas que permitieron lograr la incorporación de nuevos conocimientos, la estimulación de las capacidades de las mujeres, a diferencia del grupo control las mujeres obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente en ambas mediciones pre-test- y post-test.

IX. RECOMENDACIONES

A LAS REDES MELGAR-AYAVIRI

A los responsables de la salud de la mujer de las Redes de Salud Melgar, brindar educación con el uso de técnicas y metodologías participativas para mejorar el conocimiento con respecto al cáncer de cuello uterino, sobre todo en aquellos aspectos claves como las causas, factores de riesgo y medios de diagnóstico, la educación no solo debe incluir a las mujeres en edad fértil sino también en la población más joven ya que existe un desconocimiento, teniendo en cuenta que es una población vulnerable donde se puede iniciar la prevención. Es necesario realizar material educativo nuevo haciendo uso de las técnicas participativas sobre todo aquellas de análisis.

A LOS RESPONSABLES DE LA SALUD DE LA MUJER

Inculcar al personal responsable y asistencial de la salud de la mujer el compromiso individual y social para promover la salud sexual y reproductiva de la mujer a través de métodos de enseñanza efectivos y eficaces haciendo uso de metodologías participativas que involucren la participación de las personas para mejorar sus conocimientos y adquirir nuevos comportamientos saludables y actitudes positivas.

Continuar reforzando los conocimientos aprendidos a la población femenina con metodología participativa sobre la prevención primaria del cáncer de cuello uterino con la finalidad de que no olviden la información adquirida y puedan retenerlo durante más tiempo.

Promover las prácticas adecuadas y comportamientos saludables de salud sexual y reproductiva tales como tener una sola pareja, no iniciar las relaciones sexuales a temprana edad, consumir nutrientes con vitamina C y sobre todo sensibilizar a las mujeres en riesgo para la toma del examen de Papanicolaou, todo a

través del uso de técnicas participativas para favorecer la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Diseñar y desarrollar nuevas estrategias de enseñanza que conjuguen los esfuerzos de los servicios de salud y la comunidad con la finalidad de reducir las altas tasas de cáncer de cuello uterino.

A LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Desarrollar actividades de promoción haciendo uso de la metodología con técnicas participativas sobre todo aquellas de análisis, juicio crítico, relación, etc., empezando en aquella población joven, escuelas y colegios del lugar, además de aquella población en riesgo.

Sugerimos a todas las enfermeras que bajo la base de los resultados profundicen más sobre el tema, realicen sesiones con educación participativa en grupo para mejorar el nivel de conocimiento sobre los aspectos generales, factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y la detección precoz por examen de Papanicolaou, y que se basen de acuerdo a las realidades de los centros de salud ya que cada lugar las situaciones son muy diferentes.

A LOS ESTUDIANTES Y BACHILLERES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Realizar investigaciones similares a la del estudio donde la enseñanza sea con técnicas participativas, se recomienda que utilicen técnicas en grupos que incluya el análisis crítico tales como la técnica del “Rompecabezas” y “En río revuelto, ganancia de pescadores”.

Realizar estudios de investigación con técnicas participativas grupales incluyendo los dos primeros niveles de atención primaria.

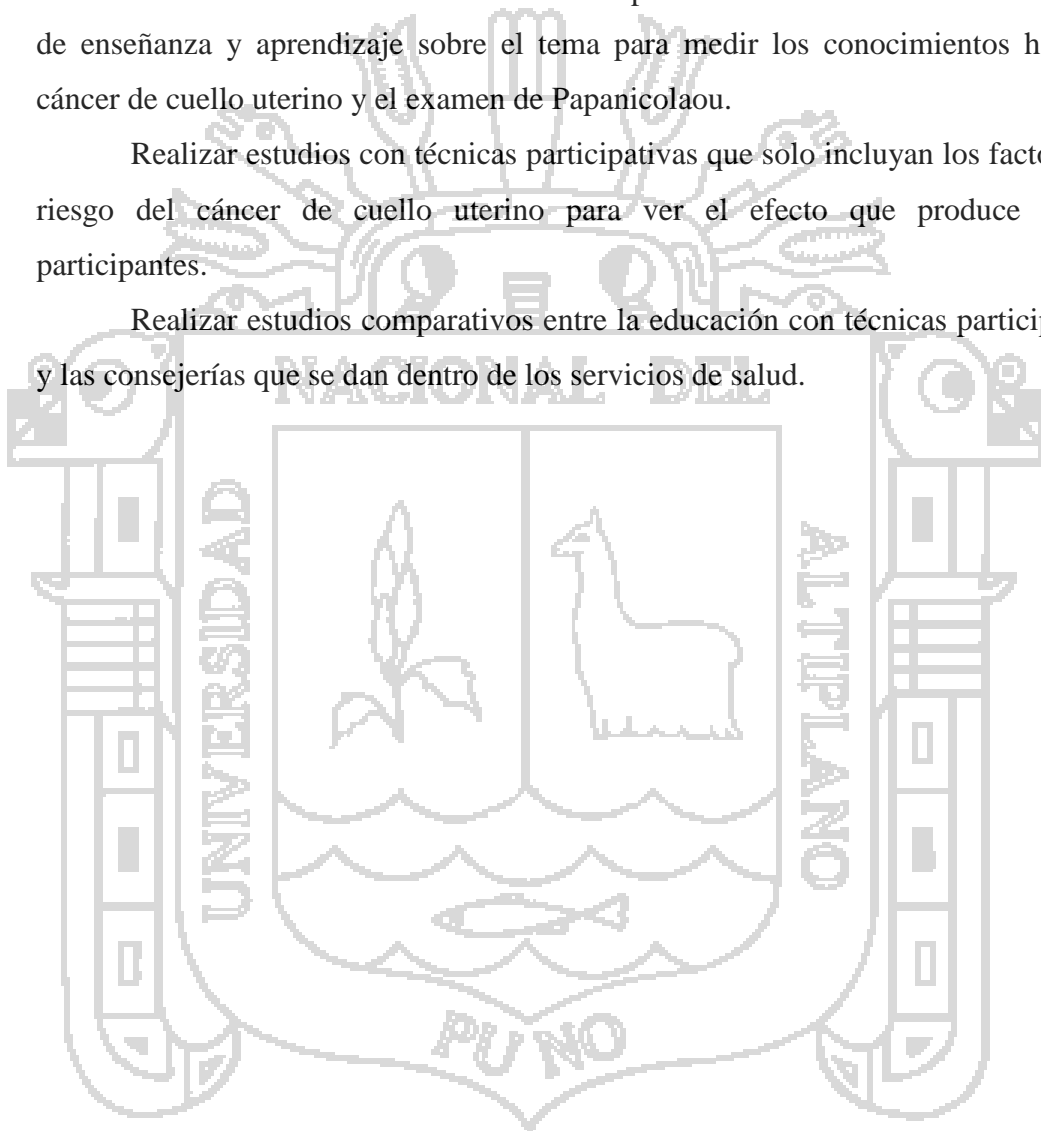
Realizar estudios sobre los factores que influyen en la efectividad de las consejerías en educación sexual y reproductiva que brinda el personal de salud encargado.

Realizar estudios donde se debe realizar una reevaluación a mayor tiempo, para verificar si la modificación o influencia en las actitudes tuvo un efecto continuo a largo plazo.

Realizar estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias de enseñanza y aprendizaje sobre el tema para medir los conocimientos hacia el cáncer de cuello uterino y el examen de Papanicolaou.

Realizar estudios con técnicas participativas que solo incluyan los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino para ver el efecto que produce en las participantes.

Realizar estudios comparativos entre la educación con técnicas participativas y las consejerías que se dan dentro de los servicios de salud.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de Salud. Lewis, M. “Análisis de la Situación de Cáncer Cervico Uterino en América Latina y el Caribe.” Washington; (2006). [en línea] [Fecha de consulta: 07 de Julio 2014] Disponible en: <http://www.palo.org/sapnish//Ad/situ/las.htm>.
2. Organización Panamericana de Salud. Programa para una tecnología apropiada en salud. Cáncer Cervico Uterino, magnitud del problema fundamentos. 3era Edición Washington; (2002).Pág. 3-4
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer. Perú (2003) [en línea] [Fecha de consulta: 07 de Julio 2014] http://www.dps.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
4. Revista Panamericana de la Salud. Gen Salud. Cáncer Cervico Uterino; 2005. [en línea] [Fecha de consulta: 07 de Julio 2014] http://C:/Users/DEX/Downloads/mendoza_so.pdf
5. Barco M. Efecto de una intervención educativo participativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición en los miembros del Club del Adulto Mayor, de C.S. de Surquillo, Perú Lima: (2007). [Tesis de grado] Universidad nacional Mayor de San Marcos. Escuela Académico Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina Humana. [en línea] [Fecha de consulta: 22 de julio del 2014] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v68_sup/pdf/a06vol68sup.pdf
6. Huarsaya H. y Mamani. Efectividad de la Educación Participativa en el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños P.S. Salinas, Puno (2009) [Tesis de Grado]. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería
7. Registro de resultados Campaña Papanicolaou, REDESS Melgar octubre: 2013
8. Díaz A. y Beltrán. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. (2008) [tesis de grado] Venezuela [en línea] [Fecha de consulta: 17 de junio 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_2_11/san10211.htm

9. Chávez M., Virelles T., Bermejo B., Vinas S. Intervención Comunitaria sobre Factores de Riesgo del Cáncer Cervicouterino. (2008) [tesis de grado] Camaguey [en línea] [Fecha de consulta: 17 de junio 2014] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc12508.htm>
10. Urpin T. y León. Programa informativo sobre las medidas preventivas del cáncer cervico uterino dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de control ginecológico del hospital universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar (2009) [en línea] Venezuela [Fecha de consulta: 4 de julio 2014] Disponible en: <http://saber.uev.ve/jspui/bitstream/123456789/1142/1/PROGRAMA%20INFORMATIVO%20SOBRE%20LAS%20MEDIDAS%20PREVENTIVAS%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO%20HOSPITAL%20UNIVERSITA.pdf>
11. Salinas J. y Villarreal Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias de la “clínica granados” salinas. (2012) [tesis de grado] Universidad Estatal Península de Santa Elena. Facultad de Ciencias sociales y de la Salud Escuela de Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería [en línea]: Ecuador [Fecha de consulta: 5 de julio del 2014] Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/432/1/Intervencion%20del%20trabajador%20social%20cancer%20cervico%20uterino.pdf> (11) (67)
12. Mendoza S. Conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino en las usuarias del centro de salud fortaleza Vitarte- Lima (2006) [tesis de grado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina E.P. de Enfermería. [en línea] [Fecha de consulta: 5 de julio del 2014] Disponible en:
13. Paredes C. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, (2010). [tesis de post grado] Universidad nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. [En línea] [Fecha de consulta: 7 de julio del 2014] disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2433/1/paredes_ce.pdf
14. Bueno J. Cecilio y Roja. Metodología participativa en el mejoramiento de conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en adolescentes del programa

15. EVA del centro de salud Carlos showing Ferrari. [Tesis de grado] Universidad nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Enfermería. [en línea] [Fecha de consulta: 22 de julio del 2014] Disponible en:
http://www.unheval.edu.pe/biblioteca/?page_id=174
16. Ruelas G. y Zamata. “Efecto educativo con técnicas participativas en el conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de la institución educativa Roque Sáenz Peña, Ayaviri”. (2009) [Tesis de Grado]. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería
17. Monescillo M. “Metodologías participativas y nuevas tecnologías en la formación de formadores”. FACEP: Málaga. 2002
18. Imbernon M. “Metodología participativa en el aula universitaria, la participación del alumnado” Ed. Octaedro, Barcelona. 2008.
19. Instituto Nacional de Aprendizaje. “Manual de Técnicas Participativas, 1era Edición, Editorial Orietta,” Costa Rica; 2012. Pág.: 15-21
20. FAO. Manual de Técnicas Participativas. Proyecto JALDA Sucre-Bolivia. [En línea] 2007 [fecha de consulta 17 de junio 2014] Disponible en:
<http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/documentos/comunicacion/4.pdf>
21. ALFORJA. Técnicas Participativas para la Educación Popular. 4ta Edición, Editorial Asociación de Publicaciones Educativas, Perú. 1987.
22. Unidad de Gestión Educativa Local. Sesión de Aprendizaje. 2010. [en línea] abril 18 [fecha de consulta: 12 de julio 2014] Disponible en:
<http://www.ugel03.gob.pe/pdf/100521.pdf>
23. Ministerio de Educación. Orientaciones para el trabajo pedagógico de educación para el trabajo. 2da Edición. Perú. Editorial Filmart S.A.C., 2006. Pág. 90-93
24. Iturralde E. Andragogia es al adulto, como pedagogía al niño, 2008. [en línea] febrero 19 [fecha de consulta: 07 de julio 2014] Disponible en:
<http://www.yturalde.com/andragogia.htm>
25. Montero A. Aplicación de los principios de la pedagogía de adultos en el contexto de municipalización de la educación superior en Venezuela. Aldea Universitaria del Municipio Baruta. Venezuela; 2008 [en line] [Fecha de consulta: 07 de Julio 2014] Disponible en:
http://www.virtualeduca.info/ponenciasResumen_Venezuela_Virtual%20Educa%202008.doc

26. Yturalde E. Modelo andragogico. 2006[En línea] [fecha de consulta: 07 de julio 2014] Disponible en: <http://www.yturalde.com>
27. Alcalá A. La praxis andragogica en los adultos de edad avanzada. [En línea] [Fecha de consulta 07 de julio 2014] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/prax/prax.shtml>
28. Hall J. Redding B. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. 2da edición. Washintong: 1990 pág. 318- 320
29. Hernandez R., Fernandez, C., & Baptista, M. d.. Metodología de la investigacion. Mexico. 2010 Publicaiones McGraw-Hill Interamericana.
30. Orta J. Programa Educativo a la Paciente con patología de cáncer de cuello uterino. Servicio de Gineco-obstetricia: 2003
31. Shirley y Otto. Enfermería oncológica 3ra edición. Editorial Harcourt Brace España: 1999 pag. 7-10
32. Ortiz R.S. y Colbs. Factores de riesgo para cáncer del cuello uterino: revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 55 Nro. 2 Colombia: 2004
33. Mongrut A. Tratado de ginecología. 3ra edición Perú :2000
34. Institución Nacional de Cáncer de Venezuela. Latinoamérica contra el Cáncer. Caracas, Venezuela: 2003
35. Testa R. Ginecología Fundamentos para la Práctica Clínica, Editorial Médica Panamericana: 2011
36. Castañeda M. Iñiguez y Colbs. Factores de riesgo para cáncer cervico uterino. Revista Vol. 40 Nro. 4 México: 1998
37. Organización Panamericana de Salud. (Programa para una tecnología apropiada en salud). “Tamizaje: Pruebas de Papanicolaou.” Aspectos Destacados del tema, No.2. En Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3º edición. 2002. Pág. 11
38. Lumir A. y Colb. Ginecología y Obstetricia Prevención, diagnóstico y tratamiento. CONCYTEC. Lima Perú: 1996. Pág. 1131-1132
39. Ministerio de Salud. Plan Nacional de prevención de cáncer ginecológico Guía para los facilitadores de la comunidad: 2000
40. Bunge M. Epistemología. Barcelona. Editorial Ariel España: 1980
41. Berthand R. El conocimiento humano. Ediciones Orbis S.A. Hyspamerica. Argentina: 1983.

42. Blooms B. Evaluación del aprendizaje, 4ta Edición. Editorial Traquel S.A. Buenos Aires.1991. Pág.34
43. Moya R., & Saravia, G.. Probabilidades e inferencia estadística. Lima: Editorial San Marcos.2004
44. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. Lima: San Marcos.2009
45. Acevedo S. Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2009 [tesis de post grado] Universidad nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Enfermería [En línea] [fecha de consulta: 7 de julio del 2014] disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/477/1/acevedo_ps.pdf
46. Quispe P., (2011). Tecnicas estadísticas de muestreo. Universidad Nacional del Altiplano. Puno
47. Silva M. La importancia en la prevención del cáncer cérvico uterino a través del Papanicolaou. 2014. [En línea] [fecha de consulta: 27 de noviembre 2014] Disponible en: <http://www.marciasilva.cl/articulos/cancer.html>
48. Sierra A. SANATORIO ESPAÑOL, Importancia del Papanicolaou. 2014. [En línea] [fecha de consulta: 27 de noviembre 2014] Disponible en: http://www.sanatorio.com.mx/em_detalle.asp?id=23
49. Moreira M. Aprendizaje significativo: Teoría y práctica. Madrid. Editorial Visor. 2000
50. Nola Pender. El Modelo de Promoción de la Salud. 2011. [En línea] [fecha de consulta: 27 de enero 2015] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>



ANEXO 01**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO****FACULTAD DE ENFERMERÍA****CUESTIONARIO SOBRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO**

FECHA DE LA ENCUESTA:

Hora:		Fecha:			
-------	--	--------	--	--	--

Estimada Señora (ta), el presente cuestionario es totalmente anónimo, confidencial y contiene preguntas sencillas; además es para conocer cuánto Ud., está informada sobre la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino, por ello le pedimos leer con calma las preguntas y por favor responda la respuesta verdadera marcando con una X dentro del paréntesis. Le agradecemos su gentil colaboración porque todo lo que usted diga será en beneficio de la población, además servirá para poder proponer algunas soluciones en bien de todos.

PARTE I: DATOS GENERALES Y ANTECEDENTES GINECO-OBTETRICOS

Edad: Ocupación:

Grado de Instrucción:

Estado Civil: Nro. de hijos:

PARTE II: PREVENCIÓN PRIMARIA: Conocimientos sobre Aspectos Generales del Cáncer de Cuello Uterino

1. El cáncer del cuello uterino es:
 - Una patología que se inicia necesariamente con la presencia de un tumor en el cuello uterino ()
 - Es una enfermedad maligna que se instala en los tejidos del cuello uterino ()
 - Son lesiones en las células escamosas del intestino grueso ()
2. ¿Cuál es la causa principal del Cáncer de Cuello Uterino?
 - El virus del papiloma humano ()

- El Virus de Papiloma Humano la que se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal ()
 - El VPH puede ser trasmitido aun cuando el portador no tenga síntomas ()
 - El virus del papiloma humano puede producir verrugas en los genitales ()
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas del Cáncer de Cuello Uterino?
- Hemorragia vaginal ()
 - Flujo vaginal ()
 - Dolor intenso en la espalda y extremidades inferiores ()
 - Fiebre, Anemia y pérdida de peso ()
4. ¿Cómo se diagnostica el Cáncer de Cuello Uterino?
- Biopsia ()
 - Citología Vaginal ()
 - Colposcopia ()
 - Prueba de Papanicolaou ()
5. ¿Cuál cree usted que es el tratamiento para el Cáncer de Cuello Uterino?
- Radioterapia ()
 - Cirugía ()
 - Quimioterapia ()
 - Radioterapia y quimioterapia ()

PARTE III: PREVENCIÓN PRIMARIA: Conocimientos sobre Factores de Riesgo del Cáncer de Cuello Uterino

6. El principal factor de riesgo del cáncer del cuello uterino es:
- La enfermedad de transmisión sexual con el papiloma virus humano ()
 - La diabetes Mellitus ()
 - Las enfermedades ocasionadas por virus y bacterias ()
7. Una mujer puede contraer el cáncer del cuello uterino cuando:
- Tiene varios compañeros sexuales ()
 - Tiene relaciones sexuales antes de los 22 años ()
 - Se embaraza después de los 35 años ()
8. Es una conducta de alto riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino:
- Posponer las relaciones sexuales a una edad adulta ()
 - Iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años ()

- Tener 4 hijos ()
9. Los grupos de alto riesgo para iniciar el cáncer del cuello uterino son:
- Los homosexuales ()
 - Las adultas ()
 - Las jóvenes adolescentes ()
10. Como medida preventiva de las infecciones vaginales como el Virus de Papiloma Humano, se deben mantener tener relaciones sexuales con:
- Ninguna pareja ()
 - Una sola pareja ()
 - Más de dos parejas ()
- 11.Cuál de estos factores cree usted que podría desarrollar cáncer de cuello uterino?
- Las mujeres que tienen 2 a 3 hijos ()
 - Las mujeres que tienen más 7 hijos ()
 - Las mujeres que son obesas ()
12. Que factores respecto a su salud cree usted que permiten que se desarrolle cáncer de cuello uterino?
- Tener una mala nutrición ()
 - Tener bajos niveles de micronutrientes ()
 - Tener bajas defensas ()
 - Factor genético ()

PARTE IV: PREVENCIÓN PRIMARIA: Conocimientos sobre el Diagnóstico de detección precoz por Examen de Papanicolaou)

13. El examen de Papanicolaou es útil para:
- Diagnosticar el cáncer de cuello uterino ()
 - Detectar lesiones precancerosas ()
 - Solo tratamiento de enfermedades vaginales ()
14. ¿Conoce usted, a qué edad se debe realizar el Papanicolaou?
- A partir de los 20 años en adelante después de haber tenido su primer hijo ()
 - Mujeres mayores de 50 años ()

- Mujeres que hayan iniciado su vida sexual activa ()

15. Cuando cree usted que se debe decidir realizarse un examen de Papanicolaou?

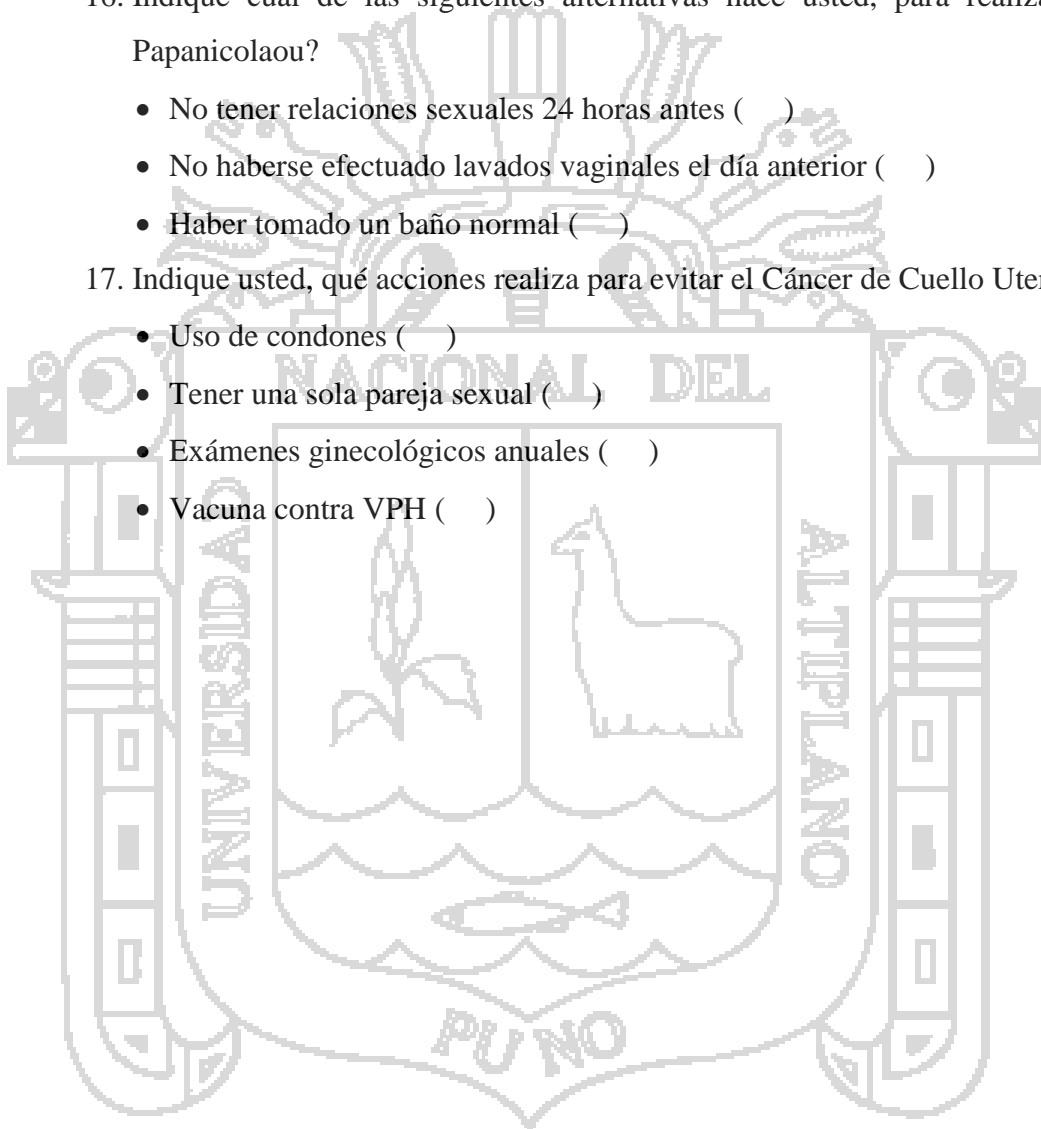
- Cuando presente abundante descenso vaginal ()
- Una vez que haya tenido relaciones sexuales ()
- Cuando presente hemorragia vaginal ()

16. Indique cuál de las siguientes alternativas hace usted, para realizarse el Papanicolaou?

- No tener relaciones sexuales 24 horas antes ()
- No haberse efectuado lavados vaginales el día anterior ()
- Haber tomado un baño normal ()

17. Indique usted, qué acciones realiza para evitar el Cáncer de Cuello Uterino.

- Uso de condones ()
- Tener una sola pareja sexual ()
- Exámenes ginecológicos anuales ()
- Vacuna contra VPH ()



ANEXO 02**Consentimiento Informado**

He sido invitada para participar en una investigación titulada “METODOLOGÍA PARTICIPATIVA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE-AYAVIRI, 2014”.

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

Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico.

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

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

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a las Bachilleres Maximiliana Andía Bobadilla y Senaida Quispe Añamuro, al teléfono anteriormente mencionado. Paso a dar mi consentimiento mediante mi nombre completo y firma que da fe de mi participación.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha (Día/mes/año):

ANEXO 03**ESCALA DE STANONES**

La medición de una variable está dada por la escala de stanones, que utiliza la media y la desviación estándar para obtener los parámetros o rangos para la medición de dicha escala. Es utilizada en el campo de investigación para categorizar los sujetos de estudio en tres grandes grupos, además permite conocer los intervalos (puntos de corte) en función de puntajes alcanzados en la medición de una variable, ya sea en forma global o por dimensiones o por factores cuya fórmula es la siguiente: ⁴⁹

$$a = X - 0,75(DS) \qquad b = X + 0,75(DS)$$

a, b : Son los valores máximos y mínimos (para el intervalo)

x : Promedio de los puntajes

DS : Desviación estándar

0.75 : Constante

**APLICACIONES DE LA ESCALA DE ESTANONES PARA EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCION PRIMARIA DEL CUELLO
UTERINO**

Determinar la efectividad de la Metodología Participativa de Enfermería en la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014.

Estadísticos

SOPORTE_SUMA

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		20.9
Desv. típ.		11.12

1.-Se determinó el Promedio (X)

$$X = 20.9$$

2.- Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 11.12$$

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$b = X + 0,75(DS)$$

$$a = 20,9 - 0,75(11,12)$$

$$b = 20,9 + 0,75(11,12)$$

$$a = 12,56$$

$$b = 29,24$$

$$a = 13$$

$$b = 29$$

Nivel de conocimiento sobre la prevención primaria del cuello uterino

Bueno : 30 – 34

Regular : 14 – 29

Deficiente : 0 – 13

El nivel de conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de cuello uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014.

Estadísticos

SOPORTE_SUMA

N	Válidos	20
	Perdidos	0
Media		5,6
Desv. típ.		3,81

1.- Se determinó el Promedio (X)

$$X = 5,6$$

2.- Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 3,81$$

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$b = X + 0,75(DS)$$

$$a = 5,6 - 0,75(3,81)$$

$$b = 5,6 + 0,75(3,81)$$

$$a = 2,74$$

$$b = 8,45$$

$$a = 3$$

$$b = 8$$

Nivel de conocimiento sobre aspectos generales del cáncer del cuello uterino

Bueno : 9 – 10

Regular : 4 – 8

Deficiente : 0 – 3

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014.

Estadísticos

N	Válidos	20
	Perdidos	0
Media		9.05
Desv. típ.		4.40

1.-Se determinó el Promedio (X)

$$X = 9.05$$

2.- Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 4.40$$

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$a = 9.05 - 0.75 (4.40)$$

$$a = 5.75$$

$$a = 6$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 9.05 + 0.75 (4.40)$$

$$b = 12.35$$

$$b = 12$$

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino

Bueno : 13 – 14

Regular : 7 – 12

Deficiente : 0 – 6

El nivel de conocimiento sobre detección precoz por examen de Papanicolaou del cáncer de cuello uterino en mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre-Ayaviri, 2014.

Estadísticos

N	Válidos	20
	Perdidos	0
Media		6.30
Desv. típ.		2.79

1.-Se determinó el Promedio (X)

$$X = 6.30$$

2.- Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 3.20$$

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$a = 6.30 - 0.75 (2.79)$$

$$a = 4.2$$

$$a = 4$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 6.30 + 0.75 (2.79)$$

$$b = 8.39$$

$$b = 8$$

Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de detección precoz por examen Papanicolaou

Bueno : 9 – 10

Regular : 5 – 8

Deficiente : 0 – 4

ANEXO 04**PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01****I. DATOS GENERALES**

- ❖ **TEMA:** Aspectos generales y factores de riesgo del Cáncer de Cuello Uterino
- ❖ **DIRIGIDO:** Mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre Ayaviri
- ❖ **DURACIÓN:** 55 minutos
- ❖ **MÉTODO:** Expositivo - Participativo
- ❖ **LUGAR:** Salón de reuniones del Asentamiento Humano Pueblo Libre
- ❖ **FECHA:** 13 de Setiembre 2014
- ❖ **RESPONSABLES:** Bachilleres de Enfermería
 - Maximiliana Andia Bobadilla
 - Senaida Quispe Añamuro

II. OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Que las mujeres participantes del estudio conozcan todo respecto a los aspectos generales y factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

OBJETIVO ESPECIFICO

Al término de la sesión educativa las mujeres estarán en la capacidad de verbalizar los contenidos impartidos a través de técnicas participativas:

- ✓ Reconocer la definición, etiología, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- ✓ Reconocer y verbalizar todos los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

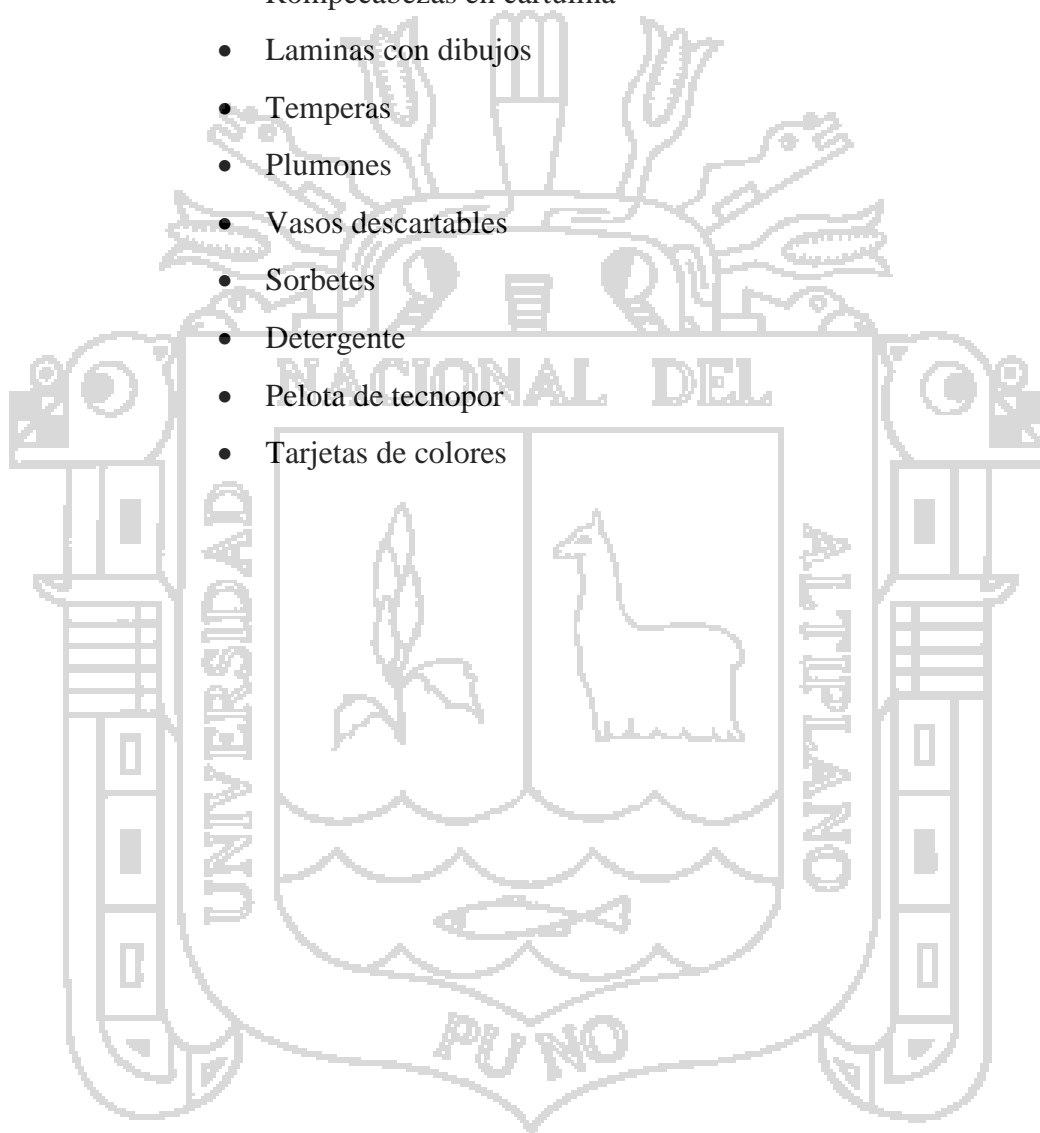
III. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino es un grave problema de salud pública entre las mujeres del Mundo. “La incidencia mundial del cáncer se presenta alrededor de 500.000 nuevos casos por año y 250.000 muertes por esta causa según la OMS”, la mayoría

de los casos de cáncer de cuello uterino están asociados al virus de papiloma humano (VPH), considerado como el primer factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Su prevención a través de la educación participativa es crucial e importante para la disminución de casos.

IV. MATERIALES

- Rompecabezas en cartulina
- Laminas con dibujos
- Temperas
- Plumones
- Vasos descartables
- Sorbetes
- Detergente
- Pelota de tecnopor
- Tarjetas de colores



V. DESARROLLO DE LA SESION EDUCATIVA SEGÚN MOMENTOS

HORA	MOMENTOS	ACTIVIDAD
9:00 - 9:05am	MOTIVACIÓN	BUSCANDO TU MITAD: Entregar tarjetas con dibujo referente al tema partida en dos, se les entrega a cada uno de las mujeres al azar. Mostrarles diapositivas de la mortalidad e incidencia de muertes por cáncer del cuello uterino.
9:06 - 9:24am	BÁSICO	ROMPECABEZAS: se les agrupa a las mujeres en grupo de 4 integrantes, y entregándoles un rompecabezas en cartonetas pidiendo que armen Y analicen el dibujo.
9:25 - 9:40am	PRÁCTICO	LAS BURBUJAS: se entregó los materiales; un vaso descartable, sorbete, agua con detergente. Y se le pide que soplen y observen lo que sucede al mismo tiempo explicando.
9:41 - 9:49am	EVALUACIÓN	LA PAPA QUE QUEMA: se le entrega una pelota liviano, y les pedimos que pasen uno a uno cantando “la pelota se quema se quema... se quemó” la pelota se detiene en la última palabra de la canción, a la mujer que tiene la pelota se le pregunta una pregunta sobre el tema.
9:51 - 9:55am	EXTENSIÓN	REFRANES: de una caja se le pide a cada una de las mujeres que saque una tarjeta con mensajes referidos al tema.

ANEXO 05**PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02****I. DATOS GENERALES**

- ❖ **TEMA:** Diagnostico de detección precoz por examen de Papanicolaou
- ❖ **DIRIGIDO:** Mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre Ayaviri
- ❖ **DURACIÓN:** 55 minutos
- ❖ **MÉTODO:** Expositivo - Participativo
- ❖ **LUGAR:** Salón de reuniones del Asentamiento Humano Pueblo Libre
- ❖ **FECHA:** 27 de Setiembre 2014
- ❖ **RESPONSABLES:** Bachilleres de Enfermería
 - Maximiliana Andia Bobadilla
 - Senaida Quispe Añamuro

II. OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Que las mujeres participantes del estudio conozcan todo respecto al diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou

OBJETIVO ESPECÍFICO

Al término de la sesión educativa las mujeres estarán en la capacidad de verbalizar los contenidos impartidos a través de técnicas participativas:

- ✓ Reconocer y verbalizar la importancia de realizarse un examen de Papanicolaou
- ✓ Reconocer y verbalizar la edad y momento indicado para hacerse un examen de Papanicolaou
- ✓ Verbalizar las condiciones y requisitos para realizarse un examen de Papanicolaou

III. JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las patologías crónicas degenerativas, causante de muchas muertes a nivel nacional además de ser una de las enfermedades más prevenibles; tanto así que se puede curar si se detecta a tiempo, esto involucra también actividades preventivas, si se logra conseguir que la población adopte estilos de vida saludable, como el no fumar, vida sexual sana, o que acuda a un centro de salud para un chequeo médico, etc.

Las principales medidas descritas para la prevención primaria son la educación a la población a cerca del conocimiento respecto a la importancia de realizarse un examen de Papanicolaou, pues la educación es una de las principales herramientas a utilizar en la prevención primaria.

IV. MATERIALES

- Papeles de colores pequeños
- Lápices
- Cinta adhesiva
- Papel
- Cuerda delgada o hilo grueso
- Clips que doblan en forma de anzuelo
- Palos
- Caja pequeña forrada con un mediano agujero
- Tarjetas pequeñas y/o papeles doblados de colores con diversas preguntas respecto al tema

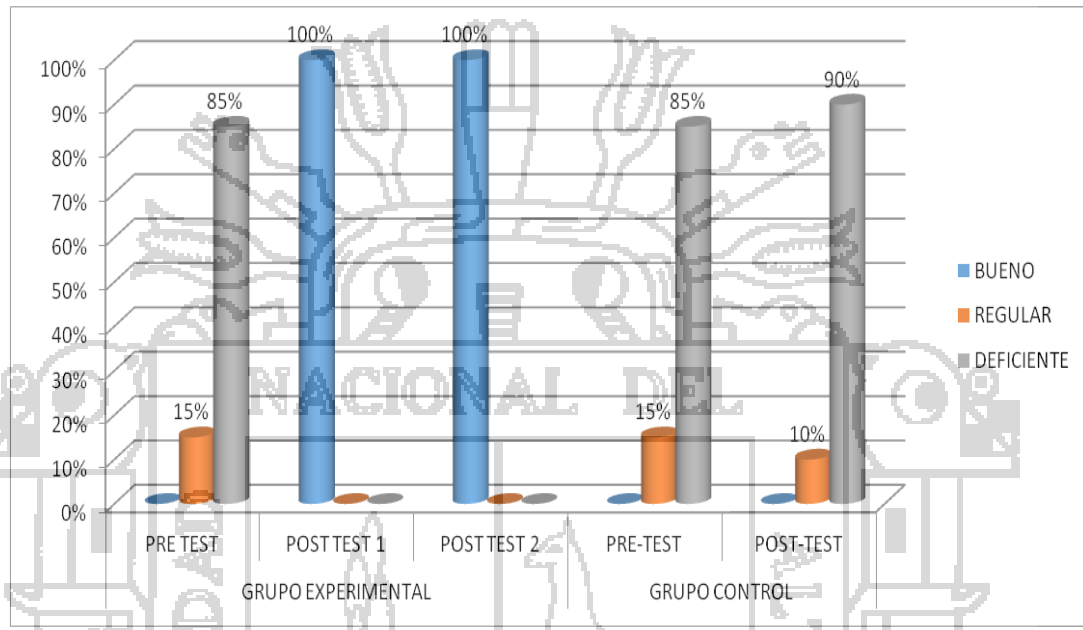
V. DESARROLLO DE LA SESIÓN EDUCATIVA SEGÚN MOMENTOS

HORA	MOMENTOS	ACTIVIDAD
9:00 - 9:05am	MOTIVACIÓN	LLUVIA DE IDEAS POR TARJETA: Entregar a cada participante una tarjeta mediana y un bolígrafo para que pueda escribir todas las ideas que tenga sobre el tema a desarrollarse y posteriormente pasen a disertar y comentar lo escrito.
9:06 - 9:24am	BÁSICO	PRESENTACIÓN DE LAMINAS: Formar grupos, y luego entregar a cada grupo una lámina para que lo puedan analizar en grupo y posteriormente invitar a un representante para que explique lo que el grupo analizo.
9:25 - 9:40am	PRÁCTICO	EN RIO REVUELTO: Agrupar a los participantes, entregarles una caña de pescar, posteriormente invitar a todo el grupo a pasar al escenario para empezar el juego.
9:41 - 9:49am	EVALUACIÓN	COMPETENCIA DE SORPRESAS: En una caja preparar tarjetas dobladas para que cada participante coja una y pueda responder a la sorpresa, puede ser preguntas, acciones, etc.
9:51 - 9:55am	EXTENSIÓN	REFRANES: de una caja se le pide a cada una de las mujeres que saque una tarjeta con mensajes referidos al tema.

ANEXO 06

GRÁFICO 01

CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE AYAVIRI, 2014

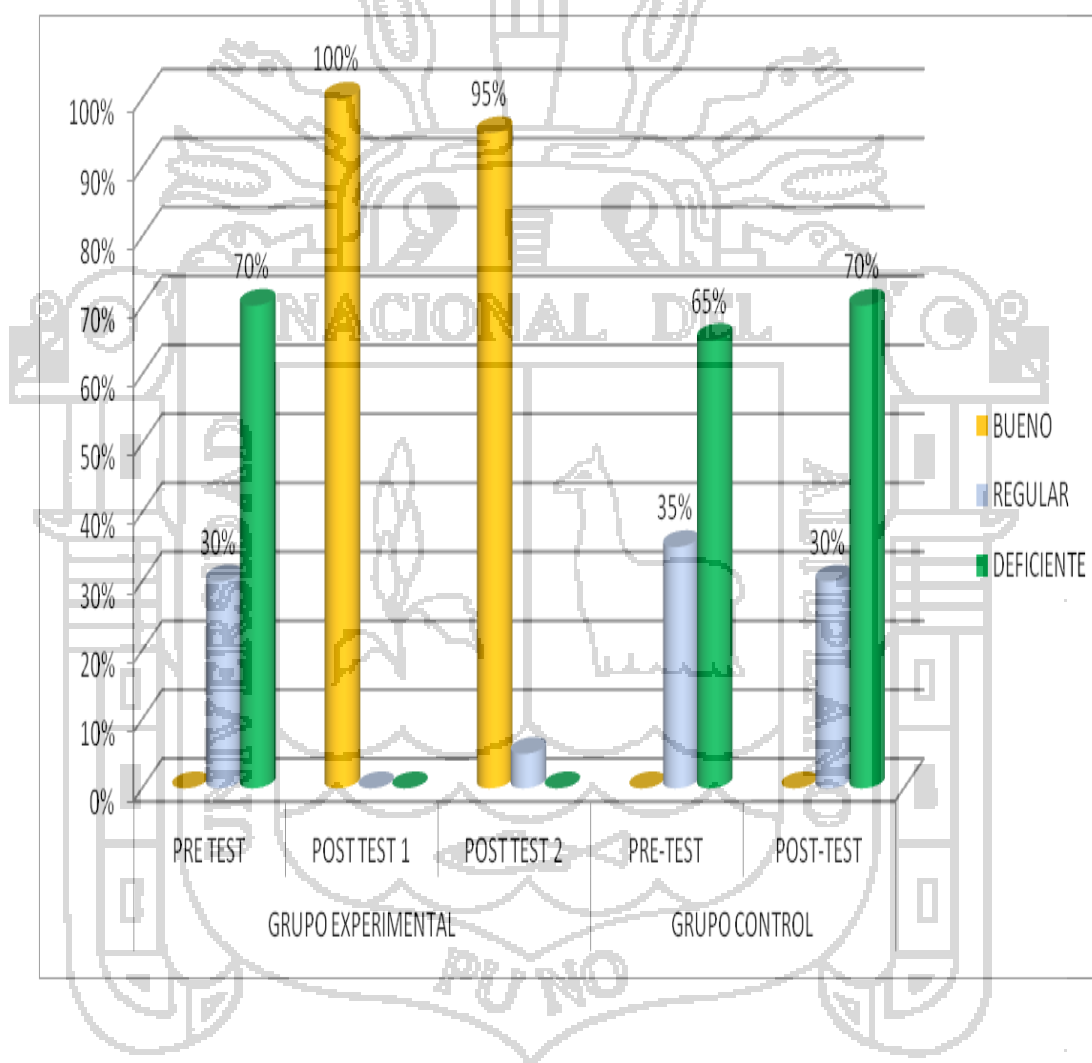


Fuente : Cuadro N° 2

ANEXO 07

GRÁFICO 02

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE AYAVIRI, 2014

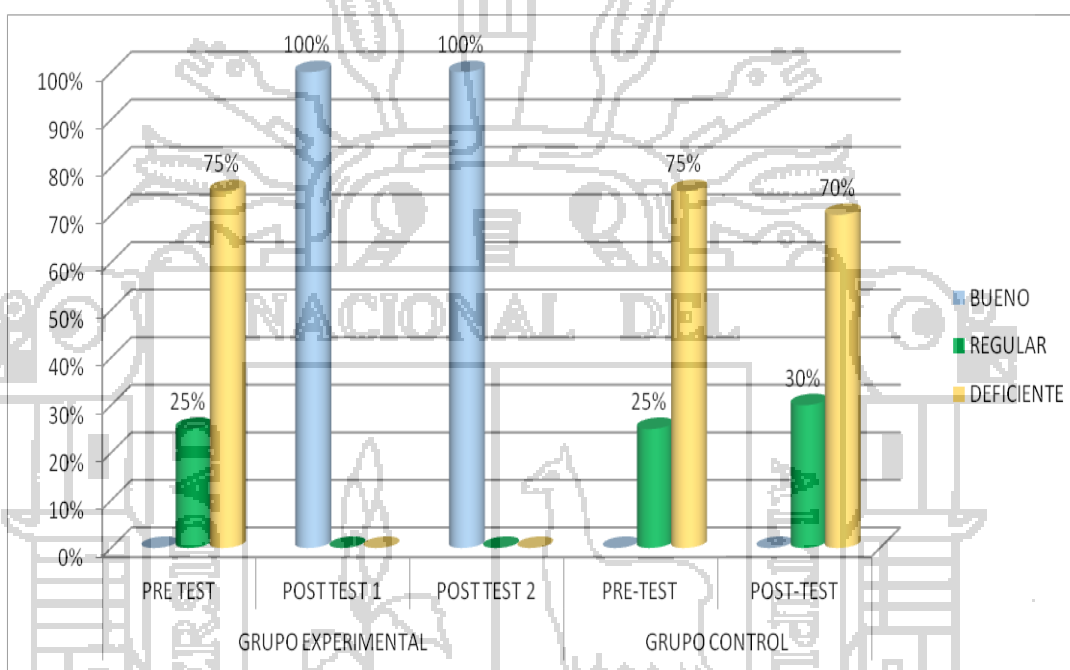


Fuente : Cuadro N° 3

ANEXO 08

GRÁFICO 03

CONOCIMIENTO DETECCIÓN PRECÓZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE AYAVIRI, 2014

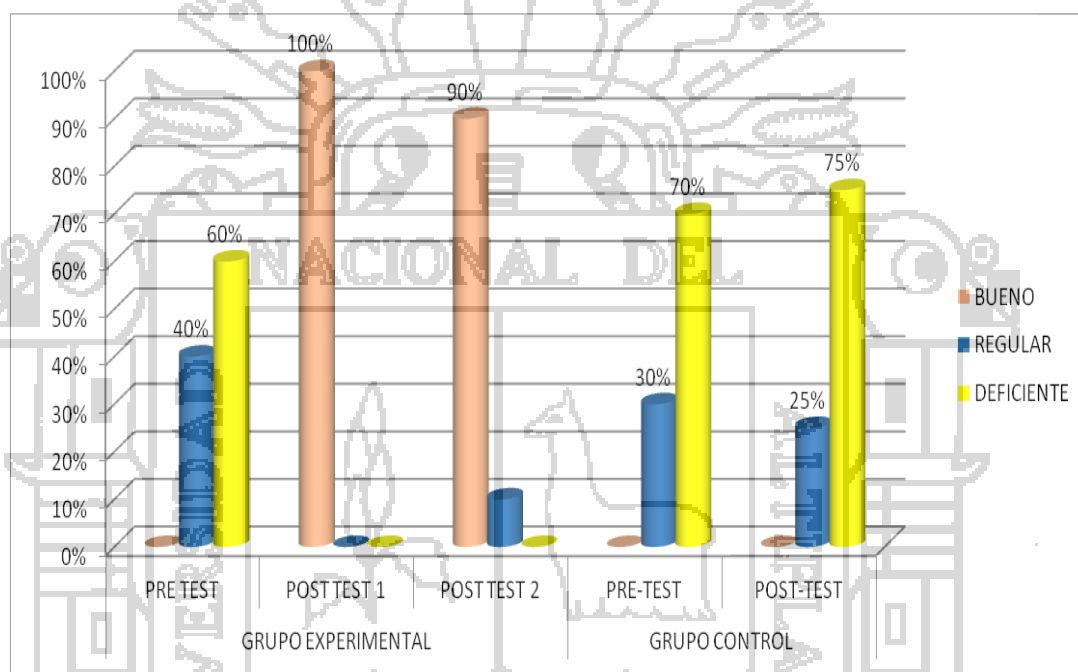


Fuente : Cuadro N° 4

ANEXO 09

GRÁFICO 05

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO LIBRE, AYAVIRI 2014 ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL



Fuente : Cuadro N° 5

ANEXO 10**ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS****GRUPO EXPERIMENTAL****a. EN RELACIÓN A LOS ASPECTOS GENERALES DEL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO****PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA PARA EL PRES TEST Y POST
TEST 1**

- i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del pre test1 y post1 estadígrafos del grupo experimental, los cuales son los valores obtenidos :

$$\bar{X}_{pre} = 2.18 \quad S_c^2 = 2.72 \quad n_{pret} = 20$$

$$\bar{X}_{post1} = 9.5 \quad S_{post1}^2 = 0 \quad n_{post1} = 20$$

- ii) **PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:**

- a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{post1} \leq \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es menor o igual al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

- b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{post1} > \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

- iii) **NIVEL DE SIGNIFICANCIA:**

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

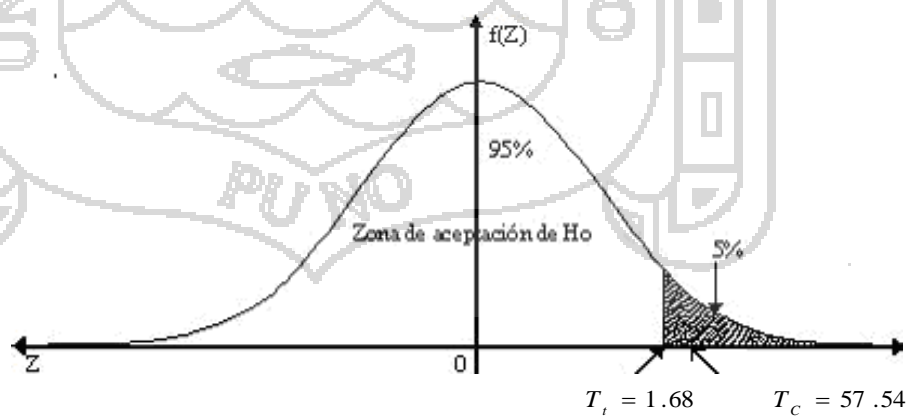
$$T_c = \frac{X_{post1} - X_{pre} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{post1}^2 + (n_c - 1)S_{pre}^2}{n_{post} + n_{pre} - 2} \left(\frac{1}{n_{post}} + \frac{1}{n_{pre}} \right)}}$$

$$T_c = \frac{9.50 - 2.18 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)0 + (20 - 1)2.72}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{7.32}{\sqrt{(1.36) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{21.22}{0.36} = 57.54$$

v) NIVEL DE DECISIÓN:



Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la Ha.

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

**a. EN RELACIÓN A LOS FACTORES DE RIESGO DEL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

**PRUEBA DE HIPOTESIS ESTADISTICA PARA LA PRES TEST Y POST
TEST 1**

i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del pre test1 y post1 estadígrafos del grupo experimental, los cuales son los valores obtenidos:

$$\bar{X}_{pre} = 4.95$$

$$S_{pre}^2 = 9.33$$

$$n_{pre} = 20$$

$$\bar{X}_{post1} = 13.1$$

$$S_{post1}^2 = 1.52$$

$$n_{post1} = 20$$

ii) **PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:**

a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{psst1} \leq \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es menor o igual al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{post1} > \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

$$T_c = \frac{X_{post} - X_{pre} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{post}^2 + (n_c - 1)S_{pre}^2}{n_{post} + n_{pre} - 2} \left(\frac{1}{n_{post}} + \frac{1}{n_{pre}} \right)}}$$

$$T_c = \frac{13.10 - 4.95 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)1.52 + (20 - 1)9.33}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{8.15}{\sqrt{(5.42) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{8.15}{0.74} = 11.06$$

v) NIVEL DE DECISIÓN:

Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria en factores de riesgo del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

b. EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE DETECCIÓN PRECÓZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA PARA LA PRES TEST Y POST TEST 1

i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del pre test1 y post1 estadígrafos del grupo experimental, los cuales son los valores obtenidos:

$$\begin{array}{lll} \bar{X}_{pre} = 3.12 & S^2_{pre} = 3.99 & n_{pre} = 20 \\ \bar{X}_{post1} = 9.5 & S^2_{post1} = 0 & n_{post1} = 20 \end{array}$$

ii) PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{post1} \leq \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es menor o igual al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{post1} > \bar{X}_{pre}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

$$T_c = \frac{X_{post1} - X_{pre} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_{post1} - 1)S_{post1}^2 + (n_{pre} - 1)S_{pre}^2}{n_{post1} + n_{pre} - 2} \left(\frac{1}{n_{post1}} + \frac{1}{n_{pre}} \right)}}$$

$X_{pre} = 3.12$	$S_{pre}^2 = 3.99$	$n_{pre} = 20$
$X_{post1} = 9.5$	$S_{post1}^2 = 0$	$n_{post1} = 20$

$$T_c = \frac{9.5 - 3.12 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)0 + (20 - 1)3.99}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{6.38}{\sqrt{(1.995) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{6.38}{0.44} = 14.28$$

v) NIVEL DE DECISIÓN:

Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 es mayor al promedio de notas del pre test ambos son del grupo experimental.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria en diagnóstico de detección del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN OBJETIVOS ESPECIFICOS GRUPO EXPERIMENTAL – GRUPO CONTROL

a. ASPECTOS GENERALES DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

PRUEBA DE HIPOTESIS ESTADISTICA PARA EL GRUPO CONTROL POST TEST 1 Y GRUPO EXPERIMENTAL POST TEST 1.

- i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del post test1 del grupo control y post1 del grupo experimental, los cuales son los valores obtenidos :

$$\bar{X}_{Con.post1} = 1.95 \quad S^2_{Con.post1} = 1.42 \quad n_{Con.post1} = 20$$

$$\bar{X}_{Ex.post1} = 9,5 \quad S^2_{Ex.post1} = 0 \quad n_{Ex.post1} = 20$$

ii) PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

$$a) \text{ Hipótesis nula } (H_0: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} \leq \bar{X}_{\text{control post 1}})$$

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post-test del grupo experimental es menor o igual al promedio de notas del post test del grupo control.

$$b) \text{ Hipótesis alterna } (H_a: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} > \bar{X}_{\text{control post 1}})$$

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

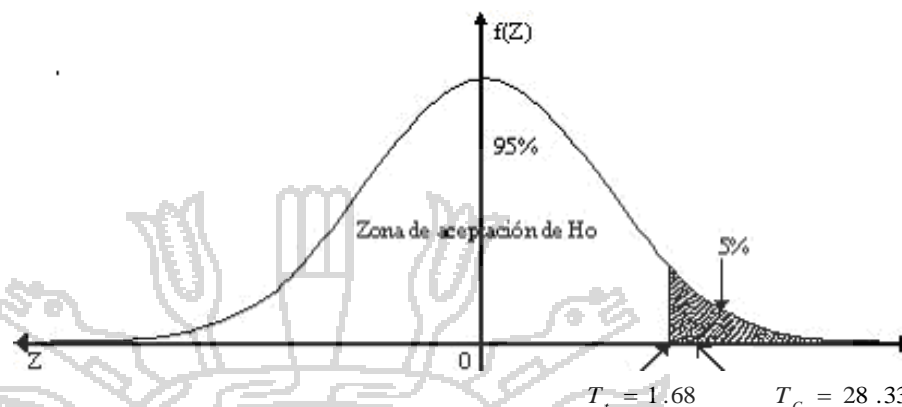
$$T_c = \frac{\bar{X}_{\text{Ex.post 1}} - \bar{X}_{\text{Con.post 1}} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{\text{Ex.post 1}}^2 + (n_c - 1)S_{\text{Con.post 1}}^2}{n_{\text{Ex.post 1}} + n_{\text{Con.post 1}} - 2} \left(\frac{1}{n_{\text{Ex.post 1}}} + \frac{1}{n_{\text{Con.post 1}}} \right)}}$$

$$T_c = \frac{9.5 - 1.95 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)0 + (20 - 1)1.42}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{7.55}{\sqrt{(0.71) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{7.55}{0.2664} = 28.33$$

v) **NIVEL DE DECISIÓN:**



Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) **CONCLUSIÓN:**

El promedio de notas sobre conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria respecto a los aspectos generales del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

PRUEBA DE HIPOTESIS ESTADISTICA PARA EL GRUPO CONTROL POST TEST 1 Y GRUPO EXPERIMENTAL POST TEST 1.

i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del post test1 del grupo control y post test 1 del grupo experimental estadígrafos del grupo control y experimental, los cuales son los valores obtenidos:

$$\bar{X}_{Con.post1} = 5 \quad S^2_{Con.post1} = 4.42 \quad n_{Con.post1} = 20$$

$$\bar{X}_{Ex.post1} = 13.1 \quad S^2_{Ex.post1} = 1.52 \quad n_{Ex.post1} = 20$$

ii) PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

$$a) \text{ Hipótesis nula } (H_0: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} \leq \bar{X}_{\text{control post 1}})$$

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres del grupo experimental post test 1 es menor o igual al promedio de notas del post test grupo control.

$$b) \text{ Hipótesis alterna } (H_a: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} > \bar{X}_{\text{control post 1}})$$

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres del grupo experimental post test 1 es mayor al promedio de notas del pos test del grupo control.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADISTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

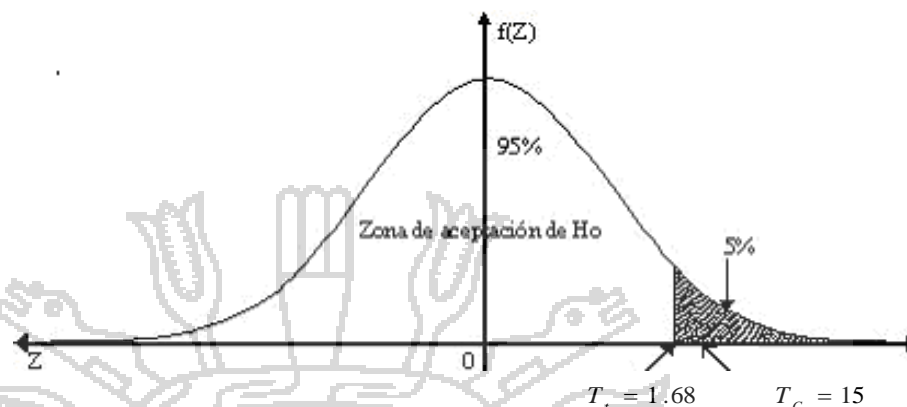
$$T_c = \frac{\bar{X}_{\text{Ex.post 1}} - \bar{X}_{\text{Con.post 1}} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{\text{Ex.post 1}}^2 + (n_c - 1)S_{\text{Con.post 1}}^2}{n_{\text{Ex.post 1}} + n_{\text{Con.post 1}} - 2} \left(\frac{1}{n_{\text{Ex.post 1}}} + \frac{1}{n_{\text{Con.post 1}}} \right)}}$$

$$T_c = \frac{13.10 - 5 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)1.52 + (20 - 1)4.42}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{8.10}{\sqrt{(2.97) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{8.10}{0.54} = 15$$

v) NIVEL DE DECISION:



Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres del grupo experimental post test 1 es mayor al promedio de notas del pos test del grupo control.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria en factores de riesgo del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

DETECCIÓN PRECÓZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA PARA EL GRUPO CONTROL POST TEST 1 Y GRUPO EXPERIMENTAL POST TEST 1.

i) DATOS: Corresponden a los estadígrafos de notas del post test 1 del grupo control y post test 1 del grupo experimental estadígrafos del grupo control y experimental, los cuales son los valores obtenidos:

$$\bar{X}_{Con.post1} = 3.4$$

$$S_{Con.post1}^2 = 2.99$$

$$n_{Con.post1} = 20$$

$$\bar{X}_{Ex.post1} = 9.5$$

$$S_{Ex.post1}^2 = 0$$

$$n_{Ex.post1} = 20$$

ii) PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} \leq \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer cuello uterino de mujeres de la prueba post 1 del grupo experimental es menor o igual al promedio de notas del post test del grupo control.

b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} > \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

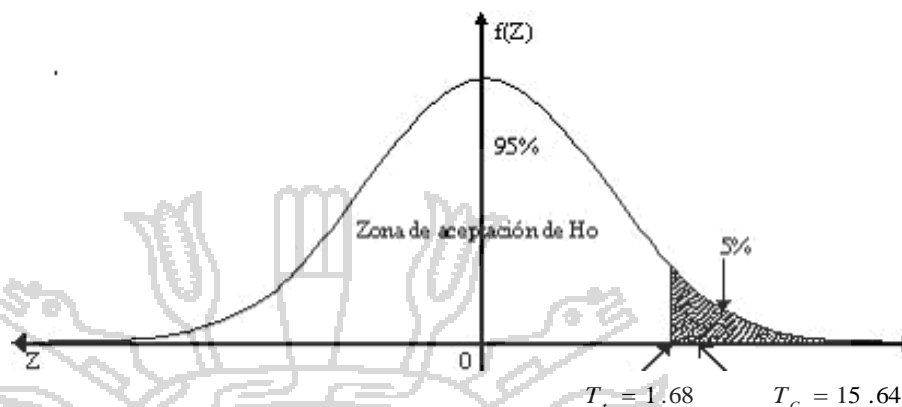
$$T_c = \frac{\bar{X}_{\text{Ex.post 1}} - \bar{X}_{\text{Con.post 1}} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{\text{Ex.post 1}}^2 + (n_c - 1)S_{\text{Con.post 1}}^2}{n_{\text{Ex.post 1}} + n_{\text{Con.post 1}} - 2} \left(\frac{1}{n_{\text{Ex.post 1}}} + \frac{1}{n_{\text{Con.post 1}}} \right)}}$$

$$T_c = \frac{9.5 - 3.4 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)0 + (20 - 1)2.99}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{6.10}{\sqrt{(1.495) \left(\frac{2}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{6.10}{0.39} = 15.64$$

v) NIVEL DE DECISIÓN:



Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en diagnóstico de detección del cáncer del cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria en diagnóstico de detección del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

COMPARACIÓN DE CONOCIMIENTOS ENTRE GRUPOS

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA PARA EL GRUPO CONTROL POST TEST 1 Y GRUPO EXPERIMENTAL POST TEST 1.

i) **DATOS:** Corresponden a los estadígrafos de notas del post test 1 del grupo control y post test 1 del grupo experimental estadígrafos del grupo control y experimental, los cuales son los valores obtenidos:

$$\bar{X}_{Con.post1} = 3.45$$

$$S_{Con.post1}^2 = 0.95$$

$$n_{Con.post1} = 20$$

$$\bar{X}_{Ex.post1} = 32.45$$

$$S_{Ex.post1}^2 = 2.47$$

$$n_{Ex.post1} = 20$$

ii) PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

a) Hipótesis nula ($H_0: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} \leq \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en prevención primaria del cáncer de cuello uterino de mujeres de la prueba post 1 del grupo experimental es menor o igual al promedio de notas del post test del grupo control.

b) Hipótesis alterna ($H_a: \bar{X}_{\text{experimental post 1}} > \bar{X}_{\text{control post 1}}$)

El promedio de notas sobre conocimiento en prevención primaria del cáncer de cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

iii) NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Para aplicar esta prueba de hipótesis se utiliza un nivel de significancia del 5% o su equivalencia probabilística de $\alpha = 0.05$. El valor de la distribución normal T obtenida de la tabla estadística unilateral es igual a 1.68.

iv) PRUEBA ESTADÍSTICA:

Como el tamaño muestral de los grupos experimental y control, son considerados menores a 30, se utiliza la prueba de la distribución normal T para la diferencia de promedios.

$$T_c = \frac{\bar{X}_{\text{Ex.post 1}} - \bar{X}_{\text{Con.post 1}} - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{(n_e - 1)S_{\text{Ex.post 1}}^2 + (n_c - 1)S_{\text{Con.post 1}}^2}{n_{\text{Ex.post 1}} + n_{\text{Con.post 1}} - 2} \left(\frac{1}{n_{\text{Ex.post 1}}} + \frac{1}{n_{\text{Con.post 1}}} \right)}}$$

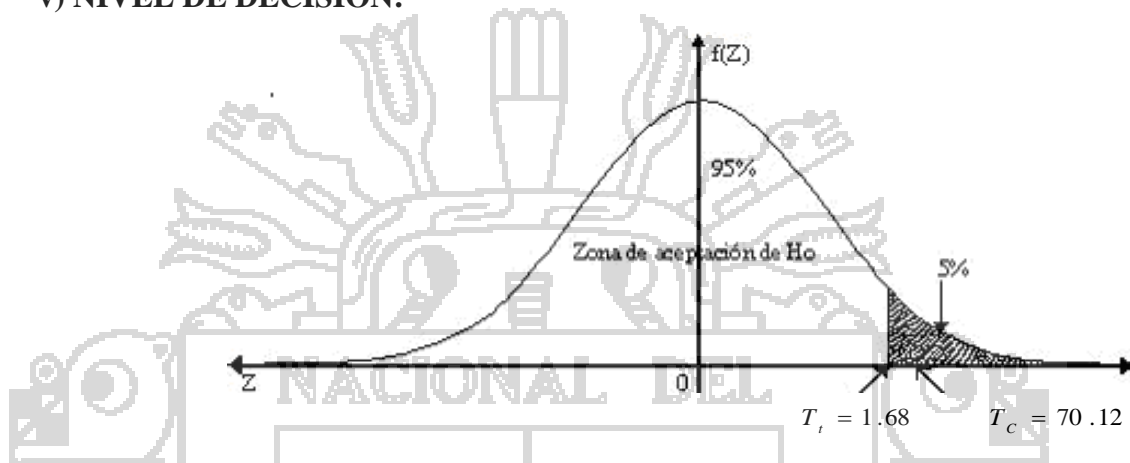
$\bar{X}_{\text{Con.post 1}} = 3.45$ $S_{\text{Con.post 1}}^2 = 0.95$ $n_{\text{Con.post 1}} = 20$
 $\bar{X}_{\text{Ex.post 1}} = 32.45$ $S_{\text{Ex.post 1}}^2 = 2.47$ $n_{\text{Ex.post 1}} = 20$

$$T_c = \frac{32.45 - 3.45 - (0)}{\sqrt{\frac{(20 - 1)2.47 + (20 - 1)0.95}{20 + 20 - 2} \left(\frac{1}{20} + \frac{1}{20} \right)}}$$

$$T_c = \frac{29}{\sqrt{(1.71)\left(\frac{2}{20}\right)}}$$

$$T_c = \frac{29}{0.41} = 70.12$$

v) NIVEL DE DECISIÓN:



Como el valor de T calculada es mayor al valor de T tabulada, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la H_a .

vi) CONCLUSIÓN:

El promedio de notas sobre conocimiento en prevención primaria del cáncer de cuello uterino de mujeres de la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del post test del grupo control.

En consecuencia, fue efectiva la metodología participativa de enfermería en la prevención primaria en diagnóstico de detección del cáncer de cuello uterino en mujeres del asentamiento humano pueblo libre-Ayaviri 2014.

ANEXO 11**DESARROLLO DE LA PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA****(13 DE SETIEMBRE DEL 2014)****SEGÚN MOMENTOS DE UNA SESIÓN EDUCATIVA CON TÉCNICAS
PARTICIPATIVAS****MOMENTO DE MOTIVACIÓN: Técnica “Buscando tu mitad”****Mujeres escogían una tarjeta****Mujeres buscaban su otra mitad de la tarjeta**

Mujeres comentaban su información compartida



ANEXO 12

MOMENTO BÁSICO: Técnica “Rompecabezas”

Mujeres formadas en grupos ordenan las piezas de los rompecabezas





ANEXO 13**MOMENTO PRÁCTICO: Técnica “Las burbujas”****Explicando la técnica a las mujeres****Mujeres observando la demostración del crecimiento anormal de la célula**

Mujeres demostrando lo aprendido



ANEXO 14

MOMENTO DE EVALUACIÓN: Técnica “La papa quema”

Explicando a las mujeres la técnica a desarrollar



Mujeres ubicadas en media luna participando en la técnica**ANEXO 15****MOMENTO DE EXTENSIÓN: Técnica “Refranes”**

Explicando a las mujeres sobre la técnica



Cuando las mujeres participaban en la técnica



DESARROLLO DE LA SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA

(27 DE SETIEMBRE DEL 2014)

SEGÚN MOMENTOS DE UNA SESIÓN EDUCATIVA CON TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

ANEXO 16

MOMENTO DE MOTIVACIÓN: Técnica “Lluvia de ideas por tarjetas”

Mujeres expresando sus ideas sobre el examen de Papanicolaou



Mujeres participando en la técnica



ANEXO 17

MOMENTO BÁSICO: Técnica “Presentación de láminas”

Mujeres formadas en grupos recibiendo las láminas



Representantes de cada grupo expresando lo analizado sobre las imágenes



ANEXO 18

MOMENTO PRÁCTICO: Técnica “En río revuelto, ganancia de pescadores”

Explicando a los grupos de mujeres sobre la técnica



Mujeres en grupos pescando los pececitos



ANEXO 19

MOMENTO DE EVALUACIÓN: “Competencia de sorpresas”

Mujeres respondiendo al mensaje de la sorpresa





ANEXO 20

MOMENTO DE EXTENSIÓN: “Refranes”

Explicando sobre el desarrollo de la técnica

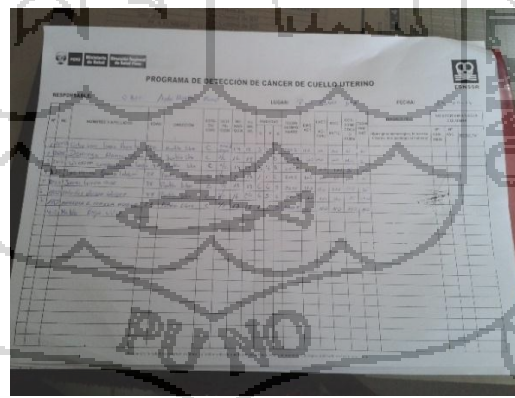
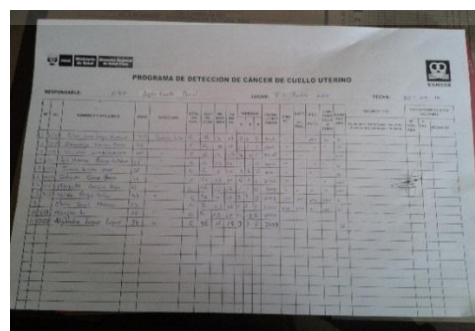


Mujeres participando en la técnica



ANEXO 21

**LISTA DE LAS PARTICIPANTES QUE SE REALIZARON SU EXAMEN DE
PAPANICOLAOU
(29 Y 30 DE SETIEMBRE DEL 2014)**

ANEXO 22

**TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU DÍAS DESPÚES DE LA
INTERVENCIÓN**



ANEXO 23**CUADRO 02**

CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO
LIBRE- AYAVIRI, 2014

NIVEL DE CONOCIMIEN TO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST 1		POST TEST 2		PRE-TEST		POST- TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	-	-	20	100	20	100	-	-	-	-
REGULAR	3	15	-	-	-	-	3	15	2	10
DEFICIENTE	17	85	-	-	-	-	17	85	18	90
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

ANEXO 24**CUADRO 03**

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO
LIBRE AYAVIRI, 2014

NIVEL DE CONOCIMIEN TO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST 1		POST TEST 2		PRE-TEST		POST- TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	-	-	20	100	19	95	-	-	-	-
REGULAR	6	30	-	-	1	5	7	35	6	30
DEFICIENTE	14	70	-	-	-	-	13	65	14	70
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014

ANEXO 25**CUADRO 04**

CONOCIMIENTO SOBRE DETECCIÓN PRECOZ POR EXAMEN DE
PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PUEBLO
LIBRE – AYAVIRI, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL						GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST 1		POST TEST 2		PRE-TEST		POST- TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	-	-	20	100	20	100	-	-	-	-
REGULAR	5	25	-	-	-	-	5	25	6	30
DEFICIENTE	15	75	-	-	-	-	15	75	14	70
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre, Ayaviri 2014



PRUEBA DE HIPÓTESIS

DIMENSIONES	HIPÓTESIS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
ASPECTOS GENERALES	$H_0: \bar{X}_{exp} \leq \bar{X}_{control}$ $H_a: \bar{X}_{exp} > \bar{X}_{control}$	$T_c = 28.33 > T_t = 1.68$	El promedio de notas sobre el conocimiento en aspectos generales del cáncer del cuello uterino de las mujeres de la prueba post test1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas de la prueba post test 1 del grupo control.
FACTORES DE RIESGO	$H_0: \bar{X}_{exp} \leq \bar{X}_{control}$ $H_a: \bar{X}_{exp} > \bar{X}_{control}$	$T_c = 15 > T_t = 1.68$	El promedio de notas sobre conocimiento en factores de riesgo del cáncer del cuello uterino de mujeres en la prueba post test 1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del pos test1 del grupo control.
DIAGNÓSTICO PRECÓZ POR EXAMEN DE PAPANICOLAOU	$H_0: \bar{X}_{exp} \leq \bar{X}_{control}$ $H_a: \bar{X}_{exp} > \bar{X}_{control}$	$T_c = 15.64 > T_t = 1.68$	El promedio de notas sobre conocimiento referente al diagnóstico de detección precoz por examen de Papanicolaou de mujeres en la prueba post test1 del grupo experimental es mayor al promedio de notas del pos test1 del grupo control.
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	$H_0: \bar{X}_{exp} \leq \bar{X}_{control}$ $H_a: \bar{X}_{exp} > \bar{X}_{control}$	$T_c = 70.12 > T_t = 1.68$	El promedio de notas sobre el conocimiento de la prevención primaria del cáncer del cuello uterino de mujeres del grupo experimental es mayor al promedio de notas sobre el conocimiento de la prevención primaria del cáncer del cuello del grupo control.



