



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES DE 30 A 64 AÑOS INASISTENTES AL CONTROL DEL
PAPANICOLAOU. LA CONCEPCIÓN, COLTA, ENERO A JUNIO
2016”**

JOSE LUIS LUCERO TAPIA

**Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y
Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del
grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES DE 30 A 64 AÑOS INASISTENTES AL CONTROL DEL
PAPANICOLAOU. LA CONCEPCIÓN, COLTA, ENERO A JUNIO
2016”**

AUTOR: JOSE LUIS LUCERO TAPIA

TUTOR: CLARA MILAGRO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

**Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y
Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del
grado de:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Riobamba – Ecuador

Diciembre 2016

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS INASISTENTES AL CONTROL DEL PAPANICOLAOU. LA CONCEPCIÓN, COLTA, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad del Md. José Luis Lucero Tapia, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

MSc. Leonel Rodríguez Álvarez

PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Clara Milagros Sánchez Fernández

DIRECTORA DE TESIS

FIRMA

Dr. Reinerio Rubio Rojas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. José Agustín Álvarez Montero

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, José Luis Lucero Tapia, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA
No. CÉDULA

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

A mis hijos

Quienes se han convertido en mi motivación principal para llegar a realizarme profesionalmente.

A mi Esposa

Belén gracias por ser esa mujer que siempre tiene una sonrisa de aliento y cariño, por ese amor sincero, por ser la mujer ejemplo de superación, confianza y fidelidad.

José

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO por darme la oportunidad de estudiar esta linda especialidad.

A mi directora de tesis, Dra. Clara Milagros Sánchez Fernández por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí, que pueda terminar mis estudios con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo, otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga

José

INDICE

Contenido	Páginas
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	4
1.2 Justificación de la investigación.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	6
1.4 Hipótesis.....	7
CAPÍTULO II	
2 MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes del problema.....	8
2.2 Bases teóricas.....	15
2.2.1 <i>Cáncer Cervicouterino</i>	15
2.2.1.1 <i>Definición</i>	15
2.2.1.2 <i>Epidemiología</i>	16
2.2.1.3 <i>Etiología</i>	17
2.2.1.4 <i>Factores de riesgo</i>	17
2.2.1.5 <i>Fisiopatología</i>	18
2.2.1.6 <i>Estadificación del Cáncer Cervicouterino</i>	19
2.2.1.7 <i>Cuadro Clínico</i>	21
2.2.1.8 <i>Diagnóstico</i>	21
2.2.2 <i>Prevención del Cáncer Cervicouterino</i>	23
2.2.3 <i>Definición de condicionantes para la realización del Papanicolaou</i>	24
2.2.4 <i>Conocimiento</i>	25
2.2.5 <i>Estrategia de intervención educativa</i>	26
CAPÍTULO III	
3 METODOLOGÍA.....	31
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	31
3.2 Localización y temporalización.....	31
3.3 Población de estudio.....	31
3.4 Variables de estudio.....	31
3.4.1 <i>Identificación</i>	31
3.4.2 <i>Operacionalización</i>	32

3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	35
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>	35
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>	35
3.6	Procedimientos	36
3.7	Procesamiento y análisis de datos	37
3.8	Aspectos éticos	37
3.9	Diseño de estrategia	37
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
4.1	Resultados y Discusión	40
CAPÍTULO V		
5	ESTRATEGIA DE INTERVENCION	56
5.1	Estrategia de intervención educativa sobre prevención de cáncer cervicouterino en mujeres de 30-64 años inasistentes al Papanicolaou	56
5.2	Fundamentos	56
CONCLUSIONES		75
RECOMENDACIONES		76
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXO		

LISTA DE TABLAS	pág.
Tabla 1. Distribución de mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según variables sociodemográficas.....	41
Tabla 2. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según conocimiento general de cáncer cervicouterino.....	42
Tabla 3. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión concepto cáncer cervicouterino.....	42
Tabla 4. Mujeres de 30 a 64 años inasistente al papanicolaou según dimensión factores de riesgo del cáncer cervicouterino.....	44
Tabla 5. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión prevención del cáncer cervicouterino.....	45
Tabla 6. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión diagnóstico del cáncer cervicouterino.....	46
Tabla 7. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y conocimiento general sobre el cáncer cervicouterino.....	47
Tabla 8. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión concepto de cáncer cervicouterino.....	49
Tabla 9. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión factores de riesgo del cáncer cervicouterino.....	51
Tabla 10. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión prevención del cáncer cervicouterino.....	53
Tabla 11. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión diagnóstico del cáncer cervicouterino.....	55

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou. Se realizó un estudio descriptivo - correlacional, transversal en el barrio La Concepción, Colta, en el período enero a junio de 2016. Se obtuvieron los datos a través de una entrevista, un cuestionario validado por un grupo de expertos, el universo estuvo conformado por 69 mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou, los resultados fueron analizados con SPSS v.23, para la correlación se utilizó la prueba del chi-cuadrado. El nivel de significación utilizado fue del 5% ($P < 0,05$), como resultados el grupo de edad predominante fue de 35 a 39 años con un 24,64%, el nivel de instrucción primario con un 65,22%, estado civil casadas con un 75,36 %, autoidentificación indígena con un 63,77%. El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino fue no satisfactorio en el 72,46% de mujeres. El conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino estuvo correlacionado con la variable nivel de instrucción ($P = 0,002$) no comportándose así en el resto de las variables, el conocimiento sobre diagnóstico de cáncer cervicouterino tuvo una relación significativa con la variable edad ($P = 0,025$) y nivel de instrucción ($P = 0,016$), se diseñó una estrategia de intervención educativa partiendo del diagnóstico realizado. Concluyendo que el conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino es no satisfactorio, la estrategia que se propone es oportuna y necesaria. Se recomienda instrumentar la estrategia diseñada en todos los Centros de salud.

PALABRAS CLAVES: <TECNOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <CÁNCER CERVICOUTERINO>, <FACTORES DE RIESGO>, <CONOCIMIENTO>, <DIAGNOSTICO>, <PREVENCIÓN>

ABSTRACT

The objective of this investigation is to design an educational intervention strategy about cervical cancer prevention in women between 30 and 64 years of age who haven't previously assisted to a papnicolaou control. A descriptive was performed – correlational and transversal in the neighborhood La Concepción, Colta, between January and June of 2016. The data was obtained through an interview, a questionnaire which was validated by a group of experts. The population was composed by 69 Women between the ages of 30 to 64 who previously had not attended a pap control. The results were analyzed with SSPSV. 23. For the correlation we used a chi-square test with a level of significance of 5% ($P < 0.05$). As a results, 24,64 % of predominating age group were women between the ages of 35 and 39, 65.22 % with a primary education level, 75.36 % of marital status married, and 63.77 % auto identified as indigenous. The knowledge about cervical cancer prevention was correlated with the education instruction variable ($P=0.002$), not behaving like this with the rest of the variables. Knowledge about cervical cancer prevention had a significant relationship with the 'age' variable ($P=0,025$) and education level ($P=0,016$). An educational intervention strategy was designed from the outset of the performed diagnosis. Concluding that knowledge about cervical cancer prevention is not satisfactory, the strategy proposed is timely and necessary. It is recommended to implement the designed strategy in all health centers.

Keywords. <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>
<CERVICAL CANCER>, <RISK FACTORS>, <KNOWLEDGE>, <DIAGNOSIS>,
<PREVENTION>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por esa causa y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo, América del Sur tiene una de las tasas de incidencia (30,9 x 100 000 mujeres) y mortalidad (11,97 x 100 000 mujeres) de cáncer de cérvix más altas del mundo y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa (OMS, 2012)

En el Ecuador se ha incrementado la mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, 664 mujeres fallecieron como consecuencia de cáncer de cuello del útero en el año 2012, el 96,1% de los diagnósticos ocurre después de los 30 años de edad. (INEN, 2012)

En la provincia de Chimborazo la incidencia de cáncer cervicouterino es de 18 por cada 100. 000 mujeres, proceden principalmente de los cantones de Riobamba, Guano, Colta y Pallatanga. (SOLCA, 2014)

Una publicación realizada en la ciudad de Loja, por diario el Mercurio señala que las mujeres no se realizan el papanicolaou por algunos factores: no tienen acceso a los servicios de salud, el que realiza el examen es del sexo masculino, tuvieron mala atención al momento del examen, no han sido informadas acerca de sus beneficios, la educación y la formación que han recibido no les permite sobrepasar la importancia de esta prueba; así mismo influyen aspectos culturales como la opinión o reacción de su pareja. (Diario el Mercurio, 2012).

Otros factores de riesgo que deben coincidir con el VPH son el nivel socioeconómico bajo, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales, la edad temprana del primer embarazo, tener tres o más partos, el uso de anticonceptivos hormonales, el tabaquismo y el virus de la inmunodeficiencia humana.

En el cantón Colta las mujeres de 30 a 64 años no acuden a realizarse esta prueba, durante el 2014 hubo una cobertura del 16 %.(ASIS, 2014). En el barrio La Concepción de la parroquia Sicalpa del Cantón Colta se identificó que 69 mujeres no acudieron a realizarse la prueba del papanicolaou, se considera como posible causa el desconocimiento sobre detección oportuna y prevención cáncer cervicouterino, la deficiente información sobre prevención de cáncer cervicouterino que reciben las mujeres por parte de los profesionales de la salud.

Este tipo de cáncer puede diagnosticar de manera oportuna a través del papanicolaou, una prueba sencilla y de bajo costo que identifica los cambios celulares a nivel del cérvix, se hace imprescindible realizar acciones para incrementar la cobertura de esta prueba diagnóstica en la población de mujeres de 30 a 64 años del cantón Colta.

1.1 Planteamiento del problema.

Cada año, aproximadamente 9 millones de personas en el mundo padecen cáncer y 5 millones mueren por su causa. Se estima que, actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas con cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por la misma y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo.

América del Sur tiene una de las tasas de incidencia (30,9 x 100 000 mujeres) y mortalidad (11,97 x 100 000 mujeres) de cáncer de cérvix más altas del mundo. (OMS, 2012) y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa.

En Ecuador el cáncer de cérvix, ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama, sobre todo en las mujeres en edad fértil. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), reporta que cada año se presentan alrededor de 1.200 nuevos casos, la tasa de incidencia es de 17 por cada 100 mil mujeres. (SOLCA, 2013)

En la provincia de Chimborazo la incidencia de cáncer cervicouterino es del 18 por cada 100. 000 mujeres, cuyas pacientes proceden principalmente de los cantones de Riobamba, Guano, Colta y Pallatanga. (SOLCA, 2014)

Durante el periodo 2014 se evidenció la falta de concurrencia al centro de salud anidado en Colta de las mujeres en edades comprendidas de 30 a 64 años para la realización del Papanicolaou alcanzando una cobertura del 16 %, de tal manera que dentro de los datos publicados en el ASIS 2014 la cobertura de Papanicolaou fue insuficiente.

En el proceso de dispensarización realizado en el 2014 se consideró que entre las principales causas de no realización del papanicolaou estaba el deficiente conocimiento sobre prevención, diagnóstico precoz y factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino y las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, autoidentificación en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016. ?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016. ?

1.2 Justificación de la investigación

El carcinoma cervical invasivo es una enfermedad prevenible que afecta con mayor frecuencia a los países en desarrollo 83.1% de casos y 85.5% de muertes, Según SOLCA Quito (2012). En Ecuador durante el año 2012, 664 mujeres murieron por cáncer cervicouterino y la incidencia estimada en Ecuador para 2013 fue de 15,8 casos por cada 100 mil habitantes. (SOLCA, 2012)

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por esa causa y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo, América del Sur tiene una de las tasas de incidencia (30,9 x 100 000 mujeres) y mortalidad (11,97 x 100 000 mujeres) de cáncer de cérvix más altas del mundo y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa. (OMS, 2012)

Durante el periodo 2014 se evidenció la falta de concurrencia al centro de salud anidado de Colta de las mujeres en edades comprendidas de 30 a 64 años para la realización del papanicolaou, alcanzando una cobertura del 16 %, según datos publicados en el ASIS 2014, esta situación unida al incremento del número de mujeres afectadas por el cáncer de cervicouterino; justifican la realización de esta investigación. Sobre la base de las insuficiencias encontradas y el conocimiento de que este tipo de cáncer se puede diagnosticar de manera precoz a través del papanicolaou que es una prueba sencilla y de bajo costo, se hace imprescindible diseñar una estrategia de intervención educativa, encaminada a elevar el conocimiento sobre diagnóstico, prevención y factores de riesgo del cáncer cervicouterino que contribuya a largo plazo a incrementar la cobertura de esta prueba diagnóstica en la población de féminas de 30 a 64 años del cantón Colta.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas.
- Determinar el conocimiento sobre prevención cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años.
- Identificar la posible relación entre el conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino y las variables seleccionadas.
- Diseñar estrategia de intervención educativa sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

1.4 Hipótesis de investigación

Existe relación entre el conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino y las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, auto identificación en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del problema:

Hoy en día, se utiliza el término de Cáncer, para designar a los tumores malignos, los cuales están compuestos por células neoplásicas proliferantes y por un estroma de sostén, conformado por tejido conjuntivo y vasos sanguíneos.

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, 231.000 mujeres mueren por esa causa y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo, América del Sur tiene una de las tasas de incidencia (30,9 x 100 000 mujeres) y mortalidad (11,97 x 100 000 mujeres) de cáncer de cérvix más altas del mundo y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa. (OMS, 2012)

En Ecuador, durante el año 2012, 664 mujeres murieron por cáncer de cuello del útero y la incidencia estimada para 2013 fue de 15,8 casos por cada 100 mil habitantes. (MSP, 2014)

López, et al. (2013), llevaron a cabo una investigación titulada “*Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia*”, el objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia, el estudio realizado fue de corte transversal, con muestreo por conveniencia, se entrevistaron en total 100 mujeres. Se concluyó que la edad media fue de 27,22 años, el 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, el 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. (López, 2013)

Figuroa, (2011) realizó una investigación sobre: “*Conocimientos, actitudes y prácticas de citología cervicouterina en mujeres mayores de 15 años, en el barrio Las Flores, distrito de Barranquilla - Universidad Nacional de Colombia*”, el estudio se clasificó

como descriptivo, se determinó el conocimiento, aptitudes y practicas sobre citología vaginal, concluyó que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento adecuado sobre citología cervicouterina. (Figueroa, 2011)

Alfaro, (2013) realizó en Trujillo-Perú un estudio titulado: “*Efectividad de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al centro de salud*”, con el objetivo de determinar el impacto del programa aplicado, diseñado para elevar el conocimiento sobre prevención de este tipo de cáncer. El estudio fue clasificado como cuantitativo, de diseño cuasi experimental, pretest, postest, la población estuvo constituida por 52 mujeres y el instrumento utilizado fue un cuestionario, llegando a la siguiente conclusión: el programa educativo fue efectivo, porque los resultados demuestran la mejora del conocimiento. En el postest se incrementó del conocimiento, bueno al 57,7% de 13,5% en el pretest, con significancia estadística $P < 0.05$. (Alfaro, 2013)

Solano, (2013) realizó un estudio sobre el “*Nivel de conocimientos y actitudes en relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino. Alto Trujillo*”, la investigación, fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, se realizó en las mujeres del Centro Poblado Alto Trujillo, El Porvenir, durante los meses de Marzo 2013 – Febrero 2014, con la finalidad de indagar los factores que influyen en la práctica de prevención contra el cáncer de cuello uterino. La muestra estuvo constituida por 385 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión mencionados en la investigación. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$, llegando a las siguientes conclusiones: el 48,8%, presentó nivel de conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino, 61,6 % una actitud favorable de prevención del cáncer de cuello uterino y el 42,9%, obtuvo prácticas de prevención regulares sobre cáncer de cuello uterino. El nivel de conocimientos y las actitudes se relacionan de manera significativa con la práctica de prevención del cáncer de cuello uterino, siendo la significancia estadística de $P = 0.0268$ y 0.0346 respectivamente. (Solano, 2013)

Paredes, (2010) realizó un estudio con el título: “*Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN*”, el objetivo de la investigación fue evaluar el efecto de la

intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM). El estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 60 mujeres universitarias del primer ciclo y 60 controles. En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, el 90% obtuvo resultados no satisfactorios en el pretest y en el postest solo 28.33% mostró resultados no satisfactorio, mostrando la importancia que revisten este tipo de estudio, cuando se provee de conocimientos a la población, es posible que se incremente la percepción del riesgo de enfermar de esta patología y adopten actitudes favorables hacia la prevención. (Paredes, 2010)

Cartaya, (2008) realizó un estudio, sobre *“Factores de riesgo del cáncer cervicouterino”*, con el objetivo contribuir a modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino, el estudio se clasificó de intervención educativa en mujeres pertenecientes al Policlínico Docente Universitario Ignacio Agramonte, en la provincia de Camaguey, en el año 2008. El universo de estudio quedó constituido por ciento noventa y siete mujeres, aplicando un muestreo probabilístico de cincuenta y cinco pacientes, se les aplicó un cuestionario inicial en relación al conocimiento del inicio de las relaciones sexuales, los factores de riesgos y la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica. Posteriormente se aplicó un Programa Educativo sobre los aspectos considerados de interés y un mes después se aplicó el mismo cuestionario. Los resultados mostraron antes de la intervención educativa el 83,6% inició las relaciones sexuales antes de los 16 años, la alta incidencia de las infecciones de transmisión sexual con un 81.8% y múltiples compañeros sexuales en un 74.5%, se observó que el 63.6% fue capaz de identificar que se realizaba cada 3 años y el 14.5% cada seis meses, concluyendo que predominó el inicio de las relaciones antes de los 16 años, el desconocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y de la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica, después de haber terminado el programa educativo, todas las mujeres tenían conocimientos sobre el tema abordado. Considerando los resultados del estudio, se reafirma la necesidad de que la población femenina conozca sobre el cáncer cervicouterino, sus factores de riesgo y que puede ser prevenible, con el control de los mismo y la realización del Papanicolaou según lo establecido en el programa. (Cartaya, 2008)

Tirado, (2005) en su estudio sobre “*Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas*”, encontró que la presencia de VPH-AR incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar cáncer cervicouterino invasor; cuando el VPH es tipo 16, el incremento es mayor ($RM=429.7$) comparado con otros tipos ($RM=64.1$). Se observó una tendencia importante en la RM al elevarse la carga viral ($RM=46.6$ carga baja; $RM=250.7$ intermedia y $RM=612.9$ alta). Finalmente, los factores demográficos y obstétricos conocidos, incrementaron la probabilidad de cáncer cervicouterino invasor. No se observó asociación entre cáncer cervicouterino invasor y tabaquismo en la población de estudio. Concluyendo que el estudio contribuye a la identificación de las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino invasor, entre las pacientes infectadas con VPH-AR. Por otra parte, confirma la importancia de la infección de VPH-AR y refleja la carga viral del VPH-AR como cofactor y posible promotor en el desarrollo de la enfermedad. Por último, este biomarcador puede contribuir a mejorar la prevención y la detección temprana de esta enfermedad. En este estudio se ratifica al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer cervicouterino, coincidiendo con lo revisado en la literatura, demostrando que es un cáncer prevenible y la necesidad de controlar los factores de riesgo del mismo y la aplicación de la vacuna del HPV. (Tirado, 2005)

Castañeda, (1995) realizó un estudio de casos y controles en usuarias del “*Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino en Zacatecas*”, los casos fueron todas aquellas pacientes con diagnóstico corroborado por histopatología de displasia severa, cáncer *in situ* e invasor (251 en total), referidas a la Clínica de Displasias (dependiente del mismo programa), durante el bienio 1993-1995. Los controles se seleccionaron aleatoriamente de entre la población con citología exfoliativa negativa y que eran usuaria de dicho programa. Se seleccionó un control por caso, y se le pareó por edad y por la fecha en que se realizó la citología del caso. Mostrando como resultado que el riesgo de neoplasia cervical aumentó con el número de gestaciones ($RM\ 5.2$, $IC95\% 2.6-10.5$) para aquellas mujeres con más de 12 gestaciones en relación con las que tenían menos de tres. Por otra parte, el riesgo de neoplasia cervical se incrementa en la medida en que aumentan los partos. Así, las mujeres que tuvieron 12 o más partos corren un riesgo cinco veces superior que aquellas que dieron a luz menos de tres veces ($RM\ 5.1$, $IC95\% 2.4-11.0$). El inicio de las relaciones sexuales en edad temprana está asociado al riesgo de neoplasia cervical; así, las mujeres que postergaron el inicio de sus relaciones sexuales hasta

después de los 19 años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15 años. El uso de anticonceptivos hormonales aumentó el riesgo de cáncer cervical en relación con las mujeres que utilizaron anticonceptivos no hormonales (RM 1.9, IC 95% 1.3-3.4). Concluyendo que el estudio de factores de riesgo para neoplasia cervical en la población usuaria del programa de prevención y control mostró que las mujeres con alta paridad, con inicio precoz de relaciones sexuales y las que consumen anticonceptivos de tipo hormonal constituyen una subpoblación con mayor riesgo de padecer neoplasia cervical. En el estudio al igual que los anteriores pone de manifiesto la importancia del control de los factores de riesgo en la prevención del cáncer cervicouterino. (Castañeda, 1995)

García, (2009), realizó una investigación descriptiva con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en los adolescentes de la ESBU Manuel Sanguily, del municipio Matanzas, en el período comprendido entre febrero y noviembre de 2009. El universo estuvo integrado por los alumnos de noveno grado, y para la selección de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerados monoetápico. Se aplicó un cuestionario, cuyos resultados relevantes indicaron que los varones iniciaron sus primeras relaciones sexuales a los 13 años y las hembras a las edades de 13 y 14 años, representado un 57,1 % y 50 %, respectivamente. Solo el 12,7 % de los adolescentes identificó al virus del papiloma humano como factor de riesgo en la génesis del cáncer cervicouterino. El bajo nivel de conocimientos para la prevención de este tipo de cáncer predominó en el 92,7 % de la muestra. Se concluye que en el grupo de adolescentes estudiados, lo más frecuente fue el inicio temprano de las relaciones sexuales, tanto para varones como para hembras, aunque estas últimas representaron solo el 10 %. Se identificó desconocimiento sobre el virus del papiloma humano como agente causal de esta morbilidad, y pobre conocimiento sobre cómo prevenirlo. El estudio demuestra el desconocimiento que existe sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, lo que contribuye a la falta de percepción de riesgo de enfermar de esta patología y por consiguiente la alta incidencia de este tipo de cáncer. (García, 2005)

Urrutia, (2012) realizó un estudio sobre, conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cervicouterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas, con el objetivo de describir el grado de conocimiento que tienen este grupo de adolescentes en relación al CC, al VPH y su relación con las conductas preventivas. El

estudio se clasificó como analítico, con una muestra aleatoria de 226 adolescentes de tres colegios municipalizados de la Región Metropolitana, como resultado encontraron el 20% de la muestra desconoce la presencia de una vacuna contra el VPH. Las adolescentes señalan como factor de riesgo para desarrollar CC tener múltiples parejas sexuales (70,8%), VPH (78,3%) y la herencia (60,3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección es reconocida por 68,2% de la muestra. El 31,1% de las adolescentes sexualmente activas usa condón durante las relaciones sexuales. Aquellas adolescentes que usan condón señalan un conocimiento significativamente mejor solamente en lo que respecta al número de parejas sexuales y edad de inicio de las relaciones sexuales como factor de riesgo de CC. Concluyen que las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH; sin embargo, las conductas preventivas no se relacionan con dicho conocimiento. Estos resultados demuestran que existe un alto grado de conductas irresponsables en los adolescentes, que además del conocimiento, es necesario trabajar para lograr cambios importantes en la conducta. (Urrutia, 2012)

Medina, (2010), en su estudio sobre conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina, tuvo como objetivo describir las principales conductas de riesgo y el nivel de conocimientos sobre VPH en estudiantes universitarios. Se seleccionaron estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del nordeste durante 2010. Luego del consentimiento informado, se empleó un cuestionario anónimo sobre conductas sexuales de riesgo y conocimientos de VPH, se incluyeron 61 estudiantes; 47 (77%) mujeres y 14 (23%) hombres, la edad media 22 años. Se observó que 36 (59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente. En 41 (67%) se refirió haber tenido dos o más parejas sexuales. Se observó que 26 (43%) nunca o rara vez usaron preservativos. Del total 33 (54%) refirió sexo oral; 25 (41%) no consumió anticonceptivos orales. Consumo de alcohol se observó en 31 (51%). El conocimiento sobre VPH en el nivel académico básico fue 67% de insuficiente a bueno, y en el nivel académico clínico fue 61% de muy bueno a excelente. El desconocimiento mayor fue: 33 (54%) tipos de lesiones; 33 (54%) tratamiento; 32 (52%) factores de riesgo; 30 (49%) métodos preventivos. Como conclusiones, las principales conductas de riesgo para la infección por VPH en esta población fueron haber tenido dos o más parejas sexuales, sexo oral y consumo de alcohol. Se observó alto desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. (Medina, 2010)

Arellano, (2010) en su trabajo presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Ciencia Tecnología y Genero sobre el cáncer cervicouterino, el nivel de conocimiento, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México, refiere que en la actualidad, las investigaciones sobre el Cáncer cervicouterino están más orientadas a aspectos moleculares y epidemiológicos con el propósito de profundizar en el comportamiento del papilomavirus humano, microorganismo comprendido en la etiología del cáncer y los factores de riesgo. Este estudio ha arrojado inconsistencias en la asociación de los factores de riesgo que comparten la infección por el virus y cáncer cervicouterino. Se han establecido como factores de riesgo para el cáncer: el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, las infecciones genitales recurrentes, los anticonceptivos orales, el hábito de fumar y el estado nutricional. Para atender a tiempo los factores de riesgo antes referidos es importante ampliar en las mujeres el rango de edad a estudiar, de 18 a 29 años, para saber el nivel de conocimientos sobre el autocuidado de la salud y sus estrategias de prevención, con ello generar información que permita identificar los factores de riesgo a los que más se expone este grupo social. En esta ponencia damos cuenta en la introducción del ¿Por qué es importante el estudio del nivel de conocimiento que sobre el cáncer cervicouterino, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención que tienen las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México? En su apartado metodológico damos cuenta de ¿Cómo le hicimos para llevar a cabo el estudio? En los resultados exponemos ¿Cuál es el nivel de conocimiento que sobre el cáncer cervicouterino, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención que tienen las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México? Y finalmente, en las conclusiones reflexionamos entorno a los hallazgos y exponemos algunas estrategias que desde el ámbito de la comunicación se pueden llevar a cabo para incidir en la cultura de la salud de las jóvenes. Este estudio enfatiza la necesidad de comenzar estas estrategias de prevención en edades tempranas, pues cambiar aptitudes y practicas lleva tiempo, pues se puede tener el conocimiento y no actuar de acuerdo a ello no se puede quedar en informar solamente a edades más avanzadas hay que iniciar estas estrategias precozmente como se recoge en el estudio. (Arellano, 2010)

Ventura, (2015), en su estudio, estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes, plantea como objetivo explorar el impacto de un programa breve de

intervención sobre adolescentes, realizó una investigación descriptiva en estudiantes mujeres de séptimo y octavo grados (escuelas secundarias) con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del VPH y del cáncer cervicouterino en los adolescentes usando un muestreo probabilístico por conglomerados monoetápico. Se aplicó un cuestionario en la escuela, siendo muy pocas las adolescentes, identificó el VPH como factor de riesgo en la génesis del cáncer. El bajo nivel de conocimientos para la prevención de este cáncer predominó en la muestra inicial; sin embargo, fue significativa la modificación positiva del nivel de conocimiento y su mantenimiento en el tiempo. Se concluye que en el grupo de adolescentes estudiadas hay pobre conocimiento sobre el VPH como agente causal de esta morbilidad y que una estrategia educativa breve puede ser efectiva y suficiente si se da un refuerzo anual. El estudio es una muestra de la línea que hay que seguir en cuanto a la realización de estrategias que permitan informar sobre esta temida enfermedad y como prevenirla, la promoción y prevención dos pilares imprescindible para revertir la situación mundial de alta incidencia del cáncer cervicouterino y el trabajo en este sentido debe comenzar desde la adolescencia, el inicio de relaciones sexuales a edades temprana propicia la exposición a los factores de riesgo, no tienen percepción del riesgo de enfermar, pues carecen de los conocimientos necesarios. El estudio hace énfasis en la estrategia de intervención, coincidiendo con el estudio que se propone.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Cáncer De Cuello Uterino

2.2.1.1 Definición

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor es decir cuando la lesión traspasa la membrana basal. (Miranda, 1999)

Para Manuel, G (2009). El cáncer del cuello uterino es una afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos; comienza en las células de la superficie del

cuello uterino. Existen dos tipos de células en dicha superficie: escamosas y columnares. Generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. Estas células atraviesan cambios conocidos como displasia, en los cuales las células que no son normales empiezan a aparecer en el tejido del cuello uterino. Estas células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse más profundamente en el mismo cuello uterino y las áreas circundantes. (Manuel, 2009)

Para Harrison (2012). La célula es la unidad básica estructural y funcional de todos los seres vivos, que posee características comunes. Las células cancerosas no están sujetas a las restricciones usuales impuestas por el huésped con respecto a la proliferación celular, sin embargo esta proliferación no siempre indica la presencia de cáncer, el crecimiento celular anormal puede ser no neoplásico y neoplásico. (Harrison, 2012, p. 349)

2.2.1.2 Epidemiología

Según Jiménez (2010) nos dice:

El carcinoma cervical invasivo es una enfermedad prevenible que afecta con mayor frecuencia a los países en desarrollo 83.1% de casos y 85.5% de muertes. El grado de lesión de una citología de base está asociado con el riesgo de desarrollar posteriormente esta enfermedad. El virus de Herpes simple tipo 2 y otros agentes infecciosos han sido estudiados como posibles causas de esta enfermedad pero solo algunos virus del papiloma humano han mostrado cumplir los criterios de causalidad, algunas características clínicas pueden afectar la supervivencia de las mujeres que padecen esta enfermedad". (Jiménez, 2010)

Capote, (2013) relata en su estudio: *aspectos básicamente descriptivos de la epidemiología del cáncer de Cuello Uterino en América-Latina*, observándose, que aunque ha habido una disminución de las tasas de incidencia y mortalidad en el periodo 2.000 - 2.012 en la mayoría de los países, aunque esto no ha ocurrido en la misma proporción y en muchos se mantienen cifras de incidencia y mortalidad que se ubican entre las más altas del mundo como se indica en esta revisión. Al analizar los datos del período comprendido entre el 2.000 y el 2.012 para Latinoamérica y el Caribe, obtenidos de los informes de Globocan, se observan diferencias en las tasas estandarizadas x 100.000 mujeres de hasta cinco veces en la incidencia (Puerto Rico 9,73 vs Bolivia 50,73)

y de casi siete veces en la mortalidad (Puerto Rico 3,3 vs Nicaragua 21,67). (Globocan, Sección de resumen, párr. 1)

Según SOLCA Quito (2012). En Ecuador durante el año 2012, 664 mujeres murieron por cáncer de cuello del útero y la incidencia estimada en Ecuador para 2013 será de 15,8 casos por cada 100 mil habitantes. (SOLCA, 2012)

2.2.1.3 Etiología

Según Hoffman (2009). La etapa de este tumor se establece con datos clínicos y es el indicador más importante de la supervivencia del ser humano a largo plazo. Además de los riesgos demográficos, los riesgos de comportamiento también se vinculan con la neoplasia cervicouterina maligna. La mayor parte de los cánceres cervicouterinos se originan de células infectadas con el virus de papiloma humano, que se transmite por contacto sexual. El primer coito a edad temprana, las múltiples parejas sexuales y la paridad elevada, infecciones persistentes y no tratadas se relaciona con incidencia mayor de esta neoplasia. Además, las fumadoras tienen mayor riesgo, aunque no se conoce el mecanismo subyacente de éste. El mayor riesgo para el cáncer cervicouterino es la falta de detección regular con frotis de Papanicolaou y todos estos aspectos influyen de manera directa en la etiología de este tipo de cáncer. (Hoffman, 2009, p. 64)

2.2.1.4 Factores de riesgo

Según Rosell, (2007). Se considera como factores de riesgo, a las características o exposición de una persona, asociados a la probabilidad de aparición de un proceso patológico; en este caso de cáncer uterino, los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, entre los que se incluyen:

- Múltiples compañeros sexuales
- Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasados
- Edad temprana en la primera relación sexual
- En la mayoría las adolescentes son madres en un gran porcentaje
- Elevado número de partos

- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18)
 - Uso de anticonceptivos orales
- (Rosell, 2007, p. 18)

La infección genital con el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente en el mundo. Asimismo, es el factor de riesgo más importante para desarrollar lesiones pre neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. La mayoría de los casos de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras se relacionan con la infección por serotipos de alto riesgo del VPH, sobre todo el VPH-16 y el VPH-18. Se trata de un virus de transmisión sexual, y de ahí que la enfermedad sea más frecuente en mujeres que tuvieron múltiples parejas sexuales o que empezaron a tener relaciones sexuales precozmente. También explica que sea más frecuente en sujetos inmunodeprimidos, como las mujeres con SIDA. (Kumar, et al. 2009).

2.2.1.5 Fisiopatología

La anatomía del aparato reproductor femenino incluye el útero, los ovarios, las trompas de Falopio, el cuello uterino y la vagina. El útero tiene una capa muscular externa que se llama miometrio y un revestimiento interno que se llama endometrio. (Garnert, 1986, p.)

El cáncer de cuello uterino comienza en el cuello uterino, que es la parte más baja y angosta del útero de la mujer, conecta la parte inferior del útero a la vagina y, junto con ésta, forma el canal de parto. (Botella, 2006, p.32)

Según Salinas, (2012) Este cáncer se origina cuando las células normales de la superficie del cuello uterino cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor. Un tumor puede ser benigno o maligno, lo que significa que puede diseminarse a otras partes del cuerpo, en etapa temprana, los cambios que experimenta una célula son anormales, no cancerosos, sin embargo, los investigadores creen que algunos de estos cambios anormales son el primer paso en una serie de cambios progresivos que pueden llevar al cáncer, algunas de las células anormales desaparecen sin tratamiento, pero otras pueden transformarse en cancerosas. Esta fase de la enfermedad se denomina displasia. (Salinas, 2012).

Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino, que llevan el nombre del tipo de célula donde comenzó el cáncer: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El carcinoma de células escamosas comienza en las células delgadas y planas que revisten el cuello uterino, y el adenocarcinoma comienza en las células del cuello del útero que elaboran moco y otros líquidos. (Torres, 2004)

2.2.1.6 Estadificación del cáncer cervicouterino

De acuerdo a datos del National Cancer Institute. (2009), los estadios del cáncer cervicouterino son:

Estadio 0 (carcinoma in situ)

En el estadio 0, se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino.

Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal. El estadio 0 también se llama carcinoma in situ.

Estadio I:

En el estadio I, el cáncer se formó y se encuentra solamente en el cuello uterino. El estadio I se divide en estadios IA y IB, según la cantidad de cáncer que se encuentre.

Estadio IA: se detecta una cantidad muy pequeña de cáncer en los tejidos del cuello uterino que sólo puede verse con un microscopio. El estadio IA se divide en estadios IA1 y IA2 de acuerdo con el tamaño del tumor.

En el estadio IA1, el cáncer está a no más de tres milímetros de profundidad y no mide más de siete milímetros de ancho.

En el estadio IA2, el cáncer está a más de tres milímetros de profundidad, pero no más de cinco milímetros de profundidad, y no mide más de siete milímetros de ancho.

Estadio IB: en el estadio IB, el cáncer sólo se puede ver con un microscopio y está a más de cinco milímetros de profundidad o mide más de siete milímetros de ancho, o se puede ver sin un microscopio.

El cáncer que se puede ver sin un microscopio se divide en los estadios IB1 y IB2, de acuerdo con el tamaño del tumor.

En el estadio IB1, el cáncer se puede ver sin un microscopio y no mide más de cuatro centímetros.

En el estadio IB2, el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide más de cuatro centímetros.

Estadio II

En el estadio II, el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis (tejidos que revisten la parte del cuerpo entre las caderas) o hasta el tercio inferior de la vagina. El estadio II se divide en estadios IIA y IIB, según la distancia a la que el cáncer se diseminó.

Estadio IIA: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no hasta los tejidos que rodean el útero.

Estadio IIB: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina y los tejidos que rodean el útero.

Estadio III

El cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, se puede haber diseminado hasta la pared de la pelvis o puede haber hecho que el riñón deje de funcionar.

El estadio III se divide en estadios IIIA y IIIB, según la distancia hasta la que el cáncer se diseminó.

Estadio IIIA: El cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, pero no hasta la pared de la pelvis.

Estadio IIIB: El cáncer se diseminó hasta la pared de la pelvis o el tumor se volvió lo suficientemente grande como para bloquear los uréteres, las células cancerosas también se podrían haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.

Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo.

El estadio IV se divide en estadios IVA y IVB, según el lugar donde se encuentre el cáncer.

Estadio IVA : El cáncer se diseminó hasta la vejiga o la pared del recto, y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.

Estadio IVB: El cáncer se diseminó más allá de la pelvis y los ganglios linfáticos de la pelvis hasta otros lugares en el cuerpo, como el abdomen, el hígado, el tracto intestinal o los pulmones.

(Instituto Nacional del Cáncer, 2011)

2.2.1.7 Cuadro Clínico

Según De la Fuente (2005). En su primera fase no presenta síntomas, cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el cérvix, los síntomas que se pueden presentar abarcan:

Secreción vaginal continua, que puede ser pálida, acuosa, rosada, marrón, sanguinolenta o de olor fétido.

Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.

Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual.

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado comprenden:

Pérdida del apetito

Pérdida de peso

Fatiga

Dolor pélvico

Dolor de espalda

Dolor en las piernas

Inflamación en una sola pierna

Sangrado vaginal profuso

Fuga o filtración de orina o heces por la vagina

Fracturas ósea

(De la Fuente, 2005)

2.2.1.8 Diagnóstico

Las acciones de prevención del cáncer cervicouterino en el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando la prueba de papanicolaou, este procedimiento de tamizaje se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor el Dr. George Papanicolaou.

Según Tapia et al. (2003), las labores de tamizaje en Cáncer cervicouterino están constituidas fundamentalmente por una herramienta básica llamada citología cervical; se trata de un método diagnóstico que permite el examen microscópico directo de las características de las células, del epitelio del cérvix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou, este método permite realizar un diagnóstico temprano de una probable lesión cervical, este diagnóstico incluye

desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasias leve, moderada y severa, el cáncer in situ y el cáncer invasor. Es importante recalcar que cualquier hallazgo de patología en la citología cervical debe ser confirmado mediante estudio colposcópico y biopsia dirigida. (Tapia et al., 2003)

La frecuencia con la que se debe realizar la prueba de Papanicolaou según protocolo para la detección oportuna de cáncer cervicouterino 2015 del MSP del Ecuador debe ser cada tres años en las mujeres asintomáticas. (MSP, 2015)

Si se presenta alguna anomalía en resultado queda a criterio del especialista el seguimiento y conducta a seguir.

En el protocolo para la detección oportuna de cáncer cervicouterino del MSP (2015) los requisitos para el Examen de Papanicolaou

No estar en el período menstrual (regla).

No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores

No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 antes

No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas.

(Protocolo para la detección oportuna de cáncer cervicouterino del MSP, 2015. p. 13)

Según la Agencia Internacional para el Cáncer la sensibilidad de la citología cervicouterina debe ser alrededor del 60 %, varía según diferentes autores desde un 20 a un 80 %. Cuando se habla de la sensibilidad de la citología orgánica es importante notar que se habla de la capacidad de detectar los verdaderos positivos de las lesiones, antes de que se hagan invasoras y potencialmente incurables en relación con la especificidad de la citología esta es mayor del 85% lo que traduce la capacidad que tiene la prueba para identificar a los verdaderos negativos. (Sanabria, 2005).

La mayoría de los cánceres invasores del cérvix se pueden prevenir si las mujeres se hacen el papanicolaou con regularidad, además, al igual que otros tipos de cáncer, el cáncer de cuello uterino puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta temprano y la prueba de papanicolaou puede realizarse en el consultorio médico, en una clínica o en el hospital. (Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2012)

2.2.2 Prevención del Cáncer cervicouterino

La prevención del cáncer es un conjunto de acciones destinadas a reducir el peligro de enfermarse de cáncer. Al prevenir el cáncer, el número de casos nuevos disminuye en un grupo poblacional y con ello de manera indirecta reducir el número de muertes por esta causa.

Para evitar que se formen cánceres nuevos, los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumente la posibilidad de enfermar de cáncer se llama factor de riesgo; cualquier cosa que disminuya la posibilidad de enfermar de cáncer se llama factor de protección. (Alonso, 2005)

En el cáncer cervicouterino es prevenible, mediante el control de los factores de riesgo, la vacunación contra el HPV, por medio de las estrategias de promoción de la salud dirigidas al cambio de comportamiento sexual. (Alonso, 2005)

Está demostrado que en la actualidad, el mayor factor de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino es no realizar un control ginecológico periódico con citología (8 de cada 10 cánceres se producen en mujeres sin cribado citológico). La combinación del correcto control ginecológico periódico y la vacunación maximiza la eficacia de la de prevención precoz para combatir el cáncer de cuello.

Según Rosell (2007), en su investigación afirma que se puede aplicar un programa de prevención precoz para prevenir esta patología, este programa se basará en dos tipos de prevención, primaria y secundaria las cuales consistente en evitar hábitos de riesgo (tabaquismo, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad) y en la administración de la vacuna contra el VPH, en resumen control de los factores de riesgo. (Rosell, 2007)

Factores de riesgo

Múltiples compañeros de sexo en ambos.

Coito a edad precoz

Fumar cigarrillos por largo plazo

Uso anticonceptivos orales largo tiempo

Multiparidad

Ciertos factores dietéticos (Vitamina A, Carotenoides, Vitamina C, Vitamina E, Ácido fólico)

No haber realizado ningún examen de Papanicolaou Previos episodios de Herpes-Verrugas

Educación e ingresos de bajo nivel

Grupo etarios mayores

(Rosell, 2007, p.18)

Vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists hay dos vacunas disponibles para la protección contra los tipos de VPH 16 y 18 que causan la mayoría de los cánceres cervicales en las mujeres, y para ello se debe tener en cuenta las siguientes indicaciones:

Administrada como una serie de 3 inyecciones.

Recomendada para las niñas y las mujeres de 9 a 26 años de edad.

Las niñas deben recibir la vacuna al cumplir los 11 años o antes de volverse sexualmente activas. Sin embargo, incluso las niñas y mujeres jóvenes que ya sean sexualmente activas todavía pueden obtener protección de la vacuna.

(American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014)

2.2.3 Definición de condicionantes para la realización del Papanicolaou

Una condicionante es un factor o circunstancia que predisponen a problemas de salud y determinan un hecho o situación. En filosofía una condicionante es aquello que hace de efecto unificador como condición entre una proposición o hecho. Una condición expresa una relación unívoca (desde una sola dirección) de esa proposición con la que le sigue como efecto. (Flores, 2011).

Según la OPS (2006) los servicios para detección oportuna del cáncer cervicouterino se ofertan sin un enfoque de calidad y seguridad del paciente que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria lo que se expresa en condicionantes que rigen la demanda de la citología cervical. (OPS, 2006)

En la ciudad de Loja, según una publicación del diario el Mercurio, indica que las mujeres no se realizan el papanicolaou porque no tienen acceso a los servicios de salud, el que realiza el examen es de sexo masculino, tuvieron mala atención al momento del examen, no han sido informadas acerca de sus beneficios, la educación y la formación que han recibido no les permite sobrepasar la importancia de esta prueba; así mismo influyen aspectos culturales como la opinión o reacción de su pareja. (Diario el Mercurio, 2012).

2.2.4 Conocimiento

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento Noción, ciencia, sabiduría Entendimiento, inteligencia, razón natural. (Figuerola, 2010).

El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben , de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. (Jaén, 2010).

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos. (Jaén, 2010).

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que

existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, los riesgos de padecer la enfermedad, y de la realización del PAP como alternativa oportuna para detectar la enfermedad, constituye un factor negativo muy influyente que impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo. (Jaén, 2010).

2.2.5 Estrategia de intervención educativa

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “*el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio. (García, et al. 2000)

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación

de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población. (García, et al. 2000)

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: (1) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; (2) implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y (3) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo. (Valentín, 2014)

Según Jordán et al. (2011) Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia. Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se

emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.

4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.

5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

(Jordán et al. 2011)

Para la Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2003) Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados. (Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. (Arnold, 2012)

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo. (Arnold, 2012)

De modo que se entiende como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa”; es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. (Focesi et al., 2000)

En la investigación para el diseño de la estrategia se asume, el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “*Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2001)

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

3.1 Tipo y diseño de investigación.

Clasificación de la investigación: según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008).

Nivel de investigación: descriptivo.

Tipo de estudio: Correlacional, no experimental, de corte transversal.

3.2 Localización y temporalización: se realizó la investigación en el barrio La Concepción perteneciente al Distrito Colta - Guamote, Provincia Chimborazo, en el período de enero a junio de 2016.

3.3 Población de estudio: La población de estudio estuvo constituida por féminas de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou del barrio La Concepción (69).

3.4 Variables de estudio.

- Variable dependiente. Conocimiento.
- Variable independiente. Edad, Nivel de instrucción, autoidentificación, estado civil.

3.4.1 Identificación.

Variable sociodemográfica

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Auto identificación

Para dar salida a la variable conocimiento se establecieron 4 (cuatro) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino.

- Conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino
- Conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino.
- Conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino
- Conocimiento sobre diagnóstico del cáncer cervicouterino.

3.4.2 Operacionalización.

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	30 – 34	Tiempo en años cumplidos	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según grupo de edad
		35 – 39		
		40 – 44		
		45 – 49		
		50 – 54		
		55 – 59		
		60 – 64		
Nivel de instrucción	Cualitativa Ordinal	Sin estudios	Última capacitación recibida según la estructura del sistema educativo formal.	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según nivel de escolaridad.
		Primaria		
		Bachiller		
		Superior		
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera	Condición de unión o vínculo de un individuo con otra persona.	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según estado civil
		Casada		
		Divorciada		
		Viuda		
Autoidentificación	Cualitativa Nominal	Mestizo	Autoidentificación de su pertenencia étnica	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según autoidentificación
		Indígena		
Dimensiones para evaluar la variable conocimiento				
Conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a concepto de cáncer cervicouterino Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60%	% de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino

		No satisfactorio	o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	
Conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a los factores de riesgo del cáncer cervicouterino Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino
Conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a prevención del cáncer cervicouterino Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas	% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino

		No satisfactorio	No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	
Conocimiento sobre diagnóstico del cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a diagnóstico del cáncer cervicouterino Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre diagnóstico del cáncer cervicouterino

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista realizada por el investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con 20 (veinte) mujeres entre 30 a 64 años con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su comprensión y aceptación.

3.5.1 Características del instrumento.

El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas (1 pregunta) y otra que contempló un test de conocimientos (17 preguntas). El conocimiento en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante preguntas politómicas y dicotómicas, donde se consideró una sola alternativa correcta. Se agruparon las preguntas en cuatro dimensiones, concepto de cáncer cervicouterino (pregunta No. 1), factores de riesgo (preguntas No. 2,3,4,5,7,6,8,9,10,11,12,13,14,15), prevención (preguntas No. 16 y 17), Diagnóstico (pregunta No, 18).

El sistema de puntuación empleado fue el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.1.1 Validación del instrumento.

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaran expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre el cáncer cervicouterino. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se midió.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyeron en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 60 % o más de ellos.

3.6 Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino que dio salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino y las variables sociodemográficas seleccionadas y así se dio salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, se diseñó una estrategia de intervención educativa en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou, que incluyó acciones de información, educación y comunicación.

3.7 Procesamiento y análisis de datos.

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. Para la descripción de los resultados se utilizó porcentajes. Se empleó el método estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas para su mejor comprensión.

3.8 Aspectos éticos.

La presente investigación se realizó bajo los principios éticos siguientes: (Polit, 2005) Principio de beneficencia. Es uno de los principios éticos de la investigación cuyo lema es “Por sobre todas las cosas no dañar”. Esto se refiere a que los participantes no fueron expuestos a experiencias que les provoque daños graves o permanentes; por ello la presente investigación fue realizada por personas calificadas.

Garantía de no explotación: Participar en un estudio de investigación no debe situar a las personas en desventaja o exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas previamente. Se aseguró a los participantes que la información que proporcionen no sería utilizada contra ellos.

Beneficios resultantes de la investigación: Se informó a los participantes de los beneficios y /o posibles riesgos e inconvenientes de la investigación.

Se incluyó un formulario de consentimiento informado, el cual documenta la participación voluntaria de los colaboradores después de haber recibido una explicación completa sobre la investigación.

3.9 Diseño de la estrategia.

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes).

El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo, incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida.

En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema, prevención del cáncer cervicouterino, logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de tres momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y Discusión

El grupo de edad que predominó fue el de 35 a 39 años con un 24,64%, el estado civil casadas con un 75,36 %, la autoidentificación indígena con el 63,77 % con un predominio del nivel de instrucción primario con el 65,22%. Un estudio realizado en Perú por Castro et al. (2005), para evaluar el conocimiento sobre Cáncer Cervicouterino, mostró que la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 31 años siendo una población más joven en comparación a este estudio, el nivel de instrucción más representado fue la primaria con un 36,3 % similar a este estudio, estos resultados se corresponden con la realidad, esta población vive en lugares apartados y abandonan los estudios tempranamente para trabajar en el campo, la ganadería y ayudar en la economía familiar. **(Tabla. 1)**

Tabla 1: Distribución de mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	N= 69	
	No	%
Grupos de edad		
30 – 34	8	11,59
35 - 39	17	24,64
40 - 44	9	13,04
45 - 49	4	5,80
50 - 54	10	14,49
55 - 59	10	14,49
60 – 64	11	15,94
Total	69	100,00
Estado civil		
Soltera	4	5,80
Casada	52	75,36
Divorciada	8	11,59
Viuda	5	7,25
Total	69	100,00
Identificación		
Indígena	44	63,77
Mestizo	25	36,23
Total	69	100,00
Nivel de instrucción		
Sin estudios	3	4,35
Primaria	45	65,22
Bachiller	17	24,64
Superior	4	5,80
Total	69	100,00

Con respecto al conocimiento general sobre prevención de cáncer cervicouterino se determinó que fue no satisfactorio en 50 mujeres (72,46%), comportándose de manera similar en varios estudios realizados en Latinoamérica, como el realizado por López, et al. en Colombia en el 2013, el cual tuvo como objetivo determinar los conocimientos,

actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia y concluyó que el 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, similar a la investigación realizada por Paredes en Perú en el 2010, que encontró que el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el grupo de mujeres estudiadas fue no satisfactorio en el 90%. Figueroa en Barranquilla en el 2011, en su estudio encontró resultados similares a los de la investigación que se propone, concluyó que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tenían un conocimiento adecuado sobre citología cervicouterina. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado, reafirmando la necesidad de intervenir para proveer a estas mujeres de los conocimientos necesarios sobre la prevención del cáncer cervicouterino y tengan percepción del riesgo de enfermar de esta patología, que puede ser prevenible. **(Tabla No. 2)**

Tabla 2. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según conocimiento general sobre prevención de cáncer cervicouterino.

Conocimiento	Nº	%
No satisfactorio	50	72,46
Satisfactorio	19	27,54
Total	69	100,00

El conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino fue no satisfactorio en el 68,46% de las mujeres, resultados similares muestran los estudios realizados por López, et al. En Colombia en el 2013 y Paredes en Perú en el 2010. El desconocimiento hace que las mujeres no tengan percepción de riesgo, que no acudan a consulta para la realización del papanicolaou, pues no reconocen la enfermedad como un daño grave a su salud que puede llevarla a la muerte si no se diagnostica a tiempo. (Tabla No.3)

Tabla 3. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión concepto cáncer cervicouterino.

Conocimiento	Nº	%
No satisfactorio	47	68,12
Satisfactorio	22	31,88
Total	69	100,00

El conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cervicouterino fue no satisfactorio en el 79,71% de las mujeres, resultados similares encontró Cartaya, Et al. (2008) donde el 83,6% de las mujeres inició las relaciones sexuales antes de los 16 años, la alta incidencia de las infecciones de transmisión sexual con un 81.8% y múltiples compañeros sexuales en un 74.5%, se observó que el 63.6% señaló que se realizaba el papanicolaou cada 3 años y el 14.5% cada seis meses, concluyendo que predominó el inicio de las relaciones antes de los 16 años, el desconocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y de la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica. Estos resultados coinciden con el estudio que se presenta y es preocupante el desconocimiento que existe sobre los factores de riesgo, esto hace que no exista preocupación por acudir al médico para la realización del papanicolaou, que no se eviten conductas sexuales de riesgo, que no se protejan, que no soliciten la vacuna del HPV, en sentido general si no tienen los conocimientos necesarios no tendrán un control sobre los factores de riesgo de esta enfermedad y se hace necesario intervenir, pues el cáncer cervicouterino está tomando un lugar destacado en cuanto incidencia con respecto a otros cánceres, esto se ve fundamentalmente en países en desarrollo como lo es el Ecuador.

García et al. (2009), en su investigación sobre prevención del cáncer cervicouterino en los adolescentes encontró que existía un bajo nivel de conocimientos para la prevención de este tipo de cáncer en el 92,7 % de la muestra. concluyó que en el grupo de adolescentes estudiados, lo más frecuente fue el inicio temprano de las relaciones sexuales, tanto para varones como para hembras, aunque estas últimas representaron solo el 10 %. Se identificó desconocimiento sobre el virus del papiloma humano como agente causal de esta morbilidad, y pobre conocimiento sobre cómo prevenirlo. Este estudio igual que los anteriores coinciden con el estudio que se presenta y sustentan la investigación y su relevancia.

Medina en el (2010), en su estudio sobre conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina encontró que en el 36 (59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente. En 41 (67%) refirió haber tenido dos o más parejas sexuales. Se observó que 26 (43%) nunca o rara vez usaron preservativos. Del total 33 (54%) refirió sexo oral; 25 (41%) no consumió anticonceptivos orales. El consumo de alcohol se observó en 31 (51%). El conocimiento sobre VPH en el nivel académico básico fue del 67% de insuficiente a bueno, y en el nivel académico

clínico fue del 61% de muy bueno a excelente. El desconocimiento mayor fue: 33 (54%) tipos de lesiones; 33 (54%) tratamiento; 32 (52%) factores de riesgo; 30 (49%) métodos preventivos. Como conclusiones, las principales conductas de riesgo para la infección por VPH en esta población fueron haber tenido dos o más parejas sexuales, sexo oral y consumo de alcohol. Se observó alto desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y el nivel académico básico.

A manera de resumen se observó unidad de criterios y resultados en estos estudios, coincidiendo con lo planteado por el autor en la investigación que presenta, demuestra el desconocimiento que existe sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y esto hace que se propongan medidas para prevenir esta enfermedad que cada día toma más vidas en las mujeres en el mundo. **(Tabla No. 4)**

Tabla 4. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Conocimiento	Nº	%
No satisfactorio	55	79,71
Satisfactorio	14	20,29
Total	69	100,00

El conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino fue no satisfactorio en el 63, 77% de las mujeres. En América Latina la mayoría de los programas de prevención del CCU no han logrado cumplir con su objetivo debido principalmente a la baja cobertura del tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones pre-cancerosas, y al tamizaje oportuno en servicios materno-infantiles y de salud reproductiva, centrado en mujeres, con menor riesgo de desarrollar la enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo es fundamental para aumentar su participación en el tamizaje, seguimiento y tratamiento y llevar a cabo el cumplimiento del programa que está dirigido fundamentalmente a la población de riesgo.

Urrutia, en su estudio sobre, conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano, en un grupo de adolescentes chilenas que tuvo como objetivo describir el grado de conocimiento que tiene este grupo de

adolescentes en relación al cáncer cervicouterino, al VPH y su relación con las conductas preventivas, como resultado encontró que el 20% de la muestra desconoce la presencia de una vacuna contra el VPH. Las adolescentes señalan como factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino tener múltiples parejas sexuales (70,8%), VPH (78,3%) y la herencia (60,3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección es reconocida por 68,2% de la muestra. El 31,1% de las adolescentes sexualmente activas usa condón durante las relaciones sexuales. Aquellas adolescentes que usan condón señalan un conocimiento significativamente mayor, solamente en lo que respecta al número de parejas sexuales y edad de inicio de las relaciones sexuales como factor de riesgo de cáncer cervicouterino. Concluyen que las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH; sin embargo, las conductas preventivas no se relacionan con dicho conocimiento, estos resultados demuestran que existe un alto grado de conductas irresponsables en los adolescentes, que además del conocimiento, es necesario trabajar para lograr cambios importantes en la conducta.

Ventura, (2015), en su estudio sobre estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes, reconoce el bajo nivel de conocimientos para la prevención de este cáncer,; sin embargo, fue significativa la modificación positiva del nivel de conocimiento y su mantenimiento en el tiempo. Concluyó que en el grupo de adolescentes estudiadas hay pobre conocimiento sobre el VPH como agente causal de esta morbilidad y que una estrategia educativa breve puede ser efectiva y suficiente si se da un refuerzo anual. (Tabla No 5)

Tabla 5. Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión prevención del cáncer cervicouterino.

Conocimiento	N°	%
No satisfactorio	44	63,77
Satisfactorio	25	36,23
Total	69	100,00

El conocimiento sobre diagnóstico de cáncer cervicouterino fue no satisfactorio en el 75,36 % de las mujeres, resultados similares encontró **Cartaya, Et al. (2008)** En su

estudio, concluyó que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tenían un conocimiento adecuado sobre citología cervicouterina, como medio de diagnóstico del cáncer cervicouterino, esto hace que las mujeres se nieguen a la realización del papanicolaou, pues no tienen conocimientos del porque y para que se realiza, la edad en que debe comenzar a realizarse, trayendo como consecuencia el escaso número de mujeres que acuden al control del Papanicolaou. (**Tabla No 6**)

Tabla 6. Mujeres de 30 a 64 años insistentes al papanicolaou según dimensión diagnóstico del cáncer cervicouterino.

Conocimiento	N°	%
No satisfactorio	52	75,36
Satisfactorio	17	24,64
Total	69	100,00

En este estudio se encontró una relación significativa, entre el conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino y la variable nivel de instrucción con ($P=0,002$), no comportándose así en el resto de las variables estudiadas, en concordancia con el estudio realizado por Castro et al. en el 2005, quien concluye que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cervicouterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, existen pocos estudios que realicen esta correlación, pero sí está demostrado que el bajo nivel de instrucción favorece que exista un conocimiento no satisfactorio sobre el cáncer cervicouterino, esta situación obliga a los médicos familiares y a las instituciones de la atención primaria de salud a trabajar con estas mujeres, a través de actividades de promoción y prevención y de manera sencilla informarlas sobre los aspectos más generales del el cáncer cervicouterino.(**Tabla No.7**)

Tabla 7. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y conocimiento general sobre prevención de cáncer cervicouterino.

Características sociodemográficas	Conocimiento General				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	8	42,11	0	0,00	8	11,59	0,098
35 a 39	9	47,37	8	16,00	17	24,64	
40 a 44	0	0,00	9	18,00	9	13,04	
45 a 49	0	0,00	4	8,00	4	5,80	
50 a 54	1	5,26	9	18,00	10	14,49	
55 a 60	1	5,26	9	18,00	10	14,49	
60 a 64	0	0,00	11	22,00	11	15,94	
Estado civil							
Soltera	0	0,00	4	8,00	4	5,80	0,251
Casada	13	68,42	39	78,00	52	75,36	
Divorciada	4	21,05	4	8,00	8	11,59	
Viuda	2	10,53	3	6,00	5	7,25	
Auto identificación							
Indígena	9	47,37	35	70,00	44	63,77	0,081
Mestizo	10	52,63	15	30,00	25	36,23	
Nivel de instrucción							
Sin estudios	0	0,00	3	6,38	3	4,35	0,002
Primaria	2	10,53	43	91,49	45	65,22	
Secundaria	14	73,68	3	6,38	17	24,64	
Superior	3	15,79	1	2,13	4	5,80	

El conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino tuvo una relación significativa con la variable nivel de instrucción ($P=0,004$), no comportándose así en el resto de las variables estudiadas. Como ya se explicó anteriormente en el estudio realizado por Castro en el 2005, donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cervicouterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, no se recogen en la literatura revisada otros estudios similares, aunque es conocido que cuando el nivel de instrucción es elevado existen más posibilidades de tener conocimientos sobre la salud y las enfermedades que pueden ser evitadas, en este caso sobre el cáncer cervicouterino y su prevención. **(Tabla No. 8)**

Tabla 8. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión concepto de cáncer cervicouterino.

Características sociodemográficas	Concepto				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	5	22,73	3	6,38	8	11,59	0,188
35 a 39	10	45,45	7	14,89	17	24,64	
40 a 44	2	9,09	7	14,89	9	13,04	
45 a 49	1	4,55	3	6,38	4	5,80	
50 a 54	0	0,00	10	21,28	10	14,49	
55 a 60	3	13,64	7	14,89	10	14,49	
60 a 64	1	4,55	10	21,28	11	15,94	
Estado civil							
Soltera	1	4,55	3	6,38	4	5,80	0,644
Casada	15	68,18	37	78,72	52	75,36	
Divorciada	4	18,18	4	8,51	8	11,59	
Viuda	2	9,09	3	6,38	5	7,25	
Auto identificación							
Indígena	14	63,64	30	32,13	44	63,77	0,988
Mestizo	8	36,36	17	19,13	25	36,23	
Nivel de instrucción							
Sin estudios	0	0	3	6,38	3	4,35	0.04
Primaria	7	31,82	38	80,85	45	65,22	
Secundaria	12	54,55	5	10,64	17	24,64	
Superior	3	13,64	1	2,13	4	5,80	

El conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cervicouterino tuvo una relación significativa con la variable nivel de instrucción ($P=0,036$) y grupo de edad ($P=0,012$), no comportándose así en el resto de las variables estudiadas. El único estudio encontrado en la literatura que realiza correlación con estas variables fue el mencionado anteriormente, por Castro en el (2005), donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cervicouterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio, aunque no existan otros estudios en la literatura revisada que aborden esta correlación, es de gran valor el que se presenta pues, permite tomar decisiones en cuanto a la necesidad de superar a estas mujeres en los conocimientos de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, que a largo plazo permitirá el descenso de las altas tasas de incidencia de este tipo de cáncer, dirigir las estrategias que se tracen al grupo de mujeres con un nivel de instrucción bajo. Este estudio sienta precedentes en la literatura sobre la temática que aborda, estimula la realización de estudios similares y deja una memoria escrita de la problemática identificada. **(Tabla No.9)**

Tabla 9. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Características sociodemográficas	Factores de riesgo				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	6	42,86	2	3,64	8	11,59	0,012
35 a 39	6	42,86	11	20,00	17	24,64	
40 a 44	1	7,14	8	14,55	9	13,04	
45 a 49	0	0,00	4	7,27	4	5,80	
50 a 54	0	0,00	10	18,18	10	14,49	
55 a 60	1	7,14	9	16,36	10	14,49	
60 a 64	0	0,00	11	20,00	11	15,94	
Estado civil							
Soltera	1	7,14	3	5,45	4	5,80	0,977
Casada	10	71,43	42	76,36	52	75,36	
Divorciada	2	14,29	6	10,91	8	11,59	
Viuda	1	7,14	4	7,27	5	7,25	
Auto identificación							
Indígena	8	57,14	36	65,45	44	63,77	0,564
Mestizo	6	42,86	19	34,55	25	36,23	
Nivel de instrucción							
Sin estudios	0	0,00	3	5,45	3	4,35	0.036
Primaria	1	7,14	44	80,00	45	65,22	
Secundaria	9	64,29	8	14,55	17	24,64	
Superior	4	28,57	0	0,00	4	5,80	

El conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino tuvo una relación significativa con el nivel de instrucción ($P=0,043$) y con la edad ($P=0,008$) no comportándose así en el resto de las variables estudiadas, como ya se mencionó no se recogen estudios en la literatura revisada al respecto solo el mencionado anteriormente el realizado por Castro, en el (2005), donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cervicouterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, y dentro del conocimiento general se incluye el conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino, es importante tomar en cuenta que la población estudiada, vive en una comunidad aislada, que abandona los estudios tempranamente para dedicarse al trabajo en el campo, situación que propicia que el conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino sea no satisfactorio y se correlacione con el nivel de instrucción. **(Tabla No. 10)**

Tabla 10. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión prevención del cáncer cervicouterino.

Características sociodemográficas	Prevención				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	8	32,00	0	0,00	8	11,59	0,008
35 a 39	11	44,00	6	13,64	17	24,64	
40 a 44	1	4,00	8	18,18	9	13,04	
45 a 49	0	0,00	4	9,09	4	5,80	
50 a 54	1	4,00	9	20,45	10	14,49	
55 a 60	1	4,00	9	20,45	10	14,49	
60 a 64	3	12,00	8	18,18	11	15,94	
Estado civil							
Soltera	1	4,00	3	6,82	4	5,80	0,357
Casada	18	72,00	34	77,27	52	75,36	
Divorciada	5	20,00	3	6,82	8	11,59	
Viuda	1	4,00	4	9,09	5	7,25	
Auto identificación							
Indígena	12	48,00	32	72,73	44	63,77	0,067
Mestizo	13	52,00	12	27,27	25	36,23	
Nivel de instrucción							
Sin estudios	0	0	3	6,82	3	4,35	0,043
Primaria	7	28	38	86,36	45	65,22	
Secundaria	15	60	2	4,55	17	24,64	
Superior	3	12	1	2,27	4	5,80	

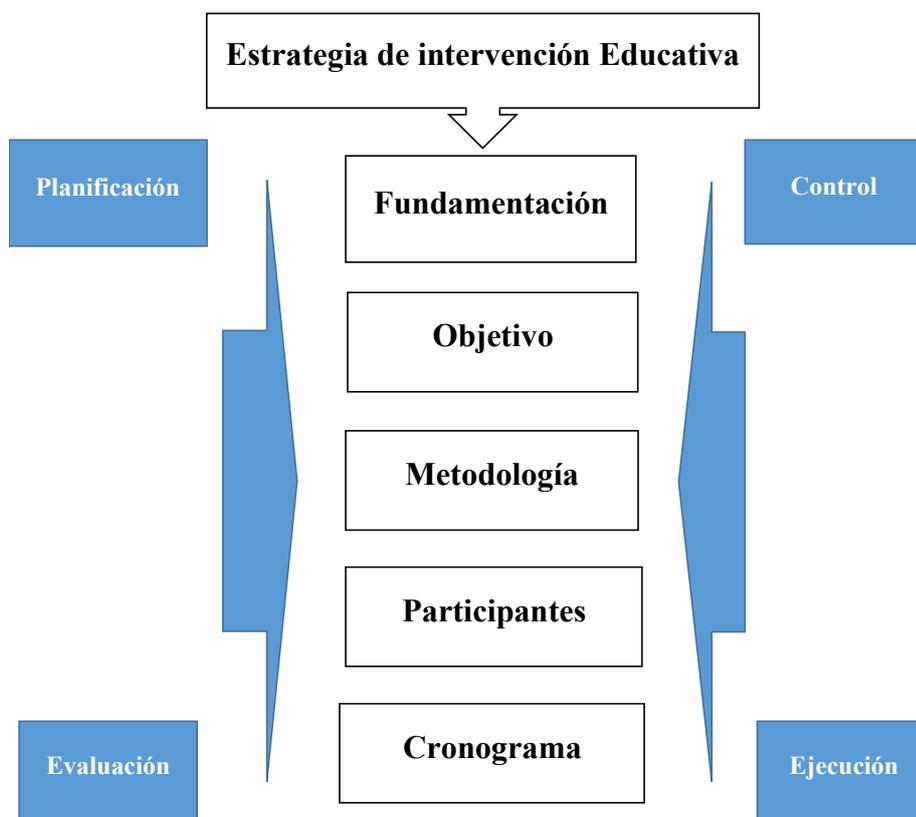
El conocimiento sobre diagnóstico de cáncer cervicouterino tuvo una relación significativa con las variables edad ($P=0,025$) y nivel de instrucción ($P=0,016$) no comportándose así en el resto de las variables estudiadas. Existen pocos estudios realizados en la literatura revisada, que aborden esta correlación pero si el estudio de Cartaya, (2008) que mostró como resultado que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento adecuado sobre citología cervicouterina, como medio de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino y se ha demostrado que cuando existe un nivel de instrucción elevado, hay mayor comprensión de la necesidad de cuidar la salud, acudir a los servicios que prestan los diferentes centros médicos. **(Tabla No.11)**

Tabla 11. Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión diagnóstico del cáncer cervicouterino.

Características sociodemográficas	Diagnóstico				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	8	47,06	0	0,00	8	11,59	0,002
35 a 39	7	41,18	10	19,23	17	24,64	
40 a 44	1	5,88	8	15,38	9	13,04	
45 a 49	0	0,00	4	7,69	4	5,80	
50 a 54	1	5,88	9	17,31	10	14,49	
55 a 60	0	0,00	10	19,23	10	14,49	
60 a 64	0	0,00	11	21,15	11	15,94	
Estado civil							
Soltera	0	0,00	4	7,69	4	5,80	0,556
Casada	13	76,47	39	75,00	52	75,36	
Divorciada	3	17,65	5	9,62	8	11,59	
Viuda	1	5,88	4	7,69	5	7,25	
Auto identificación							
Indígena	7	41,18	37	71,15	44	63,77	0,052
Mestizo	10	58,82	15	28,85	25	36,23	
Nivel de instrucción							
Sin estudios	0	0,00	3	5,77	3	4,35	0,016
Primaria	1	5,88	44	84,62	45	65,22	
Secundaria	12	70,59	5	9,62	17	24,64	
Superior	4	23,53	0	0,00	4	5,80	

CAPÍTULO V

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA.



5.1 Estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años insistentes al Papanicolaou

5.2 Fundamentos:

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la

sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma socio crítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al Papanicolaou es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta a todo el mundo, lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y del Ecuador en particular centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

El limitado conocimiento de la población en cuanto a factores de riesgo, acciones preventivas y diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, fundamenta la estrategia.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

Diagnóstico educativo:

La realización de la entrevista permitió identificar, conocimientos no satisfactorios, sobre la prevención del cáncer cervicouterino en las mujeres que integran la muestra de estudio, situación que lleva al diseño de la estrategia de intervención educativa que se propone.

La necesidad de dotar a esas mujeres de los conocimientos necesarios sobre factores de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino.

Como problema de salud a intervenir se plantea.

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino y las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, autoidentificación en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016. ?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou barrio La Concepción en el periodo de enero a junio 2016 ?

En cuanto a los elementos educativos están los conocimientos de las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del Papanicolaou sobre el cáncer cervicouterino y su prevención.

Recursos disponibles.

Auditórium del Centro Anidado de Colta, computadora, infocus, folletos, papelógrafos, pizarra, hojas, lápices.

Objetivos:**General:**

Educar a la población de mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou en la prevención del cáncer cervicouterino.

Específico:

Ofrecer a las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou información sobre la prevención del cáncer cervicouterino, su importancia y los eventos que pueden estar relacionados con la inasistencia al examen de papanicolaou.

Límites:

Se realizó el diseño de la estrategia desde el mes de junio a julio de 2016

Se desarrollará en el Centro Anidado de Colta.

Con esta propuesta se beneficiará a las 69 mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou del barrio de La Concepción.

Estrategia:

Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS

Se siguió una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

Las formas organizativas de la enseñanza (FOE) que se emplearan serán : Talleres y conferencias.

Además se tendrá en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuado para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentarán de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que refuerzan los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerán permanentemente vínculos con la práctica y las nociones culturales de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para propiciar un cambio de actitud.

Actividades:

Se seleccionaron y organizaron, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

Recursos:

Se seleccionaron en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, en este caso se proponen, pizarra, plumones, hojas, lápiz, papelógrafo, infocus,

Cronograma:

Temporalización.

Se propone un total de 5 sesiones de trabajo distribuidas en 2 horas cada actividad.

Se establecen en función de los objetivos y de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Evaluación:

Evaluación de resultados: se realizará tipo test - re test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.

Evaluación de actividades: se realizará al final de cada sesión con la aplicación de la técnica positivo, negativo, interesante (PNI) desarrollada por Edward de Bono, lo que permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.

Evaluación de proceso: se utilizará una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

La evaluación se basará, en este estudio, en un alto componente de intercambio entre las mujeres que integran el estudio y el investigador, con el objetivo de mostrar los resultados en el seno del colectivo.

Plan temático.

Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOE: Taller

Técnicas utilizadas: Baile de presentación, PNI

Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cervicouterino.

Objetivo. Construir colectivamente el concepto de cáncer cervicouterino, identificar sus síntomas y signos, de forma que los participantes interioricen ideas no discriminatorias, ni absolutistas sobre el tema y que les sirva para su aplicación práctica en la vida diaria.

FOE. Taller

Técnicas utilizadas. Lluvia de ideas y Mis favoritos, PNI

Tema: 3 Cáncer cervicouterino y factores de riesgo.

Objetivo: brindar información sobre el cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo.

FOE: Taller.

Técnicas utilizadas: palabras claves, sesión expositiva, PNI

Tema: 4 Papanicolaou, su indicación, frecuencia e importancia.

Objetivo: brindar información sobre el papanicolaou, importancia, indicación y frecuencia.

FOE: conferencia interactiva.

Técnicas utilizadas: sesión expositiva, método del caso. PNI

Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Realizar un resumen sobre las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

FOE: Taller interactivo.

Técnicas utilizadas: palabras claves, lluvia de ideas. PNI

Organización, horario y calendario de actividades, forma organizativa de la enseñanza. (FOE)

Fecha	Temática	F.O.E.	No. Horas Lectivas	Participantes	Responsable
	Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.	T	2	Mujeres que participan en el estudio	El Facilitador
	Tema 2. Generalidades sobre el cáncer cervicouterino.	T	2	Mujeres que participan en el estudio	El Facilitador
	Tema 3. Cáncer cervicouterino y factores de riesgo	T	2	Mujeres que participan en el estudio	El facilitador
	Tema 4. Papanicolaou, su indicación, frecuencia e importancia	C	2	Mujeres que participan en el estudio	El Facilitador
	Tema 5. Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino	T	2	Mujeres que participan en el estudio	El facilitador

Leyenda. T. Taller, C. conferencia

Orientaciones metodológicas:

Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOE: taller

Técnicas utilizadas. Baile de presentación.

Esta técnica permite al grupo conocerse a partir de actividades afines, objetivos similares o intereses comunes. Para su aplicación el responsable formulará una pregunta específica, relacionada con la salud, que cada participante responderá de forma breve en una hoja de papel, donde además escribirá su nombre. La hoja de papel se prenderá al pecho o a la espalda del participante.

Se aplicará el PNI, como técnica de evaluación (Positivo, negativo e interesante) donde se les pedirá a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finalizará con lo interesante.

Recursos. Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo

Actividades.

Momento inicial o de introducción.

Presentación de la estrategia.

Encuadre. Momento central o de desarrollo.

Resumen y evaluación. Momento final o de cierre.

Desarrollo:

Momento inicial o de introducción. Muy brevemente, el coordinador (investigador) se presentará diciendo su nombre y explica los objetivos del mismo.

Presentación de la estrategia. Los temas que tratarán durante la misma serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse algún tema que puede ser sugerido por las mujeres.

Encuadre. Momento central o de desarrollo.

En este paso se definirán colectivamente los objetivos que se persiguen, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de las sesiones y de la estrategia, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias.

Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Resumen, conclusiones y evaluación. Momento final o de cierre.

Se pedirá a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, se tendrá una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta primera sesión de trabajo. Aplicar PNI

Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cervicouterino.

Objetivo. Construir colectivamente el concepto de cáncer cervicouterino, identificar sus síntomas y signos, de forma que los participantes interioricen ideas no discriminatorias, ni absolutistas sobre el tema y que les sirva para su aplicación práctica en la vida diaria.

FOE: taller

Técnicas utilizadas. Lluvia de ideas y Mis favoritos, PNI

Recursos: Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido. Concepto de cáncer cervicouterino sus manifestaciones clínicas.

Actividades.

Construcción grupal del concepto de cáncer cervicouterino, identificar sus síntomas y signos.

Experiencias individuales o colectivas sobre las manifestaciones clínicas del cáncer cervicouterino.

Evaluación y cierre.

Desarrollo.

Momento inicial o de introducción

Se dará inicio al taller con la presentación de los temas que se tratarán durante el taller, serán descritos en una pizarra, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas posteriormente luego se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador.

A continuación el coordinador realizará una pregunta de inicio y de salida del tema a tratar en el taller, con el objetivo de determinar los conocimientos iniciales que poseen los participantes.

Mis favoritos. Se realizará para estimular positivamente, comunicar características personales, gustos, aspiraciones, que permitan mayor conocimiento del grupo.

Se organizará el grupo en forma de semicírculo y se pasa una pelota donde el facilitador mande a detener la bola se le pregunta a la participante:

Su color favorito.

Su canción favorita.

De la ciudad diga su lugar favorito.

Su familiar favorito.

Su deporte favorito.

Responsable. El facilitador.

Momento central o de desarrollo

Construcción grupal del concepto de cáncer cervicouterino. Se hará un conteo de 1; 2 y 3, repetido hasta que cada participante tiene uno de estos números. Posteriormente se forma tres grupos: todos los unos, todos los dos, y todos los tres.

Cada equipo deberá discutir y presentar escrito con sus palabras qué entiende por cáncer cervicouterino, luego, mediante una lluvia de ideas, el coordinador irá escribiendo en la pizarra lo que expresen las participantes sobre el concepto de cáncer cervicouterino y las agrupará en un cuadro

Responsable. El facilitador.

Cuadro clínico. El facilitador les preguntará a los participantes los síntomas y signos del cáncer cervicouterino, se escuchan y se anotan todas las respuestas y se comparan con una definición que previamente esta anotada en una cartulina. Explicará cuál es la importancia de conocer los síntomas y signos del cáncer cervicouterino.

El facilitador le pedirá que expresen sus experiencias individuales o colectivas sobre las manifestaciones clínicas del cáncer cervicouterino, en forma de lluvia de ideas, irá anotando en la pizarra sus experiencias individuales.

Responsable: El facilitador.

Momento final o de cierre.

Conclusiones, evaluación y cierre. Se pedirá a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta sesión de trabajo. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pedirá a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finalizará con lo interesante.

Tema: 3 Cáncer cervicouterino y factores de riesgo.

Objetivo: brindar información sobre el cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo.

FOE: taller

Técnicas utilizadas: palabras claves, sesión expositiva, PNI

Recursos: Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido: el cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo.

Actividades.

Identificación de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Experiencias individuales o colectivas sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Momento inicial o de introducción.

El profesor motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje.

Momento central o de desarrollo.

Seguidamente el facilitador explicará en forma de charla los aspectos claves sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, según el contenido previsto, luego solicitará a los pacientes que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales de una idea o tema. A continuación los pacientes escribirán en papel la expresión seleccionada. Pueden escribir todas las palabras que quieran, sin embargo, sólo escribirán una cada vez. En este momento del ejercicio no se harán comentarios y el tiempo no debe exceder los 10 minutos. Luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

Momento final o de cierre.

Conclusiones y cierre: se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados, el investigador realiza un resumen de la temática abordada.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema: 4 Papanicolaou, su indicación, frecuencia e importancia.

Objetivo: brindar información sobre el papanicolaou, importancia, indicación y frecuencia.

FOE: Conferencia interactiva

Técnicas utilizadas: sesión expositiva, método del caso, PNI

Recursos: Pizarra, papelógrafo.

Contenido: aspectos generales sobre qué es el papanicolaou, sus indicaciones y frecuencia

Actividades.

Explicar aspectos esenciales relacionados con la importancia del Papanicolaou.

Explicar indicaciones del Papanicolaou.

Explicar requisitos del Papanicolaou.

Explicar técnicas y beneficios del Papanicolaou.

Experiencias individuales o colectivas sobre la realización del Papanicolaou.

Momento inicial o de introducción.

El facilitador motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje.

Momento central o de desarrollo.

Seguidamente explicará en forma de charla los aspectos claves del pánico y sus indicaciones, luego realizará preguntas al grupo sobre el tema abordado, sirven para conocer el nivel de comprensión y da la posibilidad de rectificar si es necesario. También permitirá al grupo dar su opinión, ya que en ningún caso las personas han de tener la sensación que se les está examinando, dividir en subgrupos donde se discutirán las diferentes soluciones, tratando de llegar por consenso a una única solución. Cada subgrupo que se ha formado designará una persona para que exponga las conclusiones.

Con posterioridad, se realizará una discusión general. A medida que van surgiendo, se pueden recoger los diferentes análisis en una pizarra, papelógrafo, etc. Utilizado así se requiere más tiempo, pero también se puede profundizar más. Es importante que el grupo obtenga sus propias conclusiones, la finalidad de la técnica no es llegar a una única solución, sino reconocer las diferentes alternativas que el grupo considera mejor y poder aplicarlas en situaciones similares.

Esta técnica generalmente se apoya con otro tipo como es el caso que se apoyará con método del caso consiste en la presentación al grupo de un determinado problema aquí se le expondrá un caso de una mujer con un pánico positivo, caso que parte de una situación cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Para realizar esta técnica no es aconsejable un grupo muy numeroso, por lo que podemos dividirlo en subgrupos de 4-6 mujeres; de lo contrario, el desarrollo puede hacerse demasiado largo y se dificulta la participación de todo el grupo. La exposición del caso la lleva a cabo la persona conductora del grupo, y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si repartimos material escrito, hemos de tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica se puede utilizar diferentes estrategias:

Los participantes, después de haber leído o escuchado el caso, darán su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema. A continuación, se vuelve al punto de partida y se realizará un análisis más estricto, teniendo en cuenta aspectos más concretos, las situaciones que se dan en el caso, las causas y los efectos de las conductas que generan.

Mediante este análisis final con todo el grupo se pueden llegar a determinar los hechos significativos del caso y trabajar los objetivos de la sesión. Esta utilización del método es más ágil y no requiere excesivo tiempo.

Esta técnica es muy útil para completar una sesión expositiva, lo que motivó su selección en este caso.

Momento final o de cierre.

Conclusiones y cierre. Se pedirá a los participantes que trate de integrar los diferentes elementos planteados, definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

Evaluación: las respuestas de las participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad, se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pedirá su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finalizará con lo interesante.

Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Realizar un resumen sobre las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

FOE: taller.

Técnicas utilizadas: palabras claves, lluvia de ideas.

Recursos: Pizarra, papel y lápiz.

Contenido: aspectos generales sobre, qué es el cáncer cervicouterino, el papanicolaou y sus indicaciones.

Actividades.

Resumir.

Como se puede prevenir el cáncer cervicouterino.

Factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Importancia del papanicolaou.

Quiénes deben realizarse el papanicolaou y la frecuencia de realización.

Momento inicial o de introducción.

El facilitador motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando las generalidades del tema abordado en los encuentros anteriores.

Momento central o de desarrollo.

Seguidamente explicará en forma de charla los aspectos claves del cáncer cervicouterino y del Papanicolaou como medio de diagnóstico precoz, según el contenido previsto, luego solicitará a los pacientes que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales de una idea o tema. A continuación los pacientes escribirán en papel la expresión seleccionada. Pueden escribir todas las palabras que quieran, sin embargo, sólo escribirán una cada vez. En este momento del ejercicio no se harán comentarios y el tiempo no debe exceder los 10 minutos. Luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

Momento final o de cierre.

Conclusiones y cierre: se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados, que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que los y las participantes asimilaron esta sesión de trabajo, el investigador realiza un resumen de las temáticas abordadas durante los encuentros anteriores.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad, se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pedirá su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finalizará con lo interesante.

CONCLUSIONES

El grupo de edad predominante es de 35 a 39 años, nivel de instrucción primario, estado civil casadas, autoidentificación indígenas.

El conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino es no satisfactorio con una correlación significativa con el nivel de instrucción.

La estrategia educativa se diseña a partir del conocimiento no satisfactorio sobre prevención de cáncer cervicouterino, se considera oportuna y necesaria

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de las conclusiones a las que ha arribado el autor le permite proponer a los responsables del distrito Colta-Guamote y director del Centro Anidado de Colta:

Aplicar la estrategia diseñada en todos los Centros de salud.

Establecer actividades de promoción y prevención del cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo en las consultas y durante el trabajo extramural, involucrando a toda la familia.

Desarrollar estudios similares en otros centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalde, M.** (2008). *En la investigación programa educativo del cuidado preventivo de cáncer de cuello uterino en nivel de conocimientos, actitudes, prácticas en usuarias Vaso de Leche, La Esperanza –Trujillo*. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xviconf.htm>
- Alonso, P., Lazcano E., & Hernández, E.** (2005). *Cáncer Cervicouterino, Diagnostico, Prevención y Control*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Arnold, Y.** (2012). Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Finlay, 30(2)*, 121. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
- Beltrán, B.** (2007). *Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo*. Villa Clara. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
- Botella, J.** (2006) *Aparato reproductor femenino*. La Real Academia de Medicina. México: Editorial Medica.
- Castro M, Morfin R, Sánchez SE, Roca J, Sánchez E, Williams MA.** (2005) Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el papanicolaou en relación al temor, estrés, o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. *Acta Med Perú*. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v25n2/v25n2a04.pdf>
- De la Fuente, P.** (2005). *Patología tumoral del cuello uterino*. Tratado de Ginecología y obstetricia. Madrid: El Seviere.
- Figuroa, N.** (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de citología cérvico uterina en mujeres mayores de 15 años, en el barrio Las Flores, distrito de Barranquilla*. Universidad Nacional de Colombia. Tesis presentada en opción al grado científico de médico general. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
- Focesi, M., Ribeiro, N., L Abbate, S., & Góes, VL.** (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud. *Revista Comunidad. 22(4)*. 89. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xviconf.htm>

- García, A., Sáez, J., & Escarbajal, A.** (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid, España: Aran Ediciones SA.
- Harrison, A.** (2012). *Principios de Medicina Interna*. México DF, México: Panamericana.
- Hoffman, F.** (2009). *Gineco-obstetricia*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional del Cáncer.** (2011). *Estadios del cáncer de cuello uterino*. Disponible en: En <http://cancernet.nci.nih.gov>
- Jiménez, M.** (2010). *Epidemiología del cáncer de cuello uterino*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., & Achiong, M.** (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrón.* 33(4). Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
- Linares, M., y Vargas, M.** (2009). *En su estudio Efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino y en la asistencia a la detección precoz*. Trujillo.
- López CA., Calderón MA., González MM.** (2013) Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia. *Rev. Med. Risaralda.* 19 (1): 14 – 20
- Ministerio de Salud del Ecuador.** (2014). *Registro Nacional de Tumores Solca–Quito*
URL: <http://www.salud.gob.ec/vacuna-c-el-virus-del-papiloma-humano-previene-cancer-uterino-en-el-ecuador>. Consultado mayo.
- Muñoz R.** (2014). *Cáncer de cuello uterino*. American Cancer Society URL: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>
- Organización Panamericana de la Salud.** (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios e auxiliares*. Volumen 18 de Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Washington, DC: OPS; 1990. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluaci%C3%B3n%20para%20el%20planeamiento%20de%20programas%20de%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes* [Internet]. Washington, DC: OPS; [citado 28 Feb 2012]. Disponible en:<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>

Paredes, E. (2010). *En la Investigación Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino y el virus del Papiloma humano en estudiantes de la UNASAM, filial Barranca.*

Polit, H. (2002). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* México DF. México. Panamericana.

Ramírez M. (2009). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 30(3). Disponible en: http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_arttext

Restrepo H., Gonzales J. & Roberto E. (1987). *Epidemiología y Control del Cáncer del Cuello Uterino en América Latina y El Caribe.* La Paz, Bolivia. Sanit. Panama. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

Salinas, J. (2012). *Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino en las usuarias de la “Clínica Granados”.* Tesis. Ecuador-Salinas.6p Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000600008&lang=pt

Sanabria, G. (2007). *Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública.* La Habana: ENSAP. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572006000400003&lang=es

Sanabria, J. (2005) *Sensibilidad y especificidad de la Citología orgánica cervical. Pinar del Río, Cuba:* Panamericana. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000600008&lang=pt

- Santos, C.** (2013). *Prevención primaria y secundaria de cáncer cérvix*, Lima. Perú: Mc Grill.
- Solidoro, A.** (2010). Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta méd.* 34(22). Recuperado en : www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/102013_PREVENCION_PRIMARIA_SECUNDARIA_CANCER_CERVIX.
- Tapia, R., Sarti, E., Kuri, P., Ruíz, C. & Velázquez, O.** (2003). *Cáncer cervicouterino*. El Manual de Salud Pública. México: Intersistemas.
- Torres L., Solorza, L., Pimentel, Y.,** (2004). *Cáncer cérvico-uterino*. En Torres LA. Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento. México, McGraw-Hill, Interamericana.
- Valentín González, F.** (2014). Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, *Cárdenas.* 23 (33). Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
- Zamora, A.** (2012). *Manual de Enfermería*. Edición MMVII. Barranquilla, Colombia: Zamora editores Ltda,

ANEXOS

ANEXO A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, José Luis Lucero Tapia, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou. La Concepción, Colta, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a mujeres de 30 a 64 años de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre prevención de cáncer cervicouterino y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou, con el propósito de medir el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cervicouterino. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO B.

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

INSTITUTO DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO DIRIGIDA A LAS MUJERES DE 30 A 64 AÑOS DEL BARRIO
LA CONCEPCION

Señora / señorita.- De la manera más cordial y respetuosa, solicito comedidamente se sirva contestar la siguiente entrevista, la misma permitirá identificar el nivel de conocimiento que usted posee sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

Este cuestionario es totalmente anónimo, confidencial y tiene preguntas sencillas, pero lo más importante es que responda con sinceridad. Le agradecemos su gentil colaboración.

DATOS GENERALES: FECHA: __/__/__ N° __ C

Edad _____

Estado civil _____

Soltera () Casada () Divorciada () Viuda ()

Nivel de escolaridad

Sin escolaridad () Primaria () Secundaria () Superior ()

Autoidentificación

Mestizo ()

Indígena ()

1. ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

- (0) Una infección del cuello uterino
- (1) Un tumor del cuello uterino
- (0) Una inflamación de los ovarios
- (0) No se

2. Conoce usted si los siguientes planteamientos constituyen una conducta de alto riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino:

- (0) Posponer las relaciones sexuales a una edad adulta.
- (1) Iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años
- (0) Tener una sola pareja sexual.

3. El principal factor de riesgo del cáncer del cuello uterino es:

- (0) La diabetes Mellitus
- (1) La enfermedad de transmisión sexual con el papiloma virus humano.
- (0) Las enfermedades ocasionadas por bacterias

4 Los grupos de alto riesgo para iniciar el cáncer del cuello uterino son:

- (0) Los homosexuales
- (1) Los adultos
- (0) Los jóvenes adolescentes
- (0) Los ancianos

5 Las enfermedades de transmisión sexual que predisponen al cáncer del cuello uterino son:

- (0) Herpes simple tipo 2
- (0) Gonorrea
- (0) Sida
- (1) Todas las anteriores

6. Una mujer puede contraer el cáncer del cuello uterino cuando:

- (0) Tiene varios compañeros sexuales
- (0) Tiene relaciones sexuales antes de los 18 años
- (0) Se embaraza a temprana edad
- (1) Todas las anteriores.

7. La infección con el virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual?

- (1) Si
- (0) No

8. Tener varios compañeros sexuales es un riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino?

- (1) Si
- (0) No

9. Las condiciones socioeconómicas bajas pueden ser un factor de riesgo?

- (1) Si
- (0) No

10. El hábito de fumar es un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino?

- (1) Si
- (0) No

11. Conoce usted si su madre o abuela tuvo o tiene cáncer cervico uterino, podría usted contraerlo?

- (1) Si
- (0) No

12. El consumo de anticonceptivos orales por más de cinco años puede ocasionar el cáncer del cuello uterino?

(1) Si

(0) No

13. La reducción en el consumo de vitaminas A, B, E y ácido fólico son un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino?

(1) Si

(0) No

14. Una mujer que tiene muchos hijos puede contraer el cáncer del cuello uterino?

a) Si

b) No

15. Las defensas bajas del organismo pueden predisponer al cáncer del cuello uterino?

(0) Si

(1) No

16. Conoce si el cáncer cérvico uterino es prevenible?

(1) Si

(0) No

17. Sabe usted si alguna de las siguientes vacunas sirve para la prevención del cáncer cervicouterino?

(0) Hepatitis

(1) Papiloma

(0) Influenza

18. Cómo se llama el examen que sirve para la detección oportuna del cáncer uterino?

(0) Endoscopia

(1) Papanicolaou

(0) Urocultivo

19. Ha recibido información sobre el examen de papanicolaou?

a. sí _____

b. no _____

20. Si recibió información sobre el examen del papanicolaou por qué vía?

a. radio _____

b. televisión _____

c. personal de salud _____

ANEXO C.**Validación del instrumento**

Dimensiones	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.
	%	%	%	%	%	%	%	%
Dimensión concepto de cáncer cervicouterino	49,0	0,0	48,0	7,3	7,3	0,0	32,3	0,0
Dimensión factores de riesgo del cáncer cervicouterino	9,3	0,0	40,0	7,3	0,0	0,0	74,0	0,0
Dimensión prevención del cáncer cervicouterino	32,3	0,0	57,6	24,0	0,0	0,0	49,0	0,0
Dimensión diagnóstico del cáncer cervicouterino	25	0,0	57,6	0,0	0,0	0,0	24,0	0,0
Total	28,9	0,0	50,8	9,65	1,82	0,0	44,8	0,0

ANEXO E.

Recursos/presupuesto.

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Personal

Recurso humano	Estipendio	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1200,00	80	1120,00	10%	112,00

Total de gastos por concepto de personal: \$ 2576.00

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	4	4,00	16,00
Tonner impresora láser	Unidad	2	30,00	60,00
Grapadora	Unidad	1	3,00	3,00
Perforadora	Unidad	1	3,00	3,00
Calculadora	Unidad	1	8,00	8,00
Total				90,00

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1200,00	1200,00
Impresora Láser	Unidad	1	150,00	150,00
Total				1350,00

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Anillado	Hoja	10	1,00	10,00
Fotocopias	Hoja	100	0,05	5
Empastado	Hoja	5	10,00	50,00
Total				65

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	30	1,50	45.00
Alimentación	Unidad	30	3,00	90.00
Total				135

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	2576,00
Material de oficina	90,00
Equipos	1350,00
Servicios	65,00
Otros gastos	135,00
Total	4216,00

Total de gastos directos: \$ 4216,00 (cuatro mil doscientos diez y seis)