

RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de la investigación realizada con las estudiantes de la Universidad Autónoma “ Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, la cual tuvo como objetivo “determinar la actitud que presentan las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en la ciudad de Tarija”, tomando en cuenta a la actitud y sus componentes, como el cognitivo, afectivo y conductual; por otra parte, también se ha tomado en cuenta la diferenciación en cuanto a la actitud de cada una de las facultades pertenecientes a la UAJMS.

La revisión teórica ha abordado elementos centrales referidos al cáncer de cuello uterino, psicología y cáncer, finalmente la actitud

El tipo de investigación correspondiente al presente estudio es diagnóstica, descriptiva, porque busca describir las distintas variables comprendidas en este estudio.

El presente estudio se ha realizado con una muestra de 423 estudiantes universitarias, las cuales han sido seleccionadas a partir de un muestreo estratificado y al azar del total de la población femenina, que suman a 8.457 estudiantes universitarias de la UAJMS de la ciudad de Tarija.

Para la recolección de información se empleó una escala de actitud con 30 afirmaciones, de las cuales 10 corresponden al componente cognitivo, 10 al afectivo y finalmente 10 al conductual.

El análisis de los datos se realizó de manera cuantitativa y cualitativa: el cuantitativo expresado a través de tablas, gráficos, y porcentajes y el cualitativo expresa el análisis de esos porcentajes.

La hipótesis planteada en este estudio que indica que: “Las estudiantes de la UAJMS presentan una actitud negativa frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino,

caracterizada por un conocimiento insuficiente, sentimientos de rechazo y una predisposición comportamental pasiva”, se rechaza, pues las estudiantes manifiestan todo lo contrario.

De manera general, las estudiantes han manifestado conocimientos suficientes, sentimientos de aceptación y una predisposición comportamental activa, lo cual se traduce en una actitud positiva hacia el cáncer de cuello uterino.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se encuentra presente la enfermedad del cáncer de cuello uterino, llamada también como la enfermedad de la civilización por su alta incidencia y por cómo afecta a la persona que la padecen, donde el efecto no sólo se da a nivel físico, sino también a nivel psicológico, espiritual, familiar, social y laboral. (*Huamán Cubas, M., 2010:25*)

Indudablemente el cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades que altera los procesos psicológicos del paciente, constituyéndose al mismo tiempo en una de las patologías con una alta tasa de incidencia y mortalidad en el sexo femenino.

Sin embargo, esta enfermedad previsible ocasiona paulatinamente la muerte de más mujeres en todo el mundo, las cuales a la hora de pensar, sentir y actuar frente a la enfermedad manifiestan posiciones diversas y opuestas, traducidas y expresadas en sus actitudes. Estas, que a menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos.

Ante esta situación, la presente investigación pretende abordar o dar cuenta de la actitud que presentan las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, de la ciudad de Tarija.

Por un lado, se conocerá la postura que manifiestan como mujeres ante esta enfermedad y por otro, tomará en cuenta el nivel académico alcanzado, es decir, todas las mujeres a ser investigadas transitan en un nivel superior de educación.

Por otra parte, en el caso de las estudiantes en educación superior, su formación implica a su vez una sensibilización hacia las diferentes problemáticas que afectan a la población en general, como así también el encargo profesional para lo cual se están formando, lo que se traduce en la necesidad de determinar la actitud que tienen frente a esta enfermedad.

Para un mejor entendimiento de la investigación realizada, ésta ha sido organizada de la siguiente manera:

Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema y la justificación de la investigación, donde se hace una previa descripción y contextualización de la problemática.

Capítulo II, se propone la pregunta científica, objetivo general, objetivos específicos y la hipótesis con su respectiva operacionalización de variables.

Capítulo III, se incluye la fundamentación teórica, ya que es uno de los elementos principales en la investigación.

Capítulo IV, es la parte operativa de la investigación, que corresponde a la descripción del área de estudio, tipo de investigación, población, muestra, métodos, técnicas e instrumentos utilizados, finalmente se detalla el procedimiento desarrollado en el proceso de la investigación.

Capítulo V, en esta área se ven reflejados los resultados de toda la investigación a través de cuadros y gráficos acorde a los objetivos planteados.

Capítulo VI, se reflejan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis de los resultados.

La **Bibliografía**, que consiste en el detalle de los libros y todo material bibliográfico revisado en la elaboración de la presente Tesis de investigación.

Finalmente en **Anexos** se plasma el instrumento que se aplicó en el estudio, el cual estuvo destinado a medir la variable de estudio con sus correspondientes dimensiones delimitadas en la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

DEL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A *nivel mundial* el cáncer de cuello uterino afecta las vidas de las mujeres, especialmente en los países en desarrollo, donde constituye la principal causa de muerte por cáncer entre la población femenina. Según las últimas estimaciones, cada año surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad. Cuatro de cada cinco casos, y una proporción similar de las muertes, tienen lugar en los países en desarrollo, donde los programas de detección no están debidamente arraigados o no son efectivos. Las regiones más afectadas se encuentran entre las más pobres del planeta América Central y de Sur, el Caribe, el África y partes de Oceanía y Asia tienen los índices más altos (más de 30 casos por cada 100.000 mujeres). (*Barohona, E., 2012:3*)

Una razón importante de la considerablemente mayor incidencia del cáncer cervical en los países en desarrollo es la falta de programas efectivos para detectar los estados precancerosos y tratarlos antes de que se conviertan en cáncer. Los esfuerzos de prevención a nivel mundial se han concentrado en examinar a las mujeres utilizando una prueba de laboratorio denominada Papanicolaou, y destruir o escindir el tejido precanceroso. (*Ibiden: 3*)

El Papanicolaou, que lleva el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolau, y data de la década de los 40, ha dado impresionantes resultados en la reducción del cáncer cervical en los países desarrollados. (*Ibiden: 3*)

Una investigación realizada en **México** en la gestión 2010 indica que las relaciones interpersonales inadecuadas se asocian a la actitud desfavorable hacia la prueba citológica de cuello uterino, así también el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja, el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes culturales de la actitud hacia la prueba. (*Huamán Cubas, M., 2010:35*)

En el 2011, en **Colombia** se ha realizado un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico uterina a 505 mujeres entre los 13 y 60 años de edad, los resultados demuestran que el 50% de mujeres refieren aspectos desagradables en relación con la toma de la citología, como el miedo y el temor a un diagnóstico de cáncer y el olvido es el principal factor para no reclamar los resultados. (*Barrios G., y otros, 2011:1*)

En **Lima - Perú**, se realizó un estudio sobre los conocimientos y la actitud frente a la toma del Papanicolau a un grupo de 502 mujeres, con una edad promedio de 27 a 28 años, cuyos resultados indican que la mayoría de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, que habían tenido tres o más parejas sexuales, primaba un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada, manifestándose de manera general una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP. (*Huamani Ch., y otros, 2007:1*)

En **Bolivia**, el cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en mujeres, especialmente en el grupo de 35 a 64 años de edad. La tasa de incidencia es de 36,4 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 16,7 por 100.000 mujeres de 25 a 64 años de edad, o sea, mueren 638 mujeres por año. Esto quiere decir que aproximadamente fallecen por este cáncer casi dos mujeres por día. (*UNFPA, 2012:2*)

Así, el cáncer de cuello uterino, es la primera causa de mortalidad en la mujer boliviana, por lo que la política de salud de mayor interés es buscar su disminución a través de su pesquisa con el examen de Papanicolau.

En Bolivia se tiene más o menos 2.031.379 mujeres que están en edad de riesgo de padecer este tipo de cáncer. Entonces son aproximadamente 2 millones de mujeres, de las que sólo se hacen la prueba 300.000 mujeres, es decir, de cada 100 solamente 10 mujeres se hacen la prueba. De estas 10 sólo 5 repiten la prueba periódicamente, lo que empeora la situación. Así, en el año 2000, en Bolivia se tenía 1807 casos nuevos y 661 defunciones por esta enfermedad. (*Globocan, 2000:6*)

Por otra parte, la OMS determinó que Bolivia ocupa el primer lugar en muertes por cáncer de cuello uterino y el segundo lugar con mayor índice de mortalidad por cáncer en América del Sur. Las razones entre otras, son: falta de información, ausencia de personal sanitario especializado, escasez y/o falta de recursos económicos, desconocimiento de los efectos de la enfermedad y otros. (*ERBOL, 2012*)

Otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) indicó que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años; esta investigación mostró que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del cáncer de cuello uterino es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad. (*UNFPA, 2012*)

Así también en Sucre, se cuenta con un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino, el cual entre sus principales conclusiones arroja que las mujeres no acuden a los servicios de salud porque existe un gran porcentaje de falta de información, información inadecuada, falta de atención a la enfermedad y mucha inequidad de género (sus parejas deciden por ellas en una gran parte de los casos). (*Cardozo, J., 2004:10*)

En Tarija, últimos estudios sobre mortalidad e incidencia sobre cáncer en el Departamento, determinaron que el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia y mortalidad, en relación a otro tipo de localizaciones de cáncer en el organismo humano. Así también, la secretaria de Desarrollo Humano de la Gobernación, Petrona Chavarría, informó que el cáncer de cuello uterino es la enfermedad que más muertes causa en Tarija y lo que se pretende es generar conciencia sobre los riesgos de esta enfermedad. (*Secretaría de Desarrollo Humano de la Gobernación – Tarija, 2012*)

Así también, se estima que el 70% de las mujeres de 25 a 64 años, que viven en el

Departamento de Tarija, nunca se han sometido a un examen de Papanicolau, sólo el 17,4% de las mujeres en el año 2010 se realizaron el examen. A la mayoría de las mujeres, se les diagnostica el cáncer cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado, por descuido y no asistir a los servicios de salud para su detección temprana, por ello “la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación”. (*Opinión El País, 2012*)

En este contexto, la psicología social en el estudio de las actitudes, juega un papel importante a la prevención primaria del cáncer, tanto en los aspectos educativos, como en los informativos y en los de intervención psicológica, por lo que el presente trabajo ha contemplado la obtención de información pertinente que ayude a describir una realidad social que pasa por la actitud que tienen las mujeres, en cuanto a sus conocimientos, sentimientos y conducta frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, tomando en cuenta que se encuentran estudiando una profesión a un nivel de educación superior.

Por todos los aspectos mencionados y ante la falta de un estudio que aborde la actitud que se tiene frente a esta enfermedad, es que se formula el siguiente problema de investigación:

¿Qué actitud presentan las estudiantes de la Universidad “Autónoma Juan Misael Caracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Desde que hizo su aparición la psicología, se ha ido modificando el papel social que el psicólogo tiene que desempeñar en la sociedad, ésto se debe principalmente, a que la psicología, permite entender en un sentido amplio cómo sienten, piensan, quieren, actúan, etc., a través de las distintas situaciones vitales por las que atraviesan los seres humanos.

Así, el cáncer de cuello uterino se convierte en una de las enfermedades que llega a alterar los procesos psicológicos de las mujeres, pues conlleva una repercusión individual, familiar, social y laboral, que desembocan problemas de convivencia, aislamiento, discriminación y todas las actitudes que generan tensión, situación que deja entre ver que desde el punto de vista psicológico se necesita de más conocimientos, teorías, investigaciones que permitan aproximarse y profundizar la problemática con el fin de llegar a efectivos tratamientos e intervenciones.

Así la razón fundamental de seleccionar a la actitud como variable de estudio de la enfermedad de cáncer de cuello uterino, se da porque la misma expresa una estructura psíquica completa, en la cual intervienen elementos cognitivos, afectivos y conductuales.

Por lo que la investigación presenta una *relevancia teórica*, puesto que el fin que ha perseguido la investigación es la de brindar a la sociedad información teórica y actualizada sobre las actitudes de las jóvenes universitarias frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, enfermedad mortal que afecta únicamente a las mujeres, que definitivamente presenta profundos efectos psicológicos y físicos tanto para las víctimas como para las personas de su entorno.

Por otra parte, las actitudes permiten predecir conductas, por lo que el presente estudio buscó determinar los conocimientos, tabúes, mitos, sentimientos y comportamientos que manifestaron las estudiantes universitarias de las diferentes facultades frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, es decir que la investigación dio cuenta de cuál es la posible reacción de las mujeres frente a una enfermedad que aqueja sólo a este sexo y que suele ser tan peligrosa como mortal para quienes la padecen.

Así también se debe enfatizar que no existe una información adecuada sobre esta problemática en el medio, como tampoco un estudio que tome en cuenta las actitudes de las mujeres en las aulas de educación superior, considerando que el conocimiento a este nivel no sería un obstáculo en la actitud, pues muchas investigaciones indican

que el bajo nivel educativo es una causa o lo que provoca la existencia de una actitud negativa frente a la enfermedad; en este caso todas las estudiantes en la Universidad Autónoma “ Juan Misael Saracho” se encuentran en un nivel superior de educación.

Por otra parte, la importancia de esta investigación radica en que se toma en cuenta a estudiantes de las diferentes carreras, que implica una preparación para un afrontamiento con la realidad, una sensibilización con los problemas de orden personal como colectivo que se presentan en la sociedad, así también implica el encargo social que debe tener cada futura profesional con los problemas de salud o enfermedades mortales, en este sentido se pretende conocer la actitud que estas estudiantes manifiestan frente a la enfermedad mortal del cáncer de cuello uterino.

Por lo que la presente investigación se ha constituido en una fuente de conocimiento en el medio del tema de actitud de las mujeres hacia el cáncer de cuello uterino, así con esta evaluación diagnóstica se coadyuvó al campo de prevención de esta enfermedad, pues se brindó una mayor información, un mayor conocimiento de lo que sucede actualmente en nuestra sociedad, para que la población pueda tomar conciencia sobre el peligro que conlleva la misma.

El trabajo pretende generar un llamado tanto a las autoridades de salud, como locales y nacionales, para que puedan analizar conjuntamente la importancia de que las mujeres puedan detectar a tiempo la enfermedad, evitando de esta manera efectos negativos para la persona, familia y entorno social.

Por lo tanto, sus beneficios se expresaron en proporcionar información válida y confiable a instituciones de salud, estudiantes y docentes universitarios, padres de familia y autoridades en conjunto; los mismos que a partir de los resultados obtenidos pueden repensar sobre sus políticas de prevención enmarcadas en el contexto local o en algunas alternativas de solución a las posibles actitudes contradictorias frente a la enfermedad.

La presente investigación presenta a su vez un *aporte metodológico*, pues generó la

aplicación de un nuevo instrumento de investigación para lograr un conocimiento válido y confiable dentro del área socioeducativa, como lo es la escala que mide la actitud frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino.

En cuanto a su alcance, esta investigación se convierte en un marco referencial para aquellas personas o instituciones interesadas en la realización de este tipo de trabajos y temáticas planteadas.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO.

2.1. PREGUNTA CIENTÍFICA.

¿Qué actitud presentan las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS.

2.2.1. Objetivo General.

Determinar la actitud que presentan las estudiantes de la “Universidad Autónoma Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los conocimientos que tienen las estudiantes de la enfermedad del cáncer de cuello uterino.
- Valorar los sentimientos que tienen las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino.
- Establecer la predisposición comportamental de las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino.
- Identificar la actitud de acuerdo a las facultades de estudio de las universitarias.

2.3. HIPÓTESIS

Las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” presentan una actitud negativa frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, caracterizada por un conocimiento insuficiente, sentimientos de rechazo y una predisposición comportamental pasiva.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
Actitud frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino	<i>Es una organización duradera de conocimiento s en general, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de la enfermedad de cáncer de cuello uterino en las mujeres, que predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a la enfermedad.</i>	Componente Cognitivo	<p>Informa sobre las creencias opiniones hacia la enfermedad</p> <p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>No sabe/No responde</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>	<p>Insuficiente</p> <p>Intermedio</p> <p>Suficiente</p>
		Componente Afectivo	<p>Informa sobre los sentimientos respecto a la enfermedad.</p> <p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>No sabe/No responde</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>	<p>Rechazo</p> <p>Indiferencia</p> <p>Aceptación</p>
		Componente Comportamental	<p>Informa sobre las conductas o acciones relativas a la enfermedad.</p> <p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>No sabe/No responde</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>	<p>Pasivo</p> <p>Neutro</p> <p>Activo</p>

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

El marco teórico es uno de los capítulos más importantes en la realización de una investigación, porque constituye el sustento de todo el proceso de la misma, sirve como factor fundamental en la formulación del problema, el análisis de la información y para la interpretación psicológica del conjunto de variables.

El estudio se realiza según los postulados de la psicología social puesto que enfoca la actitud en sus dimensiones cognitiva, afectiva y comportamental, cuyo instrumento de evaluación de igual manera se sustenta en estas posiciones teóricas.

En este sentido, el marco teórico está constituido en función de cada una de las variables que componen el presente trabajo de investigación. Así, en primer lugar, se hará una descripción de todo lo relacionado a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, actitud, componente cognitivo, componente afectivo, para finalizar con el componente conductual.

3.1. CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

El cáncer de cuello uterino es un cáncer que se desarrolla en el cuello del útero, que es la parte inferior del útero (matriz – lugar en el que crece el bebé durante el embarazo) que se abre hacia la vagina. (*Ruíz, S., 2012:2*)

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, el lugar en el que crece el bebé durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por un virus llamado virus del papiloma humano (VHP), el cual se transmite por contacto sexual, así el cáncer es una enfermedad en la cual las células del cuerpo comienzan a multiplicarse sin control. (*Ibidem: 2*)

El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VHP, pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer. Así también estudios recientes indicaron que los casos de infección producida por el Virus de Papiloma Humano, un

microorganismo relacionado con el cáncer de cuello uterino, puede reactivarse en mujeres que bordean los 50 años o después de la menopausia. (*Ibiden: 2*)

Esta reactivación, se da probablemente porque las mujeres de mayor edad o post-menopáusicas tienen un sistema inmunológico debilitado, a diferencia de las mujeres en edad reproductiva quienes ofrecen una mejor respuesta ante la infección del virus y en general ante todo tipo de infecciones. (*Barrios Cahuana, W., 2013:5*)

Si bien este virus puede permanecer inactivo en cierto grupo de mujeres, éste puede ser una amenaza para otras. En este sentido, existe el Papanicolaou, una prueba de despistaje de células anormales, además de la colposcopia que permite detectar lesiones relacionadas al Papiloma virus, debido al uso de ciertos reactivos. (*Ibiden: 5*)

3.1.1. Causas o Factores de Riesgo.

Todas las mujeres tienen riesgo de contraer cáncer de cuello uterino, este cáncer se presenta con más frecuencia en mujeres mayores de 30 años de edad.

El VPH (Virus de Papiloma Humano) es la causa principal del cáncer de cuello uterino, el cual es un virus común que puede transmitirse de persona a persona durante las relaciones sexuales.

Por lo menos la mitad de las personas sexualmente activas adquirirán el VPH en algún momento de su vida, aunque pocas mujeres contraerán el cáncer de cuello uterino. (*Ruíz, S., 2012:2*)

Se debe considerar un aspecto clave en la propagación de este virus, “*a mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infección por Papiloma virus, causando mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino*”. (*Barrios Cahuana, W., 2013:5*)

Según la Asociación Americana de Cáncer, los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino son:

- El número de parejas sexuales: entre más parejas, existe mayor riesgo.
- Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasadas;
- El inicio temprano de la vida sexual.
- El uso inadecuado e inconsistente del condón.
- Elevado número de partos.
- El tabaquismo (uso de nicotina).
- Uso de anticonceptivos orales.
- No practicarse la citología periódicamente.
- Las deficiencias en el sistema inmunológico. (*Ruíz, S., 2012:2*)

3.1.2. Síntomas.

Generalmente el cáncer de cuello uterino en su etapa temprana no presenta ningún síntoma, es una enfermedad que se desarrolla silenciosamente, los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que se torna en un cáncer invasivo verdadero, es decir hasta que el tumor ha crecido lo suficiente como para provocar una serie de síntomas.

No siempre aparecen síntomas cuando se desarrolla el cáncer de cuello de útero, sin embargo, cuando aparecen, pueden incluir: (*Ibiden: 2*)

- Sangrado vaginal inusual (sobre todo después del coito).
- Flujo vaginal inusual (sobre todo después del coito).
- Sangrado entre dos menstruaciones.
- Dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolor al orinar (especialmente si siente dolor en la parte inferior del abdomen).

A pesar de esta situación, el cáncer de cuello uterino se detecta desde etapas tempranas a través de la citología.

3.1.3. Prevención de la Infección del Virus.

La prevención de la infección del Virus VPH, se realiza a través de:

- El uso adecuado y constante del condón.
- La asistencia regular al ginecólogo.
- La realización periódica de la citología.
- No fumar.
- No tener muchas parejas sexuales.
- La aplicación del esquema completo de vacunación.

3.1.4. Pruebas de Detección.

Existen dos pruebas que pueden ayudar a prevenir o detectar el cáncer de cuello uterino en sus etapas iniciales:

- La prueba de Papanicolaou (o citología vaginal) identifica los precánceres, cambios en las células del cuello uterino que pueden convertirse en cáncer si no se tratan en forma adecuada.
- La prueba del VPH identifica el virus que puede causar este tipo de cambios celulares.

La prueba de Papanicolaou se recomienda para todas las mujeres entre los 21 y los 65 años de edad, y se puede realizar en el consultorio del médico o en una clínica, las mujeres deben comenzar a hacerse la prueba habitualmente a los 21 años.

Si los resultados de la prueba son normales, es posible que pueda esperar tres años para hacerse la siguiente. Si tiene 30 años o más, el médico puede realizar ambas pruebas al mismo tiempo. Si los resultados son normales, tiene muy poca probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino en los próximos años.

3.2. PSICOLOGÍA Y CÁNCER.

El interés por los aspectos más psicológicos en la enfermedad del cáncer es relativamente reciente. Llama la atención comprobar que no es hasta mediados de los años 70 cuando se inició esta temática en el ámbito internacional. Los factores que contribuyeron al desarrollo de un mayor interés en los aspectos psicológicos del cáncer fueron varios: (*Rivero Burón, R., 2008:2*)

- En primer lugar, se produjo un cambio en la actitud hacia el cáncer debido a que dejó de verse como una enfermedad necesariamente mortal. Al mejorar el pronóstico aumentó el optimismo en la población y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente.
- En segundo lugar, se realizó un esfuerzo para ofrecer un cuidado más humano y espiritual a las personas con cáncer terminal gracias al inicio del hospicio como un movimiento en expansión, y, en tercer lugar, se comenzó a reconocer que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer. Por ejemplo, los datos que revelaban/confirmaban la asociación entre fumar cigarrillos y padecer cáncer de pulmón fue un importante estímulo para el empuje en el estudio de variables psicológicas en pacientes con cáncer.

Por tanto, se comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve e influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, a la vez que en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico. (*Rivero Burón, R., 2008:3*)

3.2.1. Barreras en las Mujeres hacia el Cáncer de Cuello Uterino.

Los problemas de por qué las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del cáncer de cuello uterino son múltiples y pueden resumirse en:

- **Barreras de información**, puesto que la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer uterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección. Los programas deben llegar a aquellas mujeres de más alto riesgo con mensajes que las impulsen a buscar servicios de prevención del cáncer de cuello uterino.
- **Barreras psicológicas**, las mujeres podrían mostrarse reacias a someterse al examen del PAP por vergüenza de hacerse un tacto vaginal, temor del procedimiento o temor a que el resultado sea cáncer.
- **Barreras sociales y culturales**, que se refieren a la influencia o presión de la familia, sobre todo del esposo, y de su entorno de amistades que impiden a la mujer acudir en busca de atención médica basado en creencias muchas veces erradas.

Esta barrera también se refiere a que los programas deberían proveer servicios de detección, tratamiento y seguimiento que responda a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada. (Cardozo, J., 2004:15)

- **Barrera económica**, que hacen referencia a que los asuntos financieros pueden desempeñar un papel importante en si las mujeres se someten o no a pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino.

Las mujeres con recursos económicos más bajos y aquellas sin seguro médico tienen menos probabilidades de hacerse las pruebas, por lo que se generan barreras financieras para las mujeres que no tienen seguro de salud, y aquellas que si tienen, suele ocurrir que el plan no cubría las pruebas de Papanicolaou.

Los datos de investigaciones y la información procedente de diversas encuestas de la población revelan que la pobreza y el bajo nivel educativo dificultan la prevención en la salud en cuanto a la enfermedad del cáncer de cuello uterino.

Debido a diferentes factores sociales, culturales y de género, a lo largo de la vida no se percibía el riesgo de enfermarse de cáncer y no se demandaban cuidados. Las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama disminuyen a medida que avanza la edad de las mujeres, y esa disminución se agudiza en las más pobres, las menos escolarizadas y las que acuden a los servicios públicos de salud. Así también el conocimiento insuficiente e impreciso sobre la enfermedad y la utilidad del Papanicolaou era un importante obstáculo para la prevención, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la enfermedad.

A su vez, los obstáculos para la realización del Papanicolaou se concentran en factores de tipo subjetivo: sentimientos de vergüenza frente al examen ginecológico en primer lugar, temor a que el resultado sea positivo. Las **barreras objetivas** de acceso como la distancia, horarios o sistema de turnos son escasamente mencionados, por lo que aparecen en menor medida que las **barreras subjetivas**. (*Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, 2011:36-42*)

Las barreras son las siguientes:

— ***Pudor de mostrar el cuerpo***, la visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico o el equipo de salud, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable. El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres. Ellas sienten vergüenza de exponer sus genitales y ser observadas y tocadas, siendo éste un motivo importante para la no realización del PAP que se potencia cuando el proveedor es un hombre joven y la usuaria también es joven.

Es interesante notar que la vergüenza representa un factor significativo en la decisión de realizar la consulta ginecológica de control, pero no tiene el mismo

peso cuando se trata de la atención del embarazo o el parto. En estas circunstancias las mujeres se vuelven más tolerantes y ubican sus sentimientos pudorosos en un segundo plano privilegiando la necesidad de controlar el embarazo con el fin de evitar cualquier riesgo para el futuro hijo.

Asimismo durante el embarazo que constituye un hecho social y familiar de importancia, el cuidado de la salud de la mujer y el futuro hijo se vuelve un tema familiar del que todos están pendientes. Especialmente la madre y la suegra de la embarazada ofrecen consejos, acompañan y estimulan la consulta médica de control. Las mujeres se sienten cuidadas y mimadas en este periodo. El lugar privilegiado de la embarazada finaliza abruptamente con el nacimiento del bebé que pasa a ser el centro de atención. El sistema de salud también contribuye en este sentido al focalizar la salud de la mujer en torno al embarazo y el binomio madre – niño. (*Ibiden: 42*)

En menor medida, algunas mujeres expresan que prefieren ser atendidas por médicos varones porque creen que son mejores profesionales o que tienen mejor trato con las pacientes. Muchas veces esta preferencia se basa en experiencias vividas durante la atención del embarazo y el parto donde las mujeres se sintieron mal tratadas por las profesionales mujeres del equipo obstétrico. (*Ibiden: 42*)

Hay también mujeres que se atendieron durante mucho tiempo con un/a médico/a y que cuando ese profesional no está más en la institución, tienen dificultades en asumir el cambio y atenderse con uno nuevo.

- ***Temor a un resultado positivo***, en el discurso de las mujeres y especialmente en las mujeres de mayor edad, el temor al PAP tiene que ver con la posibilidad de que el estudio revele la presencia de una enfermedad grave o incurable que de otra forma no hubiera sido conocida, al menos hasta la manifestación de síntomas. Ir al médico representa una probabilidad de que éste identifique y diagnostique alguna enfermedad y muchas mujeres prefieren “no saber”. Para

ellas no realizarse el PAP es una forma de evitar angustia e incertidumbre. (*Ibiden: 42*)

- ***Experiencias de mala calidad de atención***, por otro lado, los rumores y las vivencias propias o ajenas de malas experiencias en la consulta ginecológica tienen un gran impacto en la toma de decisiones respecto del PAP.

Una cuestión clave en este aspecto es la privacidad y las características del espacio donde se realiza la consulta así como el trato por parte del equipo de salud entre otras dimensiones de la calidad de la atención. (*Ibiden: 42*)

- ***La pareja***, en general las mujeres reportan que sus parejas las apoyan para que se realicen el PAP, aunque muchos también se muestran celosos cuando el médico es varón o asocian el control médico con sospechas de infidelidad.

El discurso generalizado entre las mujeres es que independientemente de que la pareja apoye u obstaculice la realización del PAP la mujer debe privilegiar el cuidado de su propia salud. (*Ibiden: 42*)

Así también se puede indicar que en Sucre, casi la mitad de la población investigada no sabe nada respecto al cáncer de cuello uterino, una gran parte de las personas entre 20 y 25 años de edad conocen poco o nada respecto a la enfermedad. En el grupo de 14 a 19 años, es desconocimiento es mayor aún.

En cuanto al conocimiento de las mujeres para saber si existe la posibilidad de tener o no la enfermedad, sólo una cuarta parte de ellas aproximadamente, sabe cómo detectar este problema y las otras tres cuartas partes no lo saben. En el caso de los hombres no saben cómo se detecta. En conjunto, sólo la cuarta parte de la población responde adecuadamente a la pregunta de cómo se puede detectar este cáncer, aunque el 66% de la población afirmaba conocer para qué sirve el PAP. (*Cardozo, J., 2004:6*)

En síntesis, en los diferentes distritos se puede observar que las personas tienen escasos conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, como cuáles son sus causas,

los factores de riesgo y la incidencia de este problema en cada uno de los distritos y barrios. (*Ibiden: 6*)

3.2.2. Efectos Psicológicos del Cáncer de Cuello Uterino.

Existen perturbaciones que se producen en el área psicoemocional, así las mujeres pueden experimentar trastornos depresivos, subsecuentes no sólo a los tratamientos, sino producto del intenso sufrimiento psíquico por la alteración de la imagen corporal y los sentimientos de minusvalía y baja autoestima resultantes. Según algunos estudios, las pacientes con cáncer cervical sufren de niveles mayores de estrés emocional que aquellas con cáncer de mama. (*Melet, A., 2010:2*)

Sin duda, las patologías psicoemocionales son numerosas: pérdida de la autoestima, sentimientos de pérdida del atractivo físico, preocupaciones sobre la actitud del compañero sexual, sin incluir aquellos aspectos vinculados a la amenaza a la vida, el temor a la indefensión de los hijos menores en caso de muerte o las omnipresentes angustias por los costos económicos de los tratamientos, así como por un temible incapacidad resultante de la enfermedad o los tratamientos. (*Ibiden: 2*)

Vale la pena referir un aspecto poco mencionado y que se relaciona en cierta forma con las campañas que se realizan en torno a la prevención. En ellas se nombra el virus del papiloma humano (VPH) y su relación con el cáncer de cuello uterino, y se menciona como factor de riesgo la “promiscuidad” o la existencia de múltiples compañeros sexuales.

Muchas mujeres pueden experimentar graves sentimientos de culpa y asumir que la enfermedad es una especie de “castigo divino”, por su “conducta pecaminosa”. Ello podría alimentar sentimientos de desesperanza o resignación, peligrosos enemigos de los tratamientos. (*Ibiden: 3*)

No cabe duda de que un sólido lazo afectivo (ternura, comunicación, intereses comunes, proyectos de futuro, hijos, etc.) facilita la superación de los traumas

resultantes de la enfermedad, el apoyo de la pareja es un factor esencial. Por otra parte, el cáncer de cuello uterino afecta intensamente todos los componentes de la respuesta erótica femenina a través de dos factores:

- Aquellos vinculados a la enfermedad misma: inapetencia, pérdida de peso, sangrado vaginal profuso, flujos fétidos entre otros, que implican para la mujer una condición de minusvalía ante su pareja sexual.
- Los directamente relacionados con los tratamientos: cirugía, quimio y radioterapia, particularmente esta última. (*Revista Venezolana de Oncología, 2010:1*)

Todos estos elementos afectan necesariamente la psicología de las pacientes, entrando en estado de desequilibrio en cuanto a sus emociones, sentimientos, formas de reaccionar e interrelacionarse no sólo con las amistades, sino con la pareja.

La depresión, ansiedad, miedo a la muerte y satisfacción con la vida, en las pacientes con cáncer de cuello uterino, como el efecto del dolor en el estado emocional, en las actividades cotidianas y en las relaciones interpersonales tienen un efecto considerablemente negativo. Así también se tiene que el impacto psicológico no sólo está dado en el diagnóstico del cáncer sino que a su vez se presenta durante el tratamiento en las mujeres que padecen la enfermedad. A continuación, se habla de las implicancias psicológicas que pueden generarse a partir del diagnóstico del cáncer y sus tratamientos. (*Palacio, C. y Hernández, J., 2011:11-15*)

Las mujeres con cáncer cervical se encuentran en un estado de vulnerabilidad, así la paciente sufre unas alteraciones emocionales negativas que afectan su autoimagen y autoestima, lo que conlleva a una disminución en el deseo sexual, y a dificultades en su relación de pareja; es decir, a la falta de conocimiento sobre su sexualidad y de una información acertada para afrontar la enfermedad, genera en la paciente con cáncer de cérvix alteraciones a nivel cognitivo, emocional y comportamental, afectando su calidad de vida. (*Ibiden: 15*)

Se conoce que al brindar información nueva y acertada con respecto a la enfermedad y su tratamiento se logran modificar las creencias erróneas de forma positiva, facilitando que las pacientes perciban la enfermedad de una manera realista y por lo tanto generen estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse al cáncer y su tratamiento; lo mismo sucede con su sexualidad, las pacientes evidencian cambios positivos al recibir información que les permite modificar su percepción sobre la misma y disipar los temores que se generan a partir de la falta de este tipo de información.

En relación a esto, se encuentra que el impacto de un diagnóstico y posteriormente la extirpación del útero como tratamiento oncológico implica una disminución en el deseo sexual conllevando esto a dificultades en sus relaciones de pareja, y a la alteración del esquema de creencias de las pacientes, puesto que en su estudio las mujeres presentaron ideas erróneas con respecto a su propia sexualidad específicamente sobre su maternidad ya que culturalmente se mantienen creencias sobre la estrecha relación entre útero, maternidad y feminidad, lo que causa en la mujer una idea de ausencia de útero, igual a, menos mujer.

Es importante hacer mención sobre la carga emocional que conlleva el cáncer ginecológico, puesto que, a diferencia de otros tipos de neoplasias, ésta afecta directamente la sexualidad de la mujer, lo que puede generar una carga adicional de estrés y otras emociones ante la calidad de vida de la paciente. Es por esto que las pacientes con cáncer ginecológico requieren de un acompañamiento psicológico constante que además de apoyar el proceso de afrontamiento de la enfermedad también contribuirá en fortalecer las redes de apoyo de la paciente como lo son su pareja, familia y amigos.

La información citada no sólo fortalece teóricamente el presente estudio, sino que además, permite una mayor comprensión en cuanto a las necesidades y temores de las pacientes oncológicas para realizar un acercamiento adecuado a éstas con este tipo de evaluaciones en cuanto a sus actitudes frente a la enfermedad.

Por otro lado, se ha encontrado que una parte fundamental en el impacto psicológico que genera el cáncer de cérvix se da por los tratamientos oncológicos; en cuanto a esto se encuentra un estudio donde se propone una evaluación de los aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical, se ha mencionado que luego de los tratamientos oncológicos pueden persistir en la vida sexual de la mujer alteraciones en la respuesta sexual, como la disminución del deseo sexual y de la excitación, dificultad para obtener el orgasmo, y disminución de la frecuencia del mismo, y una disminución en la frecuencia de la actividad sexual, y a nivel cognitivo encuentran un decremento en la satisfacción con la actividad sexual, insatisfacción con la habilidad para alcanzar un orgasmo, un escaso interés por la sexualidad, y un temor a tener relaciones sexuales por el dolor y sangrado, lo que finalmente, lleva a una pérdida de estima como compañera sexual. (*Ibiden: 16*)

De igual manera, se habla sobre una innovadora terapia llamada dilatación vaginal, posterior a la radioterapia para contrarrestar sus efectos, ya que una de las secuelas frecuentes de ésta es la estenosis o angostamiento anormal de la vagina, luego de su estudio concluyen que este tipo de terapia no garantiza la prevención de la estenosis, contrario a ser un beneficio afirman que puede generar un impacto psicológico negativo como la culpa y el miedo con respecto a reiniciar su vida sexual; lo que podría significar alteraciones en su calidad de vida.

Por otro lado, se afirma que los tratamientos médicos utilizados imponen cambios tanto en los hábitos de vida como en la percepción de sí mismo y del futuro, generando efectos psicológicos y múltiples esfuerzos para controlarlos.

A partir de esto, se puede decir que los tratamientos oncológicos afectan la calidad de vida de la persona que padece esta enfermedad, cambios que pueden alterar la percepción que tiene la mujer ante este tipo de diagnóstico, lo que conlleva a la ejecución de unos procesos de adaptación no sólo conductuales, sino también cognitivos y afectivos, razón por la cual se considera importante evaluar los estilos de afrontamiento de dichos pacientes. (*Ibiden: 16*)

Por último, es recomendable suministrar información sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos; esto permite que las personas se encuentren mejor preparadas ante ellos y se disminuya la ansiedad, al despejar las incertidumbres.

3.2.3. Control de Actitud.

Las actitudes que las personas tienen cuando descubren que tienen rango de cáncer, es la determinación de luchar contra la enfermedad frente a la negación, a la desesperanza absoluta.

Un estudio muy importante publicado en 1979 mostró que los pacientes con cáncer que fueron calificadas como menos cooperativas por parte de médicos y enfermeras han vivido más tiempo.

Los investigadores también descubrieron que los pacientes más difíciles han recibido menos radioterapia antes de comenzar el estudio. Este podría ser el resultado de los pacientes que toman más control sobre su tratamiento y su vida. Así eligieron (o exigía) un nivel más adecuado de tratamiento.

En general, los pacientes que están decididos a realizar su propia terapia son los más propensos a mejorar. Curiosamente, estos no son vistos como “buenos” pacientes por los médicos. (*Melet, A., 2010:10*)

3.3. ACTITUD.

El estudio de las actitudes es fundamental si se quiere llegar a conocer las creencias, opiniones, sentimientos y la predisposición conductual de las personas hacia algún objeto social específico. La actitud es un buen predictor de conducta, ya que mediante ella se puede saber qué conducta manifestará un individuo frente a determinado objeto social.

Así las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o

creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Se debe tomar en cuenta que *“Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden.”* (Allport, 1987:121)

Por otra parte se entiende a *“la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”*. (Rodríguez A., 1986:333)

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema, no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Sin embargo, de todos los conceptos que la psicología social tiene de las actitudes, el propuesto por Rodríguez A. (1986:334) integra todos los componentes teóricos de las actitudes desarrolladas por la psicología social, así supone a la actitud, como *“una unidad compuesta de tres componentes implícitamente unidos el uno con el otro: cognitivo, afectivo y conductual”*.

3.3.1. Teorías sobre la Formación de las Actitudes.

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, éstas

son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar ideas, sentimientos, y conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Teoría de la disonancia cognitiva: el concepto de **disonancia cognitiva**, en Psicología, hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes (cogniciones) que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. Es decir, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas.

El concepto fue formulado por primera vez en 1957 por el psicólogo estadounidense, de origen ruso, LeonFestinger en su obra *A theory of cognitivedissonance*. La teoría de Festinger plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna.

La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede tomar distintos caminos o formas. Una muy notable es un cambio de actitud o de ideas ante la realidad. Según este autor, las personas nos sentimos incómodas cuando mantenemos simultáneamente creencias contradictorias o cuando nuestras creencias no están en armonía con lo que hacemos. Por ejemplo, si normalmente votamos por el partido A pero resulta que nos gusta más el programa electoral del partido B, es posible que sintamos que algo no marcha bien en nosotros. Según la teoría de la disonancia

cognitiva, las personas que se ven en esta situación se ven obligadas a tomar algún tipo de medida que ayude a resolver la discrepancia entre esas creencias o conductas contradictorias. En el ejemplo del partido político, podemos optar por cambiar nuestro voto en las próximas elecciones, o bien podemos dar menos valor a los contenidos del programa del partido B (por ejemplo, recordando que en realidad pocos partidos cumplen con todo lo que prometen en sus programas).

De la misma forma, cuando en una discusión una persona deja clara su postura, a continuación se ve obligado a dar argumentos a favor de la misma. Si no lo hiciera, se vería obligado a reconocer que la alternativa contraria también es válida, lo que entraría en contradicción con sus creencias previas, o tendría que admitir que en realidad no tiene ninguna razón para sostener tal postura, lo que entraría en contradicción con una creencia aún más importante: "soy una persona inteligente y con fundamento".

La teoría de la disonancia cognitiva es una hipótesis sugerente que permite entender de forma sencilla muchas de las aparentes paradojas y sinrazones del comportamiento humano, algunas de las cuales (como las anteriores) se muestran en cada detalle de nuestra vida cotidiana. Y, frente a otras explicaciones muy atractivas pero poco rigurosas de la interacción social, cuenta con la ventaja de estar respaldada por numerosos experimentos.

Tal vez esta sea la muestra más clara de hasta qué punto las personas necesitamos ser congruentes con nosotras mismas y justificar nuestras acciones incluso cuando las hemos realizado sin razón alguna o cuando desconocemos los motivos. Lo peor es que esta tendencia a dar explicaciones de lo que hacemos acaba convirtiéndonos en esclavos de lo que ya hemos hecho, de unas elecciones que, de haberlo pensado, tal vez no hubiésemos realizado. Y dado que, ya sea por ser impulsivos o por no pararnos a pensar lo suficiente, rara vez sabemos por qué hacemos las cosas, gran parte de nuestra vida se convierte en una actuación para nosotros mismos. *(Rodríguez A., 1987:460-461)*

3.3.2. Formación de la Actitud.

Las actitudes pueden ser aprendidas de distinta manera. La psicología social considera como válidos los siguientes:

Las actitudes se van formando por medio de *proceso de socialización*, el cuál va más allá de las influencias recibidas de los padres, maestros y amigos, sino que toda experiencia social modificará las actitudes y percepciones sociales.

La interacción con los que nos rodean es una fuente para formar las actitudes ya que podremos conocer algunas preferencias, creencias y tendencias que nos permitirán tener percepción nuevas de igual manera el modelado de comportamiento de los demás es una manera de formar las actitudes. Según Bandura, aunque los seres humanos pueden aprender por medio de reforzamientos, una forma más eficaz de aprendizaje, es el “*aprendizaje por medio de la observación*”.(Whittaker, 1979:249)

Las experiencias directas que se tenga con un objeto influirán también sobre las actitudes y, al mismo tiempo repercutirá sobre la conducta respecto al mismo. de ahí se puede decir que las actitudes que se forman a base de la experiencia parecen ser más fuertes que las que han adquirido de manera indirecta ya sea a través de palabras y acciones de los demás.

Otro factor que es necesario tener en cuenta en la creación y modificación de las actitudes es el “*efecto de la comunicación*”, en general estas comunicaciones pueden provenir de nuestros padres, que nos dicen qué es bueno y que es malo, y como debemos comportarnos y sentir ante cierto objeto de la actitud. (*Ibiden: 249*)

La influencia tremenda que se da en nuestro país por parte de los medios de comunicación masiva que llevan mensajes de cualquier rincón de nuestra tierra por lo que constantemente estamos expuestas a una infinidad de mensajes televisivos, radio, revistas y desde luego sus contenidos influyen sobre nuestras actitudes cada minuto de nuestra vida.

Las principales funciones que cumplen las actitudes se refieren a la evaluación del objeto, proporcionando posiciones generales, capaces de inspirar nuestras reacciones en relación con el objeto específico, *el ajuste emocional*, que permite la facilitación, la conclusión, la conservación más o menos armoniosa de nuestras relaciones con otras personas proporcionando una buena acomodación social, *exteriorización*, que consiste en la manifestación clara e indiscutible de posiciones que defienden, protegen el yo contra ciertos estados de ansiedad, provocados por problemas internos. (Rodríguez A., 1987:353-354)

Para concluir, es importante recordar que aunque las actitudes son relativamente permanentes, no son inmutables. Las actitudes están en “*desarrollo y cambio continuo*”, este punto de vista es acertado ya que a lo largo de la vida se aprende continuamente nuevas ideas y conductas. (Whittaker, 1979: 246)

3.3.3. Componentes de la Actitud.

Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables, están compuestas de tres componentes implícitamente unidos el uno con el otro: Cognitivo, afectivo y conductual.

➤ Componente Cognitivo.

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, por lo que este componente está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que se tiene sobre ese objeto.

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

➤ **Componente Afectivo.**

El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto específico, este componente tiene un valor muy importante ya que pueden existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo.

La actitud del individuo está determinada fundamentalmente por el sentimiento a favor o en contra, de ese objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

➤ **Componente Conductual.**

Está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta sus creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a “evitarlo”, por el contrario, si le resulta positivo y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá a “poseerlo”, es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Los tres componentes deben ser congruentes entre sí, es decir, si un individuo tiene creencias negativas con respecto a determinado objeto, también debería tener sentimientos de rechazo y conductas en contra de ese objeto social. Estos tres componentes se refuerzan mutuamente formando una estructura de conjunto que tiende a permanecer estable. El cambio en cada uno de ellos también influye en la respuesta de los demás. (*Rodríguez, A., 1986:334*)

3.3.4. Función de las Actitudes

Es muy importante considerar el papel que desempeñan las actitudes en la vida del individuo; se debe considerar que las actitudes cumplen una función en toda la estructura psicológica de un individuo.

Así *“las actitudes se forman con objeto de atender a determinadas funciones, las cuales son vistas desde una perspectiva programática de utilidad para el ajuste de la personalidad frente al mundo exterior”*. (Ibiden: 336)

3.3.5. Fuente de las Actitudes

Las actitudes tanto como los valores, se adquieren de la familia, los padres, maestros y grupos de compañeros. En el proceso evolutivo y de aprendizaje se empiezan a formar y modelar las actitudes de acuerdo con aquello que se admira, respeta o se tiene.

Las personas observan la forma en que la familia y los amigos se comportan y moldean sus actitudes y comportamiento para alinearlos con los de ellos. La gente también imita las actitudes de los individuos populares y de aquellos que admiran y respetan. En contraste con los valores, las actitudes son menos estables ya que son más susceptibles a cambios.

3.3.6. Actitud y Conducta.

A una persona de la cual, conocemos cuáles son sus actitudes no podemos predecir cuál va ser su conducta. Son muy pocos los casos en los que podemos establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, tenemos que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos.

No conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta; es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes.

3.3.7. Cambio de Actitud.

Cuando se produce un cambio en el componente cognitivo puede conllevar también a un cambio en el componente afectivo y en el componente relativo a la conducta. Si por ejemplo si una persona está a favor frente a un tema social como la cura de una enfermedad y asiste a una conferencia con temáticas sociales relacionadas a estos temas, y los efectos que puede producir a la persona, su percepción puede cambiar y tener una actitud de rechazo frente a este tema.

De igual forma si se da un cambio en el componente afectivo la persona puede experimentar sentimientos de aceptación hacia determinado fenómeno social, el cual en un principio era rechazado por una serie de defectos, ahora se percibirá en él cualidades que no se percibían anteriormente.

En el mismo orden si el cambio es en el componente conductual, la persona necesariamente deberá reorganizar los componentes cognitivos y afectivos, la teoría de la disonancia cognitiva afirma que el cambio de actitud se puede dar cuando dos cogniciones se encuentran en relación disonante.

Según Feistenger, la disonancia cognitiva, consiste en que los individuos siempre tiene dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen o están en desacuerdo, lo cual ocasiona que se sientan incómodos psicológicamente, e intenten reducirla o eliminarla en tanto las cosas que la aumentan. (*Ibiden: 336*)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

IV. METODOLOGÍA.

La presente investigación se enmarca en el área de la psicología social, ya que es la ciencia que estudia los fenómenos sociales e intenta descubrir las leyes por las que se rige la convivencia, trata de establecer los patrones de comportamientos de los individuos en los grupos, los roles que desempeñan y todas las situaciones que influyen en su conducta.

Así la psicología social es: “.....aquella área de la psicología que estudia los procesos psicológicos que intervienen en el proceso de las relaciones, su finalidad es desarrollar investigaciones dirigidas al estudio de los determinantes socioculturales, de los procesos psicológicos como las actitudes, creencias, normas, los valores, la socialización” (Barón y Birme, 1998:5).

En el estudio realizado, el objeto de estudio fueron las actitudes de las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, por lo que las actitudes se constituyen en uno de los objetos principales de estudio de la psicología social contemporánea, midiendo y valorando las opiniones, conocimientos, sentimientos, afectos y las conductas, relacionadas con la enfermedad.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Por sus características, el presente trabajo se tipifica como una investigación:

Descriptiva, ya que especifica las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, en este caso se pretende determinar y caracterizar la actitud frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino de las universitarias de la UAJMS. (Hernández Sampieri, R., y otros, 2003:119)

Diagnóstica, ya que expone un proceso psicológico evaluable, que de acuerdo con lo que sucede recoge información sobre fenómenos observables y sus dimensiones, lo

que no implica la intervención sobre la temática planteada. (*Ibiden: 119*)

Por tanto, la investigación se basa en el cómo es y cómo se manifiesta la actitud de las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino.

El enfoque empleado para el análisis fue:

Cuantitativo, porque para estudiar los hechos objetivamente y de manera cuantificable, se realizó un análisis estadístico, con la identificación de frecuencias y porcentajes de respuestas de cada una de las dimensiones de la actitud, para que a partir de éstos se logre conocer los elementos sobresalientes en cuanto a los conocimientos, sentimientos y conducta frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, representándose los resultados a través de cuadros y gráficos. (*Sabino, C., 1992:91*)

Cualitativo, porque se realizó un análisis del objeto en estudio, ya que se interpretó los datos a partir de las respuestas obtenidas de la aplicación del instrumento elaborado en contraste con las diferentes posturas teóricas revisadas sobre el problema de investigación, lo que generó a su vez datos descriptivos de análisis. (*Ibiden: 91*)

4.2. POBLACIÓN.

En lo que respecta a la población de la presente investigación, ésta se realiza en la ciudad de Tarija – Provincia Cercado, con las estudiantes que actualmente cursan estudios en las diferentes carreras de las siete facultades de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” que se encuentran en la condición de estudiantes activas, es decir que asisten a clases, participan de las actividades académicas, se presentan a los exámenes de las diferentes materias asignadas, es decir mantienen una actividad académica constante en el transcurso de los semestres.

En este sentido, la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” cuenta con 8.457 estudiantes mujeres, matriculadas durante la presente gestión 2013, datos que han

sido extraídos de la DTIC y que constituyen el total de la población para la presente investigación.

Cuadro N° 1
Población Estudiantil de Mujeres por Facultades

FACULTADES Y CARRERAS	Estudiantes
FACULTAD DE CIENCIAS JURID. Y POLÍTICAS	823
DERECHO	823
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS	2674
ECONOMÍA	250
CONTADURÍA PÚBLICA	1652
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	772
FACULTAD DE CIENCIAS AGRÍCOLAS Y FORESTALES	237
INGENIERÍA AGRONÓMICA	153
INGENIERIA FORESTAL	84
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	1586
INGENIERÍA QUÍMICA	209
INGENIERÍA CIVIL	556
INGENIERÍA DE ALIMENTOS	138
INGENIERÍA INFORMÁTICA	226
ARQUITECTURA	457
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	471
ODONTOLOGÍA	471
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	1816
ENFERMERÍA	659
BIOQUÍMICA	450
QUÍMICO FARMACÉUTICA	354
ENFERMERÍA OBSTETRIZ	30
MEDICINA	323
FACULTAD DE HUMANIDADES	850
PSICOLOGÍA	572
IDIOMAS	278
TOTAL	8457

FUENTE: D.T.I.C. (2013)

Elaboración propia

4.3. MUESTRA.

Dadas las características de la presente investigación y considerando el fin de la misma, el tipo de muestreo utilizado fue al “*azar y estratificado proporcional*”, donde todas las estudiantes tienen la misma probabilidad de ser seleccionados y donde cada carrera se convierte en un estrato, en este sentido se eligió a la muestra aleatoriamente y se seleccionó el número de unidades muestrales por cada carrera en función de su totalidad, por lo que la muestra fue proporcional al número de estudiantes que cursan las mismas con el fin de asegurar la objetividad de los datos a extraerse. (*Hernández S. R., y otros, 2003:312*)

Así también para alcanzar una mayor representatividad en los resultados, se tomó la población estudiantil femenina por cada facultad y por cada una de las carreras, aplicándose un **criterio muestral** del **5%** y un criterio de selección muestral basado en que las estudiantes sean consideradas dentro del sistema universitario como alumnas activas, es decir, que se encuentren asistiendo continuamente a clases y participando del proceso educativo.

En este sentido la muestra quedó constituida por:

Cuadro N° 2
Muestra

FACULTADES Y CARRERAS	Muestra
FACULTAD DE CIENCIAS JURID. Y POLÍTICAS	41
DERECHO	41
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS	134
ECONOMÍA	12
CONTADURÍA PÚBLICA	83
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	39
FACULTAD DE CIENCIAS AGRÍCOLAS Y FORESTALES	12
INGENIERÍA AGRONÓMICA	8
INGENIERIA FORESTAL	4
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	79
INGENIERÍA QUÍMICA	10
INGENIERÍA CIVIL	28
INGENIERÍA DE ALIMENTOS	7
INGENIERÍA INFORMÁTICA	11
ARQUITECTURA	23
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	23
ODONTOLOGÍA	23
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	91
ENFERMERÍA	33
BIOQUÍMICA	22
QUÍMICO FARMACÉUTICA	18
ENFERMERÍA OBSTETRIZ	2
MEDICINA	16
FACULTAD DE HUMANIDADES	43
PSICOLOGÍA	29
IDIOMAS	14
TOTAL	423

FUENTE: D.T.I.C. (2013)

Elaboración propia

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Los *métodos* utilizados en la investigación son el teórico, empírico y estadístico.

Métodos teóricos.- Este método lleva a explicar las características del objeto de estudio a través del análisis de documentos, revisión teórica y bibliográfica, participando en todo el desarrollo del trabajo, desde el diseño hasta la interpretación y análisis de la información. (*Hernández S. R., y otros, 2003:250*)

Se trabajó con el respaldo del marco teórico y la interpretación de los datos para realizar un análisis y síntesis de la investigación. Así este método permitió la interpretación conceptual de los datos obtenidos empíricamente mediante el análisis, síntesis, deducción e inducción.

Métodos empíricos.-Explican y revelan las relaciones del objeto de investigación a través de sus variables, las que representan un nivel en el proceso de investigación, cuyo contenido procede de la experiencia, utiliza técnicas como las escalas y cuestionarios. (*Hernández S. R., y otros, 2003: 251*)

Este método se empleó en la recogida de los datos que permiten la intervención, registro, medición, análisis e interpretación de la realidad en el proceso de investigación.

Métodos estadísticos.- La información recogida en las escalas numéricas fue procesada y tabulada, en base a la cual se calcularon los datos, estableciéndose cuadros por cada componente de la actitud, estableciendo una representación gráfica de los mismos. (*Hernández S. R., y otros, 2003: 251*)

Para la obtención de los datos o recolección de la información se utilizó la siguiente *técnica*:

Escala de Actitud.- Es una técnica de recolección de información útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve, la cual consiste en la

formulación de preguntas con alternativas de respuestas cerradas, ya sean afirmativas o negativas. Así se recurrió a la utilización de la Escala de Likert que se constituye como uno de los elementos más empleados para medir las actitudes, consistente en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra las mismas. (Rodríguez, A., 1986:334)

El *instrumento* específicamente empleado para esta investigación es:

“La Escala de Actitud frente al cáncer de cuello uterino”.- La cual contiene 30 afirmaciones; cada afirmación tiene cinco alternativas de respuesta donde se evalúa la intensidad de la actitud que poseen las estudiantes, las cuales son las siguientes: 5 = Totalmente de acuerdo, 4 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo, 2 = En desacuerdo y 1 = Totalmente en desacuerdo.

Es un instrumento con valoración de insuficiente, intermedio y suficiente en cuanto al componente cognitivo que se tiene hacia el cáncer de cuello uterino; de igual forma, tiene una valoración de rechazo, indiferencia y aceptación en el componente afectivo y por último se valora el componente conductual como pasivo, neutro o activo.

Se realizó un diseño propio del instrumento, que fue construido cuidadosamente para responder a los objetivos planteados y validado por un docente de la UAJMS del área de psicología social.

Así la participante da una respuesta eligiendo uno de las cinco opciones de respuesta de la escala presentada, a cada respuesta se le asigna un valor numérico. El sujeto obtiene una cantidad respecto a la afirmación y al final se obtiene un total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

4.5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la investigación pasó por las siguientes fases, para poder realizar un trabajo organizado, claro y concreto.

Fase I. Revisión Bibliográfica.

Se refiere a la búsqueda bibliográfica de todos los conceptos necesarios y básicos para la investigación, que asegure la comprensión del objeto de estudio, lo cual coadyuva al análisis de los datos obtenidos. En este caso se precisaron temas sobre la enfermedad del cáncer de cuello uterino y la actitud.

Fase II. Selección del Instrumento de medición.

Se revisó, analizó y aprobó la escala de medición de actitud, con el fin de recolectar adecuadamente los datos, el cual responde al planteamiento, objetivos e hipótesis expresadas en la investigación. Instrumento que fue aprobado por un docente especialista en el área de la psicología social de la Carrera de Psicología. (Ver Anexo N° 1)

Fase III. Aplicación de los Instrumentos.

Se procedió a la aplicación de la escala de medición de actitud frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino a las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, para lo cual se tomó en cuenta lo establecido en la selección de la muestra por cada facultad y carrera de la UAJMS.

Fase V. Tabulación y Procesamiento de los Datos.

En esta etapa se procedió a ordenar y sistematizar los datos obtenidos mediante la tabulación de los datos en programas estadísticos. A su vez se realizó el procesamiento y la expresión de los datos en cuadros y gráficos de acuerdo a cada una de las dimensiones de la actitud, como en la comparación de los datos por carrera.

Fase VI. Análisis e Interpretación de los Datos.

En esta etapa se analizaron los datos o resultados tomando en cuenta los objetivos de la investigación a la luz de la teoría que sustenta el presente trabajo, para

posteriormente llegar a la redacción de las conclusiones y las recomendaciones de la investigación, con la consiguiente afirmación o negación de la hipótesis.

Fase VII. Elaboración y Presentación del Documento Final.

En esta última fase se concretizó el trabajo de investigación, tomando en cuenta las normas y reglas de presentación y redacción establecidas en la UAJMS, también se llegó a ordenar la información expuesta, con lo que se elaboró el informe final completo, procediéndose a su presentación para su correspondiente aprobación y defensa.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DE LOS RESULTADOS

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo contiene los datos obtenidos de la investigación referida a la actitud que presentan las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Caracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en la ciudad de Tarija.

Los resultados se encuentran organizados de acuerdo al orden en que fueron planteados los objetivos específicos, para finalmente concluir con el objetivo general, ésto significa que se organizó el análisis de datos de acuerdo a cada componente de la actitud, empezando por el *componente cognitivo* el que llega a identificar los conocimientos y pensamientos que tienen las estudiantes universitarias. Continuándose con el *componente afectivo*, que permite indagar los sentimientos predominantes en relación a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, para abordar el *componente conductual* con el cual se indaga la predisposición comportamental predominante de las universitarias. Finalmente y en base a los tres componentes, se analiza de manera general la actitud que manifiestan las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino de acuerdo a la facultad en la que estudian.

5.1. COMPONENTE COGNITIVO

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico de la investigación que dice: *“Identificar los conocimientos que tienen las estudiantes de la enfermedad del cáncer de cuello uterino”*, se presenta la siguiente información:

Se debe entender que el *componente cognitivo* se refiere a las creencias, el conocimiento, las opiniones, es decir la representación mental de lo que se percibe del objeto de actitud, en este caso se trata de los conocimientos que tienen las universitarias frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, por lo que puede que la percepción que tengan éstas puede estar influida por el grupo social, la familia o los amigos, es decir por la percepción que tenga el grupo que rodea a las estudiantes, con los cuales interactúa día a día.

**CUADRO N° 3
COMPONENTE COGNITIVO**

Afirmaciones	Desacuerdo		Indeciso		Acuerdo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia y mortalidad en la mujer.	71	17%	153	36%	199	47%	423	100%
Conozco cómo se realizan los exámenes de detección del cáncer de cuello uterino, así el Papanicolau.	58	14%	135	32%	230	54%	423	100%
La mujer que no se realiza revisiones periódicas, puede llegar a morir por el cáncer.	61	14%	55	13%	307	73%	423	100%
Síntomas: sangrado, secreciones con mal olor, dolor pélvico y durante las relaciones.	33	8%	206	49%	184	43%	423	100%
Conozco dónde acudir para los análisis de detección de cáncer.	46	11%	82	19%	295	70%	423	100%
Son los doctores en ginecología los que realizan los exámenes.	42	10%	76	18%	305	72%	423	100%
La causa del cáncer de cuello uterino es el VHP.	36	9%	229	54%	158	37%	423	100%
Factores de riesgo: número de parejas sexuales, no usar condón, usar anticonceptivos orales, fumar, inicio temprano, etc.	55	13%	162	38%	206	49%	423	100%
Efectos psicológicos: baja autoestima, ansiedad, depresión, miedo, angustia y desesperanza.	66	15%	147	35%	210	50%	423	100%
Como futura profesional debo estar actualizada con este tipo de problemática que afecta a la mujer.	32	8%	27	6%	364	86%	423	100%

Fuente.- Elaboración propia

El componente cognitivo está conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud, pues toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia, por lo que la cognición está integrada por estos dos elementos. (Rodríguez, A., 1986: 333)

En este sentido y tomando en cuenta los conocimientos que tienen las estudiantes de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, se tiene lo siguiente:

En cuanto a la afirmación que indica “*como futura profesional debo estar actualizada con este tipo de problemática que afecta a la mujer*”, un **86%** de estudiantes está de acuerdo con este hecho, lo cual denota que las universitarias, consideran que al ser una problemática que se presenta sólo en las mujeres, ellas deben de estar al tanto de lo que implica la misma.

Este tipo de pensamiento, concuerda con la información encontrada en la revisión teórica, que indica que una barrera es la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer cérvico uterino que constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección. (Alianza para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, 2004:3)

El **73%** de universitarias está de acuerdo con que “*la mujer que no se realiza revisiones periódicas, puede llegar a morir por el cáncer*”, lo cual es congruente con la idea de que el cáncer puede prevenirse por medio de exámenes de detección y tratamientos que requieren de tecnologías relativamente sencillas, incluso en aquellas mujeres con alto riesgo de presentar la enfermedad. (Ibiden: 3)

Estos datos, es decir ambos porcentajes hacen referencia que no sólo prima en el conocimiento sobre la enfermedad, el hecho de ser profesional, o estar en un nivel superior de estudios sino también es relevante el hecho de que la investigación ha abordado a mujeres que son las únicas víctimas de la misma, situación que puede generar que estén al tanto de lo que se tiene que hacer para prevenir la enfermedad.

En cuanto a que **“son los doctores en ginecología los que realizan los exámenes”** un **72%** conoce esta situación, pues afirman estar de acuerdo con la misma, ésto debido a que en el medio se tiene una mayor predominancia de hombres doctores que de mujeres, por lo que es más común encontrar en centros de salud, cajas, hospitales, etc., profesionales en el área de ginecología que realizan estas pruebas.

Debido a que las mujeres conocen que la visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico, prefieren que sea una doctora y no un médico quien las atiende, razón por la cual muchas de ellas para evitar esta situación no acuden al servicio ginecológico. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:37*)

En cuanto a la afirmación que indica **“conozco dónde acudir para los análisis de detección de cáncer”**, un **70%** afirman identificar los lugares donde se realizan las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en el medio.

Lo cual definitivamente no es proporcional con la cantidad de veces que las mujeres asisten a estos centros, así por ejemplo de acuerdo a una investigación realizada en La Paz (2007), esta indica que la mayoría de las mujeres suelen acudir una sola vez en su vida a los análisis de detección de cáncer. (Zenteno, V., 2007:10)

Así también en relación a la afirmación que revela **“Conozco cómo se realizan los exámenes de detección, así el Papanicolau”**, el **54%** de las estudiantes están de acuerdo con la misma, indican saber o ya tienen información de los métodos utilizados en estas pruebas.

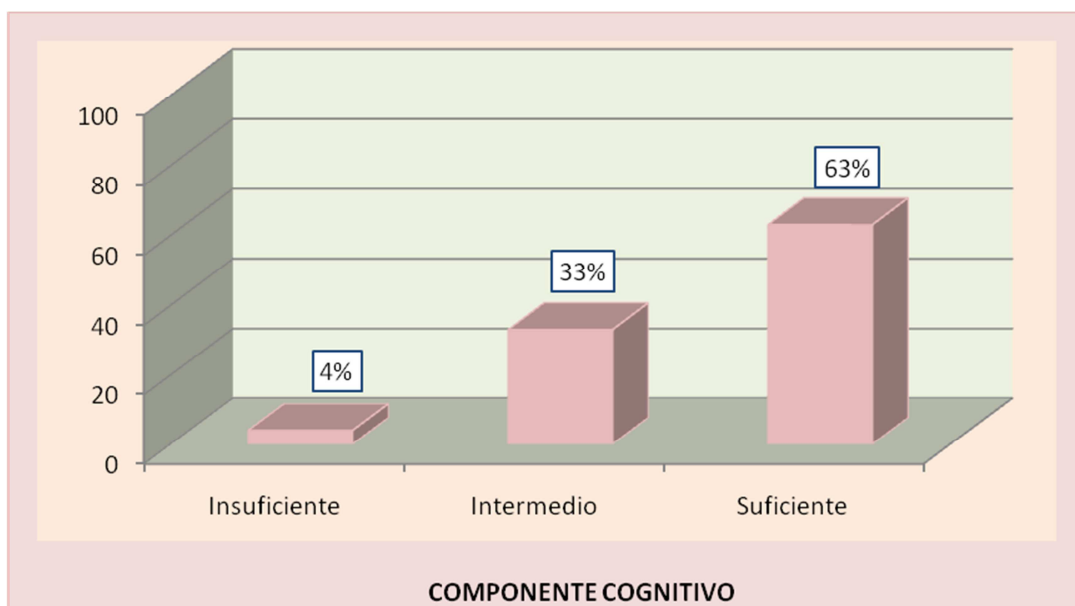
Sin embargo, resultados de una investigación realizada en La Paz, revelan que las pacientes en su mayoría indicaron no saber cómo se toma el PAP, en menor porcentaje las mujeres describieron en forma adecuada la toma del PAP. (*Ibiden: 10*)

Finalmente en un mismo porcentaje **54%** de participantes indican que se encuentran indecisas de que **“la causa del cáncer de cuello uterino sea el VHP”**, lo que es

llamativo puesto que estas se encuentran en un nivel superior de estudios y aún no han llegado a comprender las formas de transmisión y el origen de la enfermedad, lo que da a entender que las mujeres no suelen asociar el concepto de infección de transmisión sexual al cáncer de cuello uterino, y cuando se las invita a reflexionar sobre esta posibilidad, llegan a dudar de la misma.

Así también se conoce que de acuerdo a la investigación que se realizó en La Paz, las mujeres que han llegado a un nivel de educación primario y nivel secundario, no conocían la terminología de la presencia del cáncer de cuello uterino, a diferencia de las mujeres profesionales que manifestaron un mayor conocimiento sobre la enfermedad. Situación que no se presenta en las mujeres investigadas, pues a pesar de encontrarse en un nivel superior desconocen esta situación. (*Ibiden: 10*)

GRÁFICO N° 1
COMPONENTE COGNITIVO
(Valoración General)



Fuente.- Elaboración propia

El componente cognitivo, está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto específico, así como por la información que se tiene sobre el mismo, por lo que los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar

actitudes. Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, puede ser suficiente para sustentar una actitud firme respecto del mismo. (Rodríguez, A., 1986: 334)

Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea. Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su efecto con relación al objeto tendrá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto en nada afectará a la intensidad del afecto, el cuál será consciente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene, corresponda o no a la realidad.

En este sentido y a partir de los resultados observados en la gráfica en relación al componente cognitivo, se puede evidenciar que un **63%** de estudiantes manifiestan un conocimiento **suficiente**, puesto que las universitarias exteriorizan ideas y pensamientos adecuados en relación a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, expresando la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio, la importancia de la realización de exámenes, y la gravedad mortal de la enfermedad, así como los efectos psicológicos de la enfermedad, etc.

A esto se debe añadir, que según estudios realizados las fuentes donde la mujer encuentra información sobre la enfermedad mencionada es en la radio y la televisión, a través de programas o propagandas que hablan de la misma, las cuales hacen referencia que el cáncer más difundido es el de mama y que no escuchan mucho sobre el cáncer de cuello uterino. (Cardozo, J., 2004:15)

Por otra parte, un **33%** de universitarias presentan un componente cognitivo **intermedio**, lo cual refleja que las estudiantes se encuentran indecisas, es decir no están seguras de los efectos que conlleva la enfermedad, como así también su forma de detección, lugares donde se realizan los exámenes, etc.

No tener conciencia acerca de la enfermedad de cáncer uterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección. Mantenerse distante de los problemas que aquejan a las mujeres, no

interesarse en ellos, ubica a estas mujeres en un alto riesgo de contraer la enfermedad. Esto es preocupante, pues una información vaga o errónea disminuye la posibilidad de realizarse los exámenes para determinar la presencia o no de la enfermedad, como así también es preocupante que no se encuentren seguras sobre el virus que lo provoca, su forma de transmisión que es sexual, etc.

Finalmente, un **4%** de estudiantes tiene un **conocimiento insuficiente**, lo cual denota que a pesar de encontrarse en un nivel superior de estudios, el conocimiento no es adecuado en relación a la enfermedad del cáncer uterino, pues se tiene ideas erróneas en relación al mismo, así como por ejemplo sobre los síntomas, las causas de la enfermedad, etc.

Lo cual puede estar dado, como así también lo demuestran los datos de investigaciones y la información procedente de diversas encuestas de la población que revelan que la pobreza y el bajo nivel educativo dificultan la prevención en la salud en cuanto a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, que puede ser una respuesta ante los resultados encontrados. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:24*)

A su vez, las estudiantes escolares no reciben capacitación sobre esta temática en sus correspondientes unidades educativas, las que suelen enterarse al igual que las estudiantes universitarias a través de la radio y la TV, especialmente los noticieros y personas con quienes habitualmente conversan sobre temas de salud femenina, si es que en realidad se llega a este tipo de conversaciones. Obtener información a través de los referentes del sistema de salud no resulta una posibilidad real por el contexto de sobrecarga de trabajo en el que operan los servicios públicos donde habitualmente no se generan espacios en los que las mujeres sientan que pueden plantear preguntas o dudas con comodidad.

Los testimonios de las participantes dan cuenta de una comunicación poco personalizada entre el equipo de salud y las mujeres con mínimo intercambio de información y explicaciones. (*Ibiden: 24*)

5.2. COMPONENTE AFECTIVO.

Se debe tomar en cuenta que el *componente afectivo* está constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas. (Rodríguez, A., 1986: 335)

**CUADRO N° 4
COMPONENTE AFECTIVO**

Afirmaciones	Desacuerdo		Desacuerdo /Acuerdo		Acuerdo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Me preocuparía que aumenten las cifras de mujeres con cáncer.	38	9%	13	3%	372	88%	423	100%
Me proporcionaría seguridad y tranquilidad realizarme el examen	28	7%	27	6%	368	87%	423	100%
Estaría preocupada y sorprendida que las mujeres no se realicen revisiones periódicas.	34	8%	27	6%	362	86%	423	100%
Sentiría miedo de manifestar algunos síntomas como sangrado inusual, secreciones, dolor, etc.	39	9%	50	12%	334	79%	423	100%
Me daría confianza y seguridad conocer un centro médico calificado en detección de cáncer	28	7%	22	5%	373	88%	423	100%
No me avergonzaría o molestaría que en mis revisiones periódicas me atienda un ginecólogo.	156	37%	94	22%	173	41%	423	100%
Tendría mucho temor y miedo si me indicaran que tengo VPH	47	11%	70	17%	306	72%	423	100%
No me causa sorpresa que el cáncer de cuello uterino se pueda contraer a través de las relaciones sexuales, no usar condón, etc.	68	16%	110	26%	245	58%	423	100%
Me preocuparía sobre los efectos del cáncer como baja autoestima, ansiedad, depresión, miedo, etc.	26	6%	56	13%	341	81%	423	100%
Estaría muy contenta y realizada si como estudiante o profesional puedo colaborar en la superación de esta problemática.	21	5%	17	4%	385	91%	423	100%

Fuente.- Elaboración: Propia

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico de la investigación que dice: ***“Valorar los sentimientos que tienen las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino”***, se presentan los siguientes datos:

Un **91%** de estudiantes mujeres, indican que ***“estarían muy contentas y realizadas si como estudiantes o profesionales, pueden colaborar en la superación de esta problemática”***, por lo que interiorizan la misión que debe tener todo profesional ante los problemas de la sociedad, el sentido de resolver los mismos y de aportar al cambio de la misma.

Así también es importante remarcar, que el ingreso a la universidad no sólo parte de un principio de formación sino también de servicio en las mujeres investigadas, situación que implica no sólo contar con un título profesional, sino el hecho de servir a su sociedad, de ser útiles frente a las adversidades y problemas que esta pueda presentar.

El **88%** de las universitarias ***“les preocuparía que aumenten las cifras de mujeres con cáncer”*** y ***“les daría confianza y seguridad conocer un centro médico calificado en detección del mismo”***, datos que indican que en su mayoría manifiestan temor ante la enfermedad y por otra parte se sentirían tranquilas ante el hecho de saber que existe un centro de salud de nivel calificado en nuestro medio, con buenos análisis de detección de la enfermedad.

Este dato demuestra que las estudiantes como futuras profesionales y mujeres que son, se sienten comprometidas en realizar acciones en pro de la prevención de esta enfermedad, que afecta tanto personal como colectivamente, lo cual está demostrado en la siguiente afirmación que indica:

“Me proporcionaría seguridad y tranquilidad realizarme el examen”, el **87%** de estudiantes confirman que la única manera de determinar la presencia de la enfermedad es a través de un examen, pero a pesar de estos resultados, es importante

remarcar que la práctica de los exámenes no es realizada de manera secuencial por las mujeres, debido probablemente a la falta de orientación, de apoyo de la pareja, a la vergüenza, pudor de mostrar el cuerpo o de ser examinadas por un varón, al miedo de encontrar un resultado positivo, al rol que ejecutan dentro del hogar, las labores de casa, atención de hijos, etc., que le quitan tiempo para dedicarse a su persona, estas y otras situaciones pueden intervenir a la hora de realizarse los análisis o exámenes médicos.

Así también un **86%** de estudiantes sienten que *“estarían preocupadas y sorprendidas que las mujeres no se realicen revisiones periódicas”*, lo cual hace referencia a que se tiene en cuenta que estos exámenes deben ser normales y periódicos en la vida de la mujer, por lo que causa bastante sorpresa que en la época actual la mujer siga resistiéndose a este tipo de pruebas.

A pesar de estos datos, al parecer existen algunas limitantes para la aceptación y realización de revisiones periódicas, pues caso contrario Bolivia no tendría una de las tasas de incidencia de cáncer uterino más altas del mundo y la más alta de América Latina, lo que significa un total de 661 muertes por año. (Zenteno, V., 2007:8)

Generalmente la visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico o el equipo de salud, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable. El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres. Ellas sienten vergüenza de exponer sus genitales y ser observados y tocados, siendo éste un motivo importante para la no realización del PAP. Situación que puede dar cuenta de porque la mayoría de las mujeres no suele asistir a las revisiones periódicas. (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:37)

En cuanto a la afirmación de *“Me preocuparía sobre los efectos del cáncer como baja autoestima, ansiedad, depresión, miedo, etc.”*, un **81%** de las estudiantes manifiestan estar de acuerdo con la misma, indicando que tienen en cuenta que esta enfermedad al ser devastadora físicamente, lo es también en el plano psicológico, pues afecta a las personas en sus sentimientos, en su estado anímico y psicológico.

Situación que es confirmada por la teoría revisada que indica que las mujeres pueden experimentar trastornos depresivos, subsecuentes no sólo a los tratamientos, sino producto del intenso sufrimiento psíquico por la alteración de la imagen corporal, sentimientos de minusvalía y baja autoestima. Según algunos estudios, las pacientes con cáncer cervical sufren de niveles mayores de estrés emocional que aquellas con cáncer de mama o endometrio. (Melet, A., 2010:2)

Así también se indica que la depresión se ha relacionado con el cáncer de dos maneras: como un factor que aumenta el riesgo de padecer cáncer y, como una condición que influye en el curso de la enfermedad y que afecta el ajuste del paciente y su familia a la misma. (Castro L., 2007:8)

En cuanto a la afirmación que indica “*sentiría miedo de manifestar algunos síntomas como sangrado inusual, secreciones, dolor, etc.*”, un 79% de universitarias indica la sensación o la presencia de un sentimiento de temor ante la posibilidad de manifestar alguno de esos síntomas.

Generalmente, se suele pensar que la enfermedad puede afectar a las demás personas pero no a una misma, por lo que pensar en que posiblemente se tenga la enfermedad es algo lejano para las mujeres, lo que cual cambia definitivamente ante la posibilidad de manifestar síntomas propios de la enfermedad, que son alarmantes y que indican que el organismo no está funcionando bien.

En cuanto a “*tendría mucho temor y miedo si me indicaran que tengo VPH*”, un 72% está de acuerdo con estos sentimientos, pues puede constituirse en una enfermedad mortal si no es tonada a tiempo que afecta completamente la vida de toda mujer que lo padece, pues la enfermedad no sólo afecta a la víctima, sino también a toda la familia, al ser ya que constituye la enfermedad mortal, causa principal de muerte de mujeres en el país, cuyos datos revelan que cada día se presentan 8 casos nuevos. (Ibiden: 8)

Si bien en el componente cognitivo las mujeres no asocian el VPH con el cáncer de cuello uterino, el hecho de contraer algo desconocido, una enfermedad implica la demostración de temor y miedo ante lo desconocido, ante sus efectos, etc.

Finalmente, un **58%** de mujeres indican que *“no les causa sorpresa que el cáncer de cuello uterino se pueda contraer a través de las relaciones sexuales, no usar condón, etc.”*, lo cual denota que los sentimientos que manifiestan las estudiantes están en concordancia con la realidad, es decir con las fuentes de infección o con las situaciones que realmente pueden ser focos de infección.

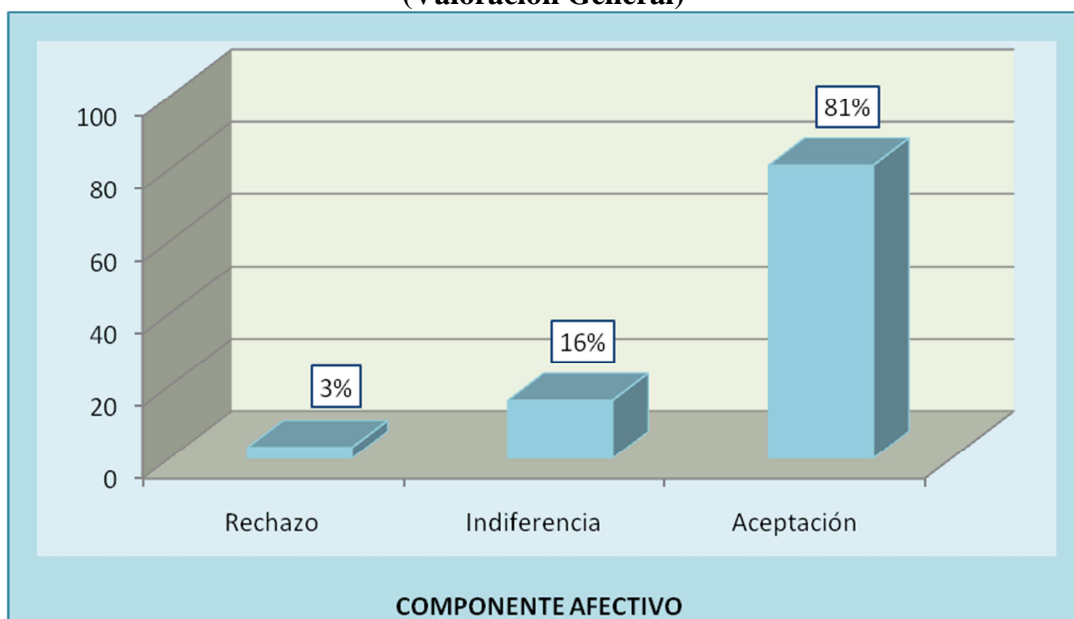
Cabe hacer notar que el porcentaje apenas supera el **51%** de los datos totales, por lo que este sentimiento es concordante con el conocimiento, y no se presenta en una mayoría completa de las mujeres, evidenciando que no se tiene muy en cuenta las formas de contagio que presenta la enfermedad.

Datos que pueden concordar con la teoría la cual indica que existe una noción generalizada acerca del cáncer como una enfermedad innata que permanece latente en el organismo hasta que se activa azarosamente o es disparada por un episodio puntual, ya sea a un factor externo como un golpe, o procesos internos como el embarazo o el aborto. Un golpe en el abdomen, un esfuerzo físico, o relaciones sexuales bruscas también se perciben como “disparadores” de la enfermedad. En esta misma lógica el PAP, entendido como un procedimiento invasivo podría también “tocar” o “despertar” al cáncer dormido. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:19-20*)

La teoría indica que existe una noción generalizada acerca del cáncer como una enfermedad innata que permanece latente en el organismo hasta que se activa azarosamente o es disparada por un episodio puntual, ya sea a un factor externo como un golpe, o procesos internos como el embarazo o el aborto. Un golpe en el abdomen, un esfuerzo físico, o relaciones sexuales bruscas también se perciben como “disparadores” de la enfermedad. En esta misma lógica el PAP, entendido como un

procedimiento invasivo podría también “tocar” o “despertar” al cáncer dormido.
(Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:19-20)

GRÁFICO N° 2
COMPONENTE AFECTIVO
(Valoración General)



Fuente.- Elaboración propia

De manera general, se puede indicar que el componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto actitudinal específico, este componente tiene un valor muy importante ya que pueden existir actitudes sin cogniciones pero no pueden haber actitudes sin un componente afectivo. (Rodríguez, A., 1986: 335)

En los resultados se refleja que priman los sentimientos de **aceptación (81%)** en las mujeres, lo cual denota que las estudiantes revelan sentimientos de aceptación hacia la enfermedad del cáncer de cuello uterino, por lo cual manifestarían emociones concordantes con la peligrosidad de la misma, es decir el miedo, temor, preocupación, etc., sentimientos que son provocados ante la posibilidad de contraer la enfermedad.

El **16%** manifiestan sentimientos de **indiferencia** ante la enfermedad, las estudiantes no demuestran emociones ni de aceptación ni de rechazo frente a la misma, o sienten que ellas están exentas de contraer o contagiarse de la misma.

Estos datos dan cuenta de que en nuestro medio pueden estar interviniendo algunas barreras en cuanto al cáncer de cuello uterino, uno podría ser el temor a un resultado positivo, lo cual tiene que ver con el hecho de que una revisión o un estudio revele la presencia de esta enfermedad grave o incurable que de otra forma no hubiera sido conocida. Ir al médico representa una probabilidad de que éste identifique y diagnostique alguna enfermedad y muchas mujeres prefieren “no saber”, lo cual es una forma de evitar angustia e incertidumbre. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:40*)

Así también, en el peso discusivo de la prevención, la mujer que se percibe sana no justifica la necesidad de consultar espontáneamente. Por otra parte, las mujeres más adultas suelen poner énfasis en la necesidad de realizar una batería completa de estudios clínicos, mientras que las más jóvenes aluden principalmente al control ginecológico incluyendo el PAP. Datos que se convierten en una posible respuesta a la indiferencia que manifiestan las universitarias en relación a la enfermedad de cáncer de cuello uterino.

Finalmente, se tiene un **3%** de estudiantes universitarias que manifiestan sentimientos de **rechazo** a la enfermedad, es decir no les afecta en lo absoluto la posibilidad que podrían tener de contraer la enfermedad, no manifiestan temor o miedo ante la misma, tampoco preocupación por lograr realizarse los análisis.

5.3. COMPONENTE CONDUCTUAL

Para dar cumplimiento al tercer objetivo específico de la investigación que dice: *“Establecer la predisposición comportamental de las estudiantes frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino”*, se presentan los siguientes resultados:

**CUADRO N° 5
COMPONENTE CONDUCTUAL**

Afirmaciones	Desacuerdo		Desacuerdo /Acuerdo		Acuerdo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Participaría en los exámenes de detección de cáncer con el fin de disminuir las cifras de mortalidad	33	8%	44	10%	346	82%	423	100%
Acudo periódicamente al médico para realizarme el análisis de detección del cáncer de cuello.	131	31%	83	20%	209	49%	423	100%
Acudo periódicamente a los controles médicos para evitar consecuencias como la muerte.	159	38%	89	21%	175	41%	423	100%
Asistiría inmediatamente al médico ante síntomas como sangrado, secreciones, dolor, etc.	38	9%	59	14%	326	77%	423	100%
Acudiría con facilidad a las clínicas de detección del cáncer.	58	14%	48	11%	317	75%	423	100%
Me realizaría sin ningún inconveniente los exámenes por un ginecólogo.	78	18%	63	15%	282	67%	423	100%
Evitaría permanentemente contraer el VPH.	25	6%	52	12%	346	82%	423	100%
Me protegería constantemente usando condón, evitando la ingesta de los anticonceptivos, número de parejas, tabaco, etc.	35	8%	43	10%	345	82%	423	100%
Buscaría soluciones y ayuda para contrarrestar los efectos psicológicos del cáncer.	19	4%	24	6%	380	90%	423	100%
Participaría como estudiante o profesional, en espacios de ayuda a las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.	18	4%	19	5%	386	91%	423	100%

Fuente.- Elaboración: Propia

Un **91%** de estudiantes indica que *“participarían como estudiantes o profesionales, en espacios de ayuda a mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino”*, evidentemente aquí juega un rol importante la educación superior en la que se encuentran las mujeres, pues como lo indican los datos, son las mujeres profesionales que tienen una mayor información sobre estas situaciones.

A su vez, el rol que juegan como estudiantes y futuras profesionales las predispone a ayudar a su sociedad, en especial a otras mujeres que pueden estar diagnosticadas con cáncer, por lo que no solo prevalece el rol de profesional sino también el de mujer.

Un **90%** de universitarias refiere que *“Buscaría soluciones y ayuda para contrarrestar los efectos psicológicos del cáncer”*, lo que indica que no se quedarían con los brazos cruzados, sino más bien buscarían alternativas de solución y ayuda ante la enfermedad, lo que también se encuentra estrechamente ligado con su tránsito en el nivel superior de educación.

Probablemente la situación en la que se encuentran las estudiantes, el nivel de estudios provoca una apertura al hecho de solucionar los problemas que se van presentando, el hecho de conformarse con lo que a uno le ocurra, sino también prima la idea de salir y seguir adelante.

Por otra parte se tiene el **82%** de estudiantes que *“evitarían permanentemente contraer el VPH”* y *“se protegerían constantemente usando condón, evitando los anticonceptivos, número de parejas, tabaco, etc”*, resultados que dan cuenta que las jóvenes reconocen que deben tener una actitud activa de protección y defensa frente a la enfermedad del cáncer.

A diferencia de estos resultados, la teoría indica que las mujeres mencionan distintos factores que perciben vinculados a la posibilidad de desarrollar cáncer de cuello de útero como falta de higiene, ciclos menstruales irregulares, secreciones vaginales anormales, la utilización del dispositivo intrauterino (DIU), antecedentes de cáncer en

la familia y haber tenido cáncer de mama previamente. Por lo contrario, generalmente los factores relacionados a la conducta sexual son escasamente nombrados como causales de la enfermedad. En general, las mujeres no asocian el concepto de infección de transmisión sexual al cáncer de cuello de útero. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:38*)

Un **77%** de estudiantes indican que **“asistirían inmediatamente al médico ante síntomas como sangrado, secreciones, dolor, etc.”**, los cuales son síntomas totalmente inusuales en la mujer, por lo que su presencia sería una alarma inmediata de que algo anda mal en la salud de la persona, por lo que es llamativo y de relevancia en la atención médica.

El cáncer de cuello de útero se percibe como una enfermedad grave, invasiva, incurable y estrechamente ligada a la muerte que tiene un avance progresivo sobre el organismo. “Llaga, infección y pudrición” son algunos de los términos que las mujeres utilizan para describir la enfermedad. La alusión a la pudrición, que se reitera guarda relación con la imagen del estado avanzado del cáncer de cuello de útero que puede causar flujo con olor fétido, pero también con una idea de descomposición orgánica y muerte. (*Ibiden: 39*)

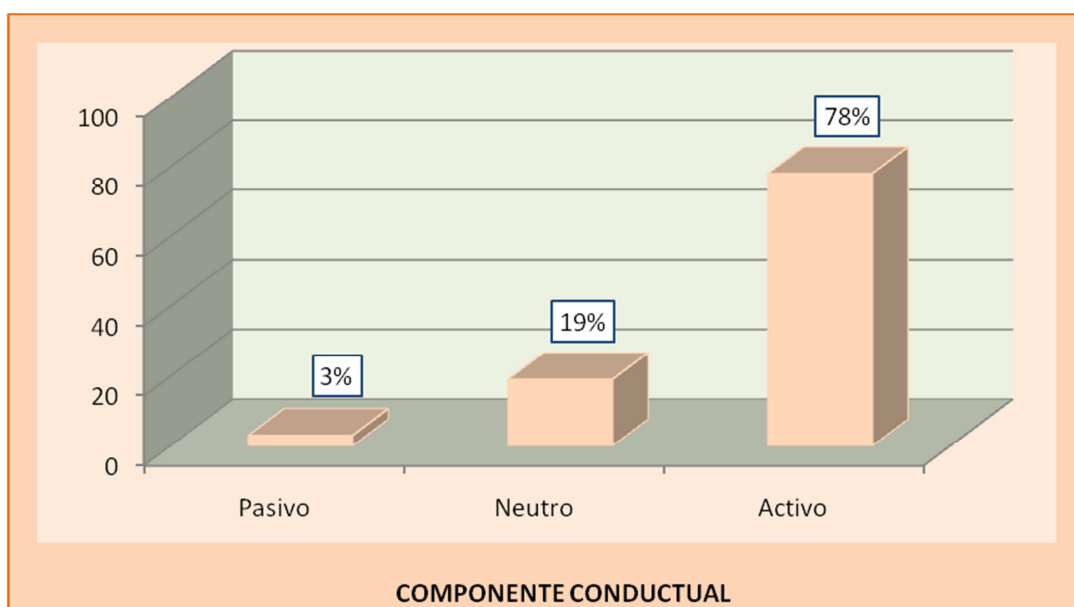
Pero aún así, frente a la presencia de malestares o síntomas concretos percibidos como anormales las mujeres eluden o posterga recurrir la médico, y es común la automedicación como primer recurso. Lo cual definitivamente se contrapone con los resultados encontrados, pues los mismos indican que en este caso las mujeres asistirían inmediatamente al médico. (*Ibiden: 39*)

Un **75%** de mujeres indican que **“acudirían con facilidad a las clínicas de detección del cáncer”**, y el **67%** indican que **“se realizarían sin ningún inconveniente los exámenes por un ginecólogo”**, datos que reflejan que evidentemente las mujeres tienen una predisposición comportamental activa, dirigida a actuar, a hacer algo frente a este problema.

La postura que muestran las universitarias de la UAJMS parece mostrarse contradictoria con la realidad nacional, pues de acuerdo a una investigación realizada en La Paz - Bolivia (2007), se refiere que las mujeres generalmente no acuden a las clínicas o no se hacen los exámenes por falta de información, seguido por el temor al dolor y vergüenza. Además las mujeres marcan la preferencia en un 88% de ser atendidas por una médico mujer, que sea quien les tome la muestra y un 12% por un médico varón. (Zenteno, V., 2007:12)

Así también, en cuanto a los exámenes de detección, existe un amplio consenso acerca de que el PAP no es doloroso, sino simplemente molesto o incómodo y que la cuestión más crítica es la vergüenza. Así los obstáculos para la realización del PAP se concentran en factores de tipo subjetivo: sentimientos de vergüenza frente al examen ginecológico en primer lugar, que a su vez implica que se tiene pudor de mostrar el cuerpo, y en segundo lugar, temor a que el resultado sea positivo. (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:36)

GRÁFICO N° 3
COMPONENTE CONDUCTUAL
(Valoración General)



Fuente.- Elaboración propia

El *componente conductual*, está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta las creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a evitarlo; por el contrario, si le resulta positivo y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá a poseerlo. (Rodríguez, A., 1986: 336)

Los resultados que muestra la gráfica en relación al *componente conductual* denotan que el **78%** de las estudiantes universitarias presentan una predisposición comportamental *activa* en relación a la enfermedad, reflejando que están predispuestas a ejecutar acciones, realizar algunas actividades frente a la detección de la enfermedad, prevención, diagnóstico e intervención con las que sufren de este problema.

Pero en la práctica la mujer muchas veces, a pesar de sentir los síntomas que hacen referencia a la presencia del cáncer de cuello uterino, tienden a distraer la situación, y no asisten o no toman medidas inmediatas, posiblemente por miedo o temor a los resultados, vergüenza a la revisión médica, pudor de mostrar el cuerpo, experiencias de mala calidad de atención y a su pareja.

Ya que en general las mujeres reportan que sus parejas las apoyan para que se realicen las revisiones médicas, aunque muchos también se muestran celosos cuando el médico es varón o asocian el control médico con sospechas de infidelidad. (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:37-40)

Así también la falta de motivación y la postergación de las prácticas de autocuidado en las mujeres coinciden con las normas de género que definen como femenino el rol de cuidado y atención de la salud de los otros (niños, enfermos, ancianos) y las responsabilidades cotidianas del hogar, sin dar lugar prioritario al autocuidado de la propia salud.

Datos que se deben tomar en cuenta para la interpretación de los datos, pues se puede decir una cosa y hacer otra. (Ibiden: 40)

El **19%** de estudiantes, manifiestan una predisposición conductual *neutra*, es decir que son indiferentes a la enfermedad, no les mueve o provoca realizar ninguna acción, posiblemente porque piensan y sienten que es imposible que lleguen a contraer la enfermedad.

Finalmente, en mínimo porcentaje, un **3%** de mujeres manifiestan una predisposición comportamental *pasiva*, es decir que no van a ejecutar ninguna acción, actividad, etc., que les permita prevenir la enfermedad de cáncer de cuello uterino, así como asistencia a centros médicos, análisis diagnósticos, etc.

Posiblemente ésto esté conectado con las molestias e incomodidad durante la toma de muestras, el dolor al colocar el espéculo, la vergüenza que implica en algunas mujeres la realización de estos exámenes o la falta de conocimiento sobre la enfermedad. (Zenteno, V., 2007:13)

5.4. ACTITUD DE ACUERDO A LAS FACULTADES.

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo específico de la investigación que dice: “Determinar la actitud frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino de acuerdo a la facultad en la que estudian las universitarias”, se presentan los siguientes datos:

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos, el elemento cognoscitivo conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud.

Toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia; el elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas; y el elemento motivacional, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante (acto) conductual. (Allport, M., 2000 <http://www.gipuzkoa.net/infojuven/guia1/inf12.html>)

CUADRO N° 6
ACTITUD DE ACUERDO CON LAS FACULTADES

Componente Cognitivo	Cs. Juríd.	Cs. Econ.	Cs. Agríc	Cs. Civil	Cs. Salud	Odont	Hum an
Insuficiente	1 2%	5 4%	--	6 7%	2 2%	--	1 2%
Intermedio	15 37%	41 31%	7 58%	29 36%	20 22%	7 30%	21 49%
Suficiente	25 61%	88 66%	5 42%	45 56%	68 76%	16 70%	21 49%
TOTAL	41 100%	134 100%	12 100%	80 100%	90 100%	23 100%	43 100%
Componente Afectivo							
Rechazo	1 2%	5 4%	--	2 3%	4 4%	--	--
Indiferencia	5 12%	16 12%	4 33%	14 17%	8 9%	6 26%	15 35%
Aceptación	35 85%	113 84%	8 67%	64 80%	78 87%	17 74%	28 65%
TOTAL	41 100%	134 100%	12 100%	80 100%	90 100%	23 100%	43 100%
Componente Conductual							
Pasivo	1 2%	8 6%	--	3 4%	2 2%	--	--
Neutro	5 12%	26 19%	1 8%	24 30%	12 13%	4 17%	7 16%
Activo	35 85%	100 75%	11 92%	53 66%	76 84%	19 83%	36 84%
TOTAL	41 100%	134 100%	12 100%	80 100%	90 100%	23 100%	43 100%

Fuente.- Elaboración: Propia

El *componente cognitivo*, es decir los conocimientos que tienen las universitarias sobre la enfermedad del cáncer de cuello uterino se refleja en un grado de suficiente en la mayoría de las facultades de la U.A.J.M.S.

Así con una mayor ponderación se encuentra la Facultad de Salud (76%), seguida de la Facultad de Odontología (70%), Ciencias Económicas (66%), Ciencias Jurídicas (61%) e Ingeniería Civil (56%).

Por otra parte, la Facultad de Humanidades alcanza un conocimiento suficiente sólo con un 49% y la Facultad de Ciencias Agrícolas en un 58% presenta un conocimiento intermedio, datos llamativos pues la Facultad de Humanidades que tiene la carrera de Psicología, es la encargada de trabajar con poblaciones con distintos tipos de afecciones psicológicas, físicas y sociales.

En cuanto al *componente afectivo*, todas las facultades presentan sentimientos de aceptación frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, es decir, se preocupan ante los síntomas, efectos de la enfermedad como así también sobre sus formas de contagio, manifestando temor hacia la enfermedad. Así en primer lugar se tiene a la Facultad de Ciencias de la Salud (87%) seguida por la Facultad de Ciencias Jurídicas (85%).

Por último, en el *componente conductual o predisposición comportamental*, las estudiantes de todas las facultades presentan una tendencia activa, es decir una tendencia reactiva, de acción ante la enfermedad.

Como se puede observar en los datos presentados, la Facultad que tiene una mayor predisposición comportamental es la de Ciencias Agrícolas (85%), seguida por la de Ciencias Jurídicas (85%). De manera general y de acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a la actitud de las estudiantes universitarias, se observa que en todas las facultades se manifiesta una predominancia de actitud positiva. Lo cual es congruente posiblemente con el grado académico en el cual desarrollan sus estudios, pues todas se encuentran en un nivel de educación superior, nivel que puede provocar que estén predispuestas a atender o que tengan apertura a recibir información que circula en el medio con respecto a la enfermedad de cáncer de cuello uterino.

Así también, tal como lo detalla la investigación realizada en La Paz (2007), expresa que el grado de instrucción está estrechamente relacionado con el conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad, de los exámenes, formas de detección y prevención. (Zenteno, V., 2007:14)

También se debe precisar que las mujeres refieren que lo que saben sobre el cáncer de cuello de útero es insuficiente y que tienen grandes vacíos de información, siendo las fuentes de información más comunes la radio y la televisión, especialmente los noticieros y el grupo de mujeres con las que habitualmente se conversa. Datos que dan cuenta que no reciben capacitación previa a su ingreso a la universidad, tampoco dentro de las aulas de educación superior, exceptuando algunas carreras cuyo ámbito central es la salud y donde posiblemente se abordan estas temáticas, donde las alumnas deben estar preparadas para enfrentar este tipo de problemas, así por ejemplo en la Facultad de Salud de la UAJMS. (*Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, 2010:24*)

Obtener información a través de los referentes del sistema de salud no resulta una posibilidad real por el contexto de sobrecarga de trabajo en el que operan los servicios públicos donde habitualmente no se generan espacios en los que las mujeres sientan que pueden plantear preguntas o dudas con comodidad. Los testimonios de las participantes dan cuenta de una comunicación poco personalizada, mínimo intercambio de información y explicaciones entre el equipo de salud y la interesada. (*Ibidem: 24*)

La presencia de una actitud positiva frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, manifestada en la mayoría de las facultades de salud y mínimamente en aquellas otras facultades y carreras en las cuales no se avanzan o toman en cuenta este tipo de contenidos, es decir enfermedades que aquejan a las mujeres, como es la enfermedad mencionada, lo cual da a entender que al ser un problema que se presenta solo en las mujeres, los resultados no difieren al cambiar de facultad, sino que mantienen cierta constancia en todas las facultades. Es decir enfermedades que aquejan a las mujeres, como es la enfermedad mencionada, por lo que se refiere que al ser un problema que se presenta solo en las mujeres, los resultados no difieren al cambiar de facultad, sino que mantienen cierta constancia en todas las facultades. A su vez, contrarrestando estos datos con la incidencia que tiene la enfermedad en nuestro medio, se puede inferir, que a pesar de que las mujeres tengan una apertura

positiva frente a la enfermedad, puede que al momento de realmente ejecutar acciones de prevención y detección de la enfermedad, intervengan en ellas situaciones más del orden cultural, social propios del medio en el cual se ha realizado el estudio.

5.5. ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

Para dar cumplimiento al objetivo general de la investigación que dice:

“Determinar la actitud que presentan las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en la ciudad de Tarija”, se presenta la siguiente información:

**CUADRO N° 5
COMPONENTES DE LA ACTITUD
(Valoración General)**

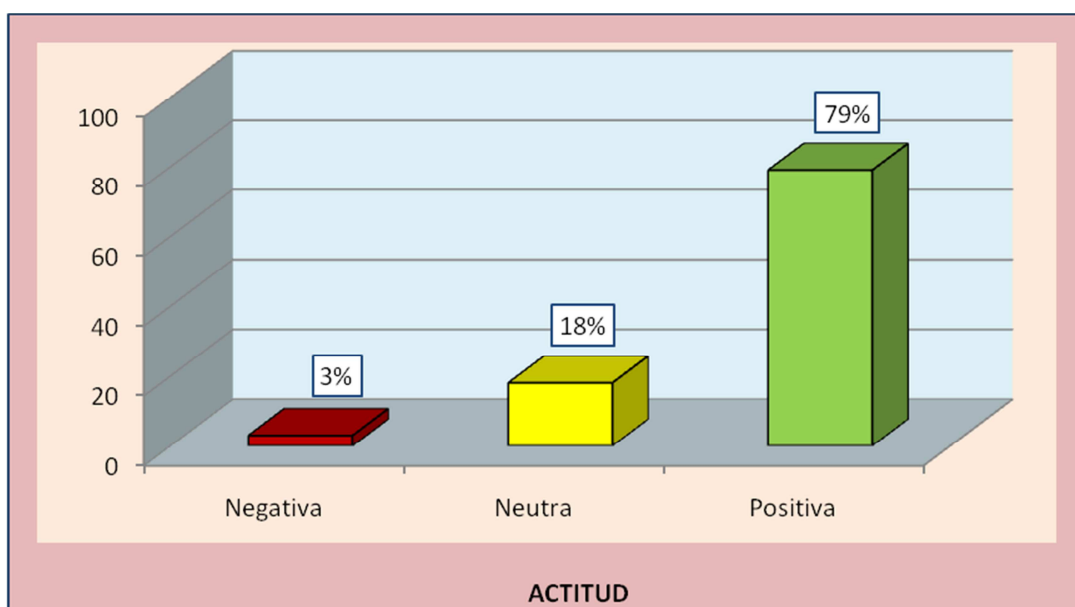
Comp. Afectivo	Componente Conductual	Componente Cognitivo						Total	
		Insuficiente		Intermedio		Suficiente			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Rechazo	Pasivo	6	50%	2	17%	--	--	8	67%
	Neutro	1	8%	3	25%	--	--	4	33%
	Activo	--	--	--	--	--	--	--	--
	Total	7	58%	5	42%	--	--	12	100%
Indiferencia	Pasivo	1	1%	3	5%	1	1%	5	7%
	Neutro	2	3%	26	38%	3	4%	31	46%
	Activo	1	1%	21	31%	10	15%	32	47%
	Total	4	6%	50	74%	14	21%	68	100%
Aceptación	Pasivo	--	--	1	0,3%	--	--	1	0,3%
	Neutro	--	--	14	4%	30	9%	44	13%
	Activo	4	1	70	20%	224	65%	298	87%
	Total	4	1	85	25%	254	74%	343	100%

Fuente.- Elaboración: Propia

Al relacionar los tres componentes de la actitud, se puede observar en los datos obtenidos que existe relación entre los tres componentes, es decir tanto conocimientos, sentimientos como conductas tienden a moverse en una proporción igual, es decir, a la presencia de un componente cognitivo insuficiente, también se presenta un componente afectivo de rechazo y una predisposición comportamental pasiva (**50%**). Por otra parte, ante la presencia de un componente cognitivo intermedio, se presenta a su vez sentimientos de indiferencia y una predisposición comportamental neutra (**38%**) y finalmente el componente conductual activo está expresado por conocimientos suficientes y por una carga emocional de aceptación a la enfermedad de cáncer de cuello uterino en las mujeres.

En síntesis, se manifiesta una coherencia interna de la actitud, pues los conocimientos suficientes van acompañados de una carga afectiva de aceptación y de una predisposición comportamental a la actividad en la actitud frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino.

GRÁFICO N° 4
ACTITUD
(Valoración General)



Fuente.- Elaboración propia

Si todo comportamiento es una respuesta a una situación estimular, la actitud no es el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar el paso de la situación estimular a la respuesta. No es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro. (Rodríguez, A., 1986: 337)

Los tres componentes de la actitud interactúan entre sí, el componente afectivo es el que tiene un valor muy importante ya que puede existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo. (Ibiden: 337)

La actitud del individuo está determinada fundamentalmente por el sentimiento a favor o en contra, de ese objeto social, es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. (Ibiden: 337)

En este sentido, al promediar los tres componentes se tiene un **79%** de estudiantes que manifiestan una *actitud positiva* frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, lo cual denota que éstas son receptivas, consecuentes con lo que conocen, sienten y predisuestas a realizar una determinada acción para evitar o prevenir la enfermedad del cáncer de cuello uterino.

Un porcentaje bajo, representado por el **18%** manifiestan una *actitud neutra* lo cual indica que no toman una decisión o predisposición a actuar, como así también en sus conocimientos y afectos suelen ser indiferentes, les da igual que exista o no esta enfermedad mortal, continúan con sus vidas, sin hacer cambios o modificaciones de sus rutinas, actividades, etc.

Finalmente sólo un **3%**, de las estudiantes universitarias manifiestan una *actitud negativa* frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, es decir que no piensan, sienten y menos van a hacer algo al respecto para prevenirla, por cuidarse, porque posiblemente consideran que la misma se puede dar en otras personas y definitivamente nunca se presentaría en ellas mismas.

A pesar de la presencia de todos estos datos, es llamativo la incidencia que tiene la enfermedad a nivel nacional en todas las mujeres, pues es una de las primeras causas de muerte de la población femenina, lo cual sería contraproducente con la información que se ha obtenido, pues al existir una actitud positiva frente al enfermedad, las estadísticas también deberían reflejar una reducción en los porcentajes de afectadas.

A su vez, la misma teoría indica que si bien las actitudes son relativamente estables, están sujetas a posibles cambios, a pesar de mostrar un coherencia interna entre sus componentes, a la hora de ejecutar la acción, puede que pesen otras variables y que se haga o realice otra acción diferente a la esperada, lo cual puede ser una respuesta a los altos índices de víctimas con la enfermedad de cáncer de cuello uterino, que en vez de disminuir crece en el transcurso del tiempo. Situación que puede estar influenciada por la condición económica, la vergüenza en la atención, la no aprobación y apoyo de la pareja ante la revisión médica, el miedo a conocer un resultado positivo, etc.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES.

Las actitudes se definen como predisposiciones para evaluar objetos de manera positiva o negativa, presentándose como punto intermedio entre un estímulo y la generación de una respuesta. En este sentido y de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se presentan las siguientes conclusiones:

- El *componente cognitivo* se refiere a las percepciones y creencias de un objeto dadas por la información que tenemos del mismo, así se puede aseverar que las estudiantes universitarias frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino presentan un conocimiento *suficiente*, es decir que conocen sobre la incidencia que tiene la enfermedad, su diagnóstico, la manera cómo se realizan los exámenes, quienes lo realizan, los síntomas que tiene la enfermedad, los factores de riesgo, la posibilidad de mortalidad y los lugares dónde acudir para efectuar las consultas repetitivas.
- El *componente afectivo* se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto específico, éste tiene un valor muy importante por sí solo ya que pueden existir actitudes sin cogniciones, pero no pueden haber actitudes sin componente afectivo. Las estudiantes universitarias manifiestan sentimientos de *aceptación* frente a la enfermedad, manifiestan preocupación frente al cáncer de cuello uterino, miedo, temor, es decir sienten la presencia de la enfermedad no la ignoran o rechazan. Por otra parte también manifiestan sentimientos de seguridad, tranquilidad y satisfacción ante el hecho de hacerse los exámenes, de asistir a un centro especializado y de preocupación ante los efectos del cáncer como baja autoestima, ansiedad, depresión y miedo.
- El *componente conductual* se caracteriza por la predisposición a comportarse de una determinada forma, tomando en cuenta las creencias opiniones, y sentimientos. Así las estudiantes universitarias presentan una predisposición

comportamental **activa** frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, es decir que manifiestan la tendencia a emitir conductas positivas en cuanto a lograr un diagnóstico de la enfermedad, realizarse exámenes, controles médicos, protegerse para no contraer la enfermedad. Así también las estudiantes tienen una inclinación a buscar soluciones y ayuda para contrarrestar la enfermedad.

- En las estudiantes de todas las facultades de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” predomina una **actitud positiva** frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, evidenciándose en todos los grupos la existencia de conocimientos, afectos y conductas tendientes a lograr un enfrentamiento positivo, de solución, diagnóstico, etc., frente a la enfermedad. Actitud que manifiesta una congruencia entre sus componentes, aunque a menudo se verifican incongruencias entre las actitudes y las conductas emitidas por las personas.
- En cuanto a la hipótesis planteada en la presente investigación que indica: **“Las estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” presentan una actitud negativa frente a la enfermedad del cáncer de cuello uterino, caracterizada por un conocimiento insuficiente, sentimientos de rechazo y una predisposición comportamental pasiva”**, se concluye que la misma se RECHAZA, puesto que las universitarias presentan una actitud positiva frente a la enfermedad de cáncer de cuello uterino, que se encuentra caracterizada por conocimientos suficientes, sentimientos de aceptación y una tendencia comportamental activa frente a la enfermedad, por lo que se debe aseverar que tienden a conocer, sentir y actuar frente a esta enfermedad, que ataca exclusivamente a las mujeres.

6.2. RECOMENDACIONES.

Resulta pertinente destacar, que es fundamental crear conciencia y educar a la población de todos los estratos sociales, de manera que asuman una conducta responsable frente a las infecciones de transmisión sexual, en particular a la

enfermedad del cáncer de cuello uterino, para ello se presenta a continuación una serie de recomendaciones a:

Futuras Investigaciones:

- Se recomienda que puedan abordar otros elementos importantes para el análisis de la actitud como la edad de las mujeres, número de hijos, apoyo o no de la pareja, comunicación con la familia sobre estos temas, rol de la mujer.

Centros de Salud o Instituciones de Salud:

- Que puedan brindar espacios de capacitación e información a toda la población, no dejando la responsabilidad sólo a los medios de comunicación.

Universitarias:

- En nuestra sociedad se tiene la información básica de cuáles son las consecuencias y cómo se contrae el cáncer de cuello uterino; sin embargo, este conocimiento no alcanza para frenar el avance de la enfermedad, ya que las mujeres y varones siguen manteniendo conductas riesgosas.

Es necesario que las universitarias se vean interesadas por profundizar el conocimiento sobre esta temática de la enfermedad del cáncer de cuello uterino; como ser los métodos de prevención, las consecuencias y riesgos que puede ocasionar la enfermedad si no es tratada a tiempo; es importante que aprendan y reflexionen acerca de su responsabilidad y los peligros que traen las conductas de alto riesgo.

Para evitar estos peligros se debe retrasar la iniciación sexual, evitar las drogas, el alcohol porque al estar bajo los efectos de los mismos se adoptan conductas de alto riesgo como tener relaciones sexuales sin protección.

Docentes y profesores de secundaria:

- No sólo se deberá brindar información sino que se debe intensificar la comunicación y difusión sobre la enfermedad, para que cada vez haya más información adecuada, disponible y accesible para las universitarias.
- Debe fomentarse más el abordaje de temas relacionados a la sexualidad, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades.

Padres de familia:

- Todos deben contribuir a la prevención de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, sigue haciendo falta que todos y todas especialmente los padres de familia, inicien la comunicación con sus hijos acerca de la sexualidad. Educar sobre sexualidad es contribuir a que hijos e hijas aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir su sexualidad de forma satisfactoria.

Autoridades y medios de comunicación:

- A las autoridades, promover programas y planes de prevención sobre la enfermedad del cáncer de cuello uterino, en instituciones de salud sexual y reproductiva, en las Unidades Educativas de secundaria y en las Universidades estatales como también privadas.
- Que los medios de comunicación promuevan la sensibilidad y la difusión de conocimientos acerca de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, y por consiguiente, sean instrumento activo en la prevención de la enfermedad.