

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
“UNIANDES”



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA

TEMA:
CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES INASISTENTES AL
CONTROL DEL PAPANICOLAOU. CUBIJIES, RIOBAMBA,
ENERO - JUNIO 2017”

AUTOR: DR. ESCOBAR GONZÁLEZ EDGAR ARCECIO, ESP
ASESORA: DRA. LLERENA CEPEDA MARÍA DE LOURDES, MGS

AMBATO – ECUADOR
2018

APROBACIÓN DEL ASESORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN:

Quien suscribe, legalmente CERTIFICA QUE: El presente Trabajo de Titulación realizado por el DR. EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ, maestrante del Programa de la Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, con el tema “CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES INASISTENTES AL CONTROL DEL PAPANICOLAOU. CUBIJES, RIOBAMBA, ENERO - JUNIO 2017”, ha sido prolijamente revisado, y cumple con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Regional Autónoma de los Andes –UNIANDES, por lo que apruebo su presentación.

Ambato, junio de 2018



DRA. MARÍA DE LOURDES LLERENA CEPEDA
ASESORA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, DR. EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ, maestrante del Programa de Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, declaro que todos los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del Grado Académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, son absolutamente originales, auténticos y personales; a excepción de las citas, por lo que son de mi exclusiva responsabilidad.

Ambato, junio de 2018



DR. EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ

CI. 0603059171

AUTOR

DERECHOS DE AUTOR

Yo, DR. EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ, declaro que conozco y acepto la disposición constante en el literal d) del Art. 85 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, que en su parte pertinente textualmente dice: El Patrimonio de la UNIANDES, está constituido por: La propiedad intelectual sobre las Investigaciones, trabajos científicos o técnicos, proyectos profesionales y consultorías que se realicen en la Universidad o por cuenta de ella.

Ambato, junio de 2018



DR. EDGAR ARCECIO ESCOBAR GONZÁLEZ

CI. 0603059171

AUTOR

DEDICATORIA

Dedicado a un ser especial que a guiado mi camino y que me ha colmado de bendiciones Dios, y a las tres personas más importantes de mi vida mis hijas Micaela Valentina, Danna Alejandra Escobar y mi esposa Doctora Nancy Guacho ya que sin el amor y comprensión de ellos no hubiese podido salir adelante.

A mis padres Luis Escobar y Carmen González por haberme apoyado uno desde el cielo y aquí en la tierra, para alcanzar la meta propuesta.

A mi hermano – padre al Doctor Milton Escobar González por el apoyo moral, y la demostración de superación y trabajo, al Doctor Javier Escobar González a su esposa Lic. Marianela Coronal y mis sobrinos que me impulsaron a salir adelante sin desinterés alguno, por apoyarme y estar en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas Programa de Maestría en Salud, por haberme abierto sus puertas e impartido el conocimiento que necesito para poder ser alguien en la vida.

A la Doctora María de Lourdes Llerena Cepeda Director de Tesis por haberme guiado en esta parte importante de mi vida y participar en el desarrollo de esta investigación con paciencia dedicación por sus ideas para conmigo y animarme de mi éxito al terminar mi trabajo con esfuerzo y dedicación.

Al Área de Salud Riobamba-Chambo al Centro de Salud Cubijíes por facilitarme el desarrollo de mi investigación. A los maestros de la Maestría por haber impartido sus sabios conocimientos para poder desenvolverme en mi vida profesional.

INDICE GENERAL

APROBACIÓN DE LA ASESORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

DERECHOS DE AUTOR

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

a) TEMA: Cáncer cérvico uterino en mujeres inasistentes al control del papanicolaou. Cubijés, Riobamba, enero - junio 2017'	1
b) PROBLEMA A INVESTIGAR	1
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
Delimitación del Problema	3
c) JUSTIFICACIÓN	3
d) OBJETIVOS	4
IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública	4
e) FUNDAMENTACIÓN TEORICO – CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA	4
Bases Teóricas	14
Cáncer De Cuello Uterino	14
Definición	14
Epidemiología.....	14
Etiología	15
Factores de riesgo.....	16
Fisiopatología	17
Estadificación del cáncer cérvico uterino	17
Cuadro Clínico	19
Diagnóstico	20
Prevención del Cáncer Cérvico Uterino	21
Definición de condicionantes para la realización del Papanicolaou	23
Conocimiento.....	24
Estrategia de intervención educativa	25
f) METODOLOGÍA	29
Métodos	29

Modalidad de Investigación.....	29
Matriz de variables.....	30
Identificación.....	30
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	33
Características del instrumento.....	34
Validación del instrumento.....	34
Procedimientos.....	35
Procesamiento y análisis de datos.....	36
Aspectos éticos.....	36
Diseño de la estrategia.....	37
Fase de validación.....	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
Resultados y Discusión.....	39
g) PROPUESTA	52
DESARROLLO DE LA PROPUESTA	52
TITULO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS INASISTENTES AL PAPANICOLAOU.....	52
ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA.....	52
Fundamentos:	52
Diagnóstico educativo:	54
Como problema de salud a intervenir se plantea.....	54
Recursos disponibles.....	54
Objetivos:	54
General:.....	54
Específico:.....	55
Límites:	55
Estrategia:.....	55
Actividades:.....	56
Recursos:.....	56
Cronograma:	56
Temporalización	56
Indicadores de conocimiento.....	56
Evaluación:	57
Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.....	57

Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cérvico-uterino.....	58
Tema: 3 Cáncer cérvico-uterino y factores de riesgo.	59
Tema: 4 Papanicolaou, su indicación, frecuencia e importancia.	60
Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.....	62
Cronograma de Implementación de la Estrategia.....	64
Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.....	64
Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cérvico-uterino.....	64
Tema: 3 Cáncer cérvico-uterino y factores de riesgo.	64
Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.....	64
h) CONCLUSIONES.....	65
i) RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según variables sociodemográficas.....	39
Tabla 2: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según conocimiento general de cáncer cérvico-uterino.....	41
Tabla 3: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión concepto cáncer cérvico uterino.	41
Tabla 4: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.	43
Tabla 5: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión prevención del cáncer cérvico-uterino.....	44
Tabla 6: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión diagnóstico del cáncer cérvico uterino.	45
Tabla 7 : Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y conocimiento general sobre el cáncer cérvico-uterino.....	45
Tabla 8: Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión concepto de cáncer cérvico -uterino.	46
Tabla 9: Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.	48
Tabla 10: Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión prevención del cáncer cérvico uterino.....	49
Tabla 11: Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y dimensión diagnóstico del cáncer cérvico-uterino.....	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres y la inasistencia al control del papanicolaou en la comunidad de Cubijíes durante el periodo enero - junio 2017

Metodología: se realizó un estudio descriptivo - correlacional, transversal en la Comunidad de Cubijíes, Riobamba-Chambo, en el período enero - junio de 2017. Se obtuvieron los datos a través de una entrevista, un cuestionario validado por un grupo de expertos, el universo conformado por 69 mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou, los resultados se mostraron en tablas y gráficos, fueron analizados con SPSS 17, para la correlación se utilizó la prueba del chi-cuadrado. El nivel de significación utilizado fue del 5% ($P < 0,05$).

Resultados: El grupo de edad predominante fue de 35 a 39 años, el nivel primario 45 (65,22%), estado civil casadas 52 (5,36 %), mestizas 44 (63,77). El conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino fue no satisfactorio en 50 mujeres (72,46%). El conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino 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.

Conclusión: el conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino es no satisfactorio con una correlación significativa con el nivel de instrucción ($P=0,002$), se diseñó la estrategia sobre prevención del cáncer cérvico uterino a partir de las insuficiencias encontradas.

Palabras clave: Consulta externa, cáncer cérvico uterino, papanicolaou.

ABSTRACT

Objective: To determine the knowledge on prevention of the cancer cervico uterine in women and the nonattendance to the control of the Papanicolaou in Cubijés community during the period January - June, 2017

Methodology: A descriptive study - correlational cross in the La Community of Cubijés, Riobamba-Chambo, in the period from January to June 2017. Data were obtained through an interview, a questionnaire validated by a group of experts, the universe formed by 69 women aged 30 to 64 years to control truants pap smear, the results were shown in tables and graphs were analyzed with SPSS 17 for correlating the chi-square test was used. The significance level used was 5% ($P < 0.05$).

Results: The group predominate age was 35 to 39 years, the primary level 45 (65.22%), marital status married 52 (5.36%), half-caste 44 (63.77). Knowledge about prevention of cervical cancer was not satisfactory in 50 women (72.46%). Knowledge about prevention of cervical cancer was correlated with the variable education level ($P = 0.002$) did not behave well in other variables, knowledge about diagnosis of cervical cancer had a significant relationship with age variable ($P = 0.025$) and education level ($P = 0.016$), an educational intervention strategy based on the diagnosis made was designed.

Conclusion: knowledge about prevention of cervical cancer are not satisfactory with a significant correlation with the level of education ($P = 0.002$), educational strategy on the prevention of cervical cancer is designed.

Key words: external Consultation, cancer cervico uterine, papanicolaou.

a) TEMA: Cáncer cérvico uterino en mujeres inasistentes al control del papanicolaou. Cubijés, Riobamba, enero - junio 2017

b) PROBLEMA A INVESTIGAR

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel nacional, por eso te presentamos una perspectiva de esta enfermedad en el país. Quince de cada cien muertes en el país se producen a causa del cáncer. En cuanto a la incidencia, nos encontramos a nivel medio en la escala mundial y regional. En mujeres, el cáncer que se presenta con mayor frecuencia es el de mama (34,7 casos por cada 100.000 mujeres). Aunque es prevenible, el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en mujeres, seguido por el cáncer de tiroides.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cérvico uterino, 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.

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 (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 Riobamba-Chambo las mujeres de 30 a 64 años no acuden a realizarse esta prueba, durante el 2017 hubo una cobertura del 16 %. (ASIS, 2016)). 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 cérvico uterino 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.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cérvico uterino y las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, ¿auto identificación en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou en la Comunidad Cubijés en el período de enero-junio 2017?

Delimitación del Problema

Este trabajo investigativo se realizó en la comunidad de Cubijíes perteneciente al Cantón Riobamba - Chambo, provincia de Chimborazo, de las mujeres inasistentes, sobre el examen de Papanicolaou en mujeres de 30 a 65 años, en el período de enero-junio 2017, para la prevención de cáncer cervicouterino. La información obtenida nos permitirá actuar en intervenciones educativas a las familias que tengan mujeres en edad fértil.

c) JUSTIFICACIÓN

El control ginecológico anual y el examen de Papanicolaou que es una prueba sencilla y de bajo costo, como parte de las actividades contempladas en el Programa de Salud de la Mujer, cuyo propósito es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la misma, considerando un enfoque de riesgo que mejore la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Las consecuencias inmediatas de la inasistencia a la realización del Papanicolaou, tiene implícito una morbilidad significativa y un retraso en el diagnóstico del cáncer cérvico uterino. En el Ecuador el cáncer cérvico uterino afecta al 21,8% de esta población según él (INEC, 2011).

En nuestra comunidad Cubijíes el porcentaje alcanza el 10.7 % de mujeres que tienen alguna patología asociada al cáncer de cuello.

Por lo que vemos la necesidad de actuar de forma eficaz en la práctica médica y profundizar en los conocimientos, factor social y cultura de las mujeres sobre el examen de Papanicolau en mujeres de 30 a 65 años.

La información obtenida nos permitirá actuar en intervenciones educativas a las familias que tengan mujeres en edad fértil. Un mayor conocimiento por parte de las mujeres sobre el cáncer cérvico uterino ayudará u orientará a la institución de salud, personal

sanitario y población beneficiada enfrentar este problema de salud con soluciones definitivas en la erradicación de la misma.

d) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres y la inasistencia al control del papanicolaou en la comunidad de Cubijíes durante el periodo enero - junio 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública

- Atención Primaria de Salud
 - Promoción y Prevención de Salud

e) FUNDAMENTACIÓN TEORICO – CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

La prioridad de investigar sobre el cáncer cervical se orienta a la prevención primaria y secundaria en cáncer. En cuanto a la prevención primaria, se desarrollan ensayos clínicos profilácticos contra la infección de virus de papiloma humano. Asimismo, la evaluación costo/efectividad de nuevas tecnologías para tamizaje utilizando la determinación del virus del papiloma humano están siendo utilizadas en diversos

contextos. Así considerar al conocimiento de las usuarias sobre el tema es vital ya que es influye de forma directa en la realización de la misma en los controles normales.

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, 2015)

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.

Figueroa, (2011) realizó una investigación sobre: “*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*”, 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 cérvico uterina.

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.

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 poste solo 28.33% mostró resultados no satisfactorios, 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.

Regla Mercedes García et al. 2009, realizaron una investigación descriptiva con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino 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 cérvico-uterino. 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 cérvico-uterino, 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.

M. Teresa Urrutia et al., realizaron un estudio sobre, conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino 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.

Las campañas de promoción de la toma de PAP realizadas en Ecuador han tomado nuevos enfoques, orientados principalmente a romper las barreras culturales originadas por la inadecuada información y la existencia de ciertas creencias. Se propone a través de la norma técnica la prevención, detección y manejo de lesiones pre-malignas del cuello uterino a nivel nacional un programa que busca estimular la promoción y prevención primaria; fomentando la información, educación y comunicación en la población general para motivar la participación comunitaria, orientación y consejería por parte de los profesionales de salud. Esta norma, junto a las actividades de promoción que se han venido desarrollando, establece estrategias de comunicación que buscan favorecer una mayor interacción entre las entidades prestadoras de salud y la comunidad.

EL PAPANICOLAU

El examen del Papanicolaou es de vital importancia para todas las mujeres en edad fértil siendo este el método y la forma más sencilla para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, es un examen simple, barato y de fácil acceso en todas las unidades de salud (Bellanges, 1995).

El cáncer cérvico uterino, es la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 a 65 años de edad, es uno de los padecimientos que se pueden detectar tempranamente y dar un tratamiento en las primeras etapas. La experiencia en otros países muestra que la mejor manera de evitar la mortalidad por cáncer cérvico uterino es la detección temprana mediante el estudio de citología vaginal.

A pesar de que existen herramientas preventivas altamente efectivas y de bajo costo, el cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo (Ferlay, 2010). La experiencia de los países desarrollados ha mostrado que el tamizaje basado en el Papanicolaou (PAP) es efectivo para reducir las tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo si se realiza en el marco de un programa de prevención organizado (IARC, 2005).

Entre los factores asociados son el desconocimiento sobre la utilidad de la prueba de Papanicolaou y la escasa utilización de los servicios de salud, ya que todavía se considera como una de las mejores estrategias de captación, la oportunista, en la consulta de morbilidad.

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 nivel de conocimiento sobre prevención de este tipo de cáncer. El estudio fue clasificado como cuantitativo, de diseño cuasi experimental, pretest, posttest, 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 en el nivel de conocimiento. En el posttest se incrementó el nivel de conocimiento, bueno al 57,7% de 13,5% en el pretest, con significancia estadística $P < 0.05$.

Cartaya, Et al. (2008) realizaron un estudio, sobre *“Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino”*, con el objetivo contribuir a modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino, el estudio se clasificó de intervención educativa en mujeres pertenecientes al Policlínico Docente Universitario Ignacio Agramonte, en la provincia de Camagüey, 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 cérvico-uterino 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.

Tirado, et al. (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 cérvico uterino 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 cérvico uterino invasor. No se observó asociación entre cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino 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.

Castañeda, et al. (1995) realizaron 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.

Medina, Myriam et al. 2010, en su estudio sobre conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina, se plantearon 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. 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 cérvico-uterino.

Aideé C. Arellano et al , en su trabajo presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Ciencia Tecnología y Género 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, refieren 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 citología del cáncer- y los factores de riesgo. Estos estudios han 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 predisuestos y significantes 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 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 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.

B. Ventura-Morales, et al. 2015, en su estudio, estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes plantearon como objetivo explorar el impacto de un programa breve de intervención sobre adolescentes, Se 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 cérvico-uterino en los adolescentes usando un muestreo probabilístico por conglomerados monoetápico. Se aplicó un cuestionario en la escuela, siendo muy pocas las adolescentes que identificaron 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 imprescindibles para revertir la situación mundial de alta incidencia del cáncer cérvico-uterino y el trabajo en este sentido debe comenzar desde la adolescencia, pues de edades tan temprana se exponen a los factores de riesgo y no tienen percepción de. os mismos pues no los conocen.

Bases Teóricas

Cáncer De Cuello Uterino

Definición

El cáncer cérvico uterino 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)

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". (Jimenez, 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). (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 fue de 15,8 casos por cada 100 mil habitantes. (SOLCA, 2012)

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 cérvico uterina maligna. La mayor parte de los cánceres cérvico uterinos 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 cérvico uterino

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)

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)
- Infección por VHS tipo II y otras ITS
- Uso de anticonceptivos orales

(Rosell, 2007)

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 preneoplásicas 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, 2009).

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)

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)

Estadificación del cáncer cérvico uterino

De acuerdo a datos del Nacional Cáncer Instituto. (2009), los estadios del cáncer cérvico uterino 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. (Cáncer, 2011)

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 óseas

(De la Fuente, 2005)

Diagnóstico

Las acciones de prevención del cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino 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 coproscópico y biopsia dirigida. (Tapia, 2003)

La frecuencia con la que se debe realizar la prueba de Papanicolaou según protocolo para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino 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 cérvico uterino del MSP, 2015. p. 13)

Según la Agencia Internacional para el Cáncer la sensibilidad de la citología cérvico uterina 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) (Ginecología, 2012)

Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

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 cérvico uterino 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
- Usos 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)

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)

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 cérvico uterino 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, 2001))

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. (Mercurio, 2012).

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, 2011)

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).

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, 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, 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. (Jordan, 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. (Secretaría 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. (Fosesi, 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)

f) METODOLOGÍA

Métodos

Modalidad de Investigación

Se realizará una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, con enfoque cuantitativo para determinar las características sociodemográficas que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual en mujeres entre 30 y 64 años en el consultorio rural de la comunidad Cubijíes perteneciente al Distrito Riobamba - Chambo, Provincia Chimborazo, en el período de enero – junio de 2017. La metodología permitirá recopilar y analizar los datos obtenidos de una manera más

rápida y fidedigna, ajustando nuestra investigación a los aspectos esenciales del estudio de una manera precisa y confiable

Matriz de variables

VARIABLE DEPENDIENTE

Cáncer cervicouterino

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores que condicionan la conducta sobre conocimiento del cáncer

Identificación.

Variable sociodemográfica

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

Para dar salida a la variable conocimiento se establecerán 4 (cuatro) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre cáncer cérvico uterino.

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

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

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		
Autodentificación	Cualitativa Nominal	Mestizo	Autocalificación de su pertenencia étnica	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según autodentificación
		Indígena		

Dimensiones para evaluar la variable nivel de conocimiento				
Conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a concepto de cáncer cervicouterino</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	% de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino
Conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a los factores de riesgo del cáncer cervicouterino</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p>	% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino
		No satisfactorio	<p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	

<p>Conocimiento sobre prevención del cáncer cérvico uterino</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a prevención del cáncer cervicouterino No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre prevención del cáncer cérvico-uterino</p>
<p>Conocimiento sobre diagnóstico del cáncer cérvico uterino</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>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</p>	<p>% de mujeres de 30 a 64 según conocimiento sobre diagnóstico del cáncer cérvico-uterino</p>

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 veinte 20 mujeres entre 30 a 64 años con características similares a las del grupo de estudio y que no formarán parte de la investigación, con el objetivo de valorar su comprensión y aceptación.

Características del instrumento.

- El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas y otra que contemplo un test de conocimientos. El nivel de conocimientos en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación empleado fue es 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.

Validación del instrumento.

- Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultarán expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.
- Por medio de un formulario, se les solicitará 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 serán:
 - 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 medirá.

- 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 incluyen 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 evaluará 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 identificarán aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems serán analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 60 % o más de ellos.

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 dará salida al primer objetivo específico y se determinó el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino que dará salida al segundo objetivo específico.

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

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa en mujeres de 30 a 64 años inasistentes

al control del pánico, que incluirá acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

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 y gráficos para su mejor representación y comprensión.

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 provoquen 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.

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 nivel de conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema, prevención del cáncer cérvico-uterino, 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

Fase de validación

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo, en este caso se abordarán cinco temas. Para la evaluación de la estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al Papanicolaou se realizará a través del post test, aplicando el mismo instrumento, es decir el pre test considerando resultados satisfactorios si las respuestas correctas sobrepasan el 60 % y para su validación la estrategia de intervención educativa será sometida a criterio de expertos. El curriculum de la estrategia de intervención educativa aparece en el anexo (...)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados y Discusión

El grupo de edad predominante fue de 35 a 39 con un 24,64%, el estado civil casadas con un 75,36 %, la autoidentificación mestiza con el 63,77 % y predominó el nivel de instrucción primaria con el 65,22%. En el estudio realizado en Perú por Castro et al. (2005), para evaluar el nivel de conocimiento sobre Cáncer Cérvico uterino, donde 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 representativo fue la primaria con un 36,3 % similar a este estudio ocupando el primer lugar como nivel de instrucción, estos resultados se corresponden con la realidad, esta población vive en lugares apartados y abandonan los estudios tempranamente para trabajar, y ayudar en la economía familiar.

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		
Mestizo	44	63,77
Indígena	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 sobre prevención de cáncer cérvico-uterino se pudo determinar que fue no satisfactorio en 50 mujeres lo que representa el 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, al igual que la investigación realizada por Paredes en Perú en el 2010, reveló que el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el grupo de mujeres estudiadas fue no satisfactorio en el 90%, así se comportó en el estudio realizado por Figueroa en Barranquilla en el 2011, concluyó que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento adecuado sobre citología cérvico uterina. 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 cérvico-uterino y tengan percepción del riesgo de esta patología, que como es sabido se puede prevenir. (Tabla No.2)

Tabla 2: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según conocimiento general de cáncer cérvico-uterino.

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

El nivel de conocimiento sobre concepto de cáncer cérvico uterino 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 Papanicolau, 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 cérvico uterino.

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

El conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cérvico uterino 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 Papanicolau 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 cérvico-uterino y de la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica. 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 Papanicolau, que se eviten conductas sexuales inadecuadas, que no se protejan, que no solicite 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 cérvico-uterino 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.

Regla Mercedes García et al. 2009, en su investigación sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes encontraron que existía un 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.

Medina, Myriam et al. 2010, en su estudio sobre conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina encontraron que en el 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 cérvico-uterino y que el bajo nivel académico básico.

Estos estudios demuestran el desconocimiento que existe sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino y esto hace que no tomen 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 cérvico-uterino.

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

El conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino 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 precancerosas, 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

M. Teresa Urrutia et al., en su estudio sobre, conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas, que tuvo como 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 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.

B. Ventura-Morales, et al. 2015, en su estudio, estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes, reconocen 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. (Tabla No 5)

Tabla 5: Mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou según dimensión prevención del cáncer cérvico-uterino.

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

El conocimiento sobre diagnóstico de cáncer cérvico uterino 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 tienen un conocimiento adecuado sobre citología cérvico uterina, como medio de diagnóstico del cáncer cérvico-uterino, esto hace que las mujeres se nieguen a la realización del Papanicolau pues no tiene conocimiento 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 inasistentes al papanicolaou según dimensión diagnóstico del cáncer cérvico uterino.

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 cérvico uterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, existen pocos estudios que realicen esta correlación, pero si está demostrado que el bajo nivel de instrucción favorece que exista un conocimiento no satisfactorio sobre el cáncer cérvico-uterino, esta situación obliga a los médicos familiares y a las instituciones de salud de la atención primaria a trabajar con estas mujeres y de manera sencilla informarlas sobre los aspectos básicos necesarios sobre el cáncer cérvico uterino.(tabla No.7)

Tabla 7 : Características sociodemográficas en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al papanicolaou y conocimiento general sobre el cáncer cérvico-uterino.

Características sociodemográficas	Conocimiento General				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N= 19		N=50		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	8	42,11	0	0,00	8	11,59	
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	0,098
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	
Casada	13	68,42	39	78,00	52	75,36	0,251
Divorciada	4	21,05	4	8,00	8	11,59	
Viuda	2	10,53	3	6,00	5	7,25	
Auto identificación							
Mestizo	9	47,37	35	70,00	44	63,77	0,081
Indígena	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 cérvico -uterino 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 et al. En el 2005, donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cérvico uterino 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 cultural es elevado existe más posibilidades de tener un conocimiento mayor, en este caso sobre el cáncer cérvico-uterino 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 cérvico -uterino.

Características sociodemográficas	Concepto				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N= 22		N= 47		N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	

Grupos de edad

30 a 34	5	22,73	3	6,38	8	11,59	
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	0,188
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	
Casada	15	68,18	37	78,72	52	75,36	0,644
Divorciada	4	18,18	4	8,51	8	11,59	
Viuda	2	9,09	3	6,38	5	7,25	
Auto identificación							
Mestizo	14	63,64	30	32,13	44	63,77	0,988
Indígena	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 cérvico uterino tuvo una relación significativa con la variable nivel de instrucción ($P=0,036$), no comportándose así en el resto de las variables estudiadas. El único estudio encontrado en la literatura que realice correlación con estas variables fue el mencionado anteriormente, de Castro et al. En el 2005, donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino, 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.
(Tabla No.9)

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

Características sociodemográficas	Factores de riesgo				Total		P
	Sí		No		N=69		
	N= 14		N= 55		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edad							
30 a 34	6	42,86	2	3,64	8	11,59	
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	0,012
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	
Casada	10	71,43	42	76,36	52	75,36	0,977
Divorciada	2	14,29	6	10,91	8	11,59	
Viuda	1	7,14	4	7,27	5	7,25	
Auto identificación							
Mestizo	8	57,14	36	65,45	44	63,77	0,564
Indígena	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 cérvico uterino tuvo una relación significativa con el nivel de instrucción ($P=0,043$), 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 et al. En el 2005, donde plantea que el conocimiento satisfactorio sobre cáncer cérvico uterino en las mujeres estudiadas está relacionado con los altos niveles de educación, y dentro del nivel de conocimiento general se incluye el conocimiento sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino, es importante tomar en cuenta que la población estudiada, vive en una comunidad aislada, que abandonan la escuela tempranamente para dedicarse al trabajo en el campo, situación que propicia que el conocimiento sobre la prevención del cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino.

Características sociodemográficas	Prevención				Total		P
	Sí	No					
	N= 25	N=44			N=69		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 a 34	8	32,00	0	0,00	8	11,59	
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	0,008
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	
Casada	18	72,00	34	77,27	52	75,36	
Divorciada	5	20,00	3	6,82	8	11,59	0,357
Viuda	1	4,00	4	9,09	5	7,25	
Auto identificación							

Mestizo	12	48,00	32	72,73	44	63,77	0,067
Indígena	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 cérvico uterino 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, Et al. (2008)**, mostró como resultado que menos de un tercio de las mujeres encuestadas tienen un conocimiento adecuado sobre citología cérvico uterina, como medio de diagnóstico del cáncer cérvico-uterino y se ha demostrado que cuando existe un nivel de instrucción elevado, hay mayor comprensión de la necesidad de cuidar la salud acudiendo a los servicios de salud. Tabla No.11)

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

Características sociodemográficas	Diagnóstico						P
	Sí		No		Total		
	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							

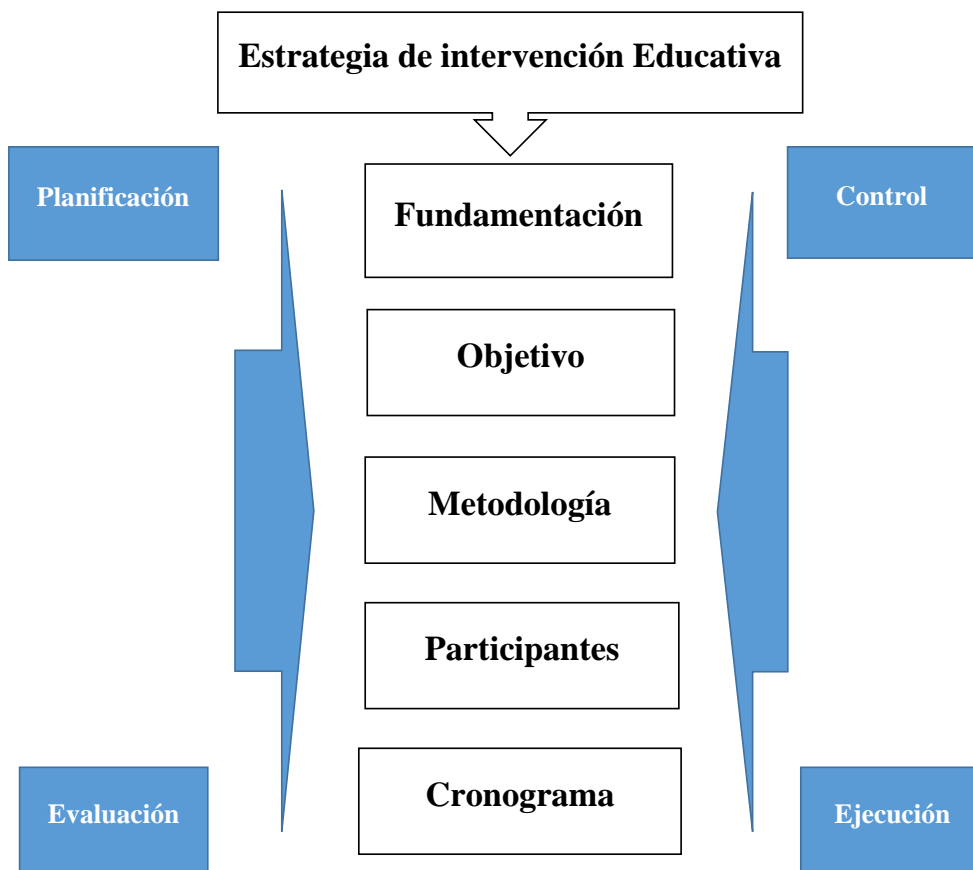
Soltera	0	0,00	4	7,69	4	5,80	
Casada	13	76,47	39	75,00	52	75,36	0,556
Divorciada	3	17,65	5	9,62	8	11,59	
Viuda	1	5,88	4	7,69	5	7,25	
<hr/>							
Auto							
identificación							
Mestizo	7	41,18	37	71,15	44	63,77	0,052
Indígena	10	58,82	15	28,85	25	36,23	
<hr/>							
Nivel de							
instrucción							
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	

g) PROPUESTA

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

TITULO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS INASISTENTES AL PAPANICOLAOU.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.



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 sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconiza un protagonismo integral y dialéctico 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 las 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 cérvico-uterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al Papanicolaou es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo 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 cérvico-uterino, 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:

- Escasos conocimientos de las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del Papanicolaou sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.
- La necesidad de dotar a esas mujeres de los conocimientos necesarios sobre factores de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer cérvico-uterino.

Como problema de salud a intervenir se plantea.

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cérvico-uterino y las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, ¿¿autoidentificación en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou de la Comunidad Cubijíes en el periodo de enero – septiembre 2016??

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou comunidad Cubijíes en el periodo de enero - junio 2017?

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 cérvico-uterino y su prevención.

Recursos disponibles.

Auditórium del Músicos de la Comunidad, computadora, infocus, folletos, papelógrafos, pizarra.

Objetivos:

General:

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

Específico:

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

Límites:

Se complementó el desarrollo de la estrategia desde el mes de agosto a octubre de 2017, se desarrollará en el Centro de Salud de Cubijíes.

Con esta propuesta se beneficiará a las 69 mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou de la Comunidad de Cubijíes.

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 docentes empleadas fueron. Curso Taller y conferencia. Además, se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentan 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 cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

Actividades:

Se seleccionan y organizan, 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 seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, en este caso se utilizarán, pizarra, plumones, hojas, lápiz, papelógrafo, infocus.

Cronograma:

Temporalización.

Se propone un total de 5 sesiones de trabajo distribuidas en 45 minutos.

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

Indicadores de conocimiento.

- Conocimientos de las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.
- Conocimientos de las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou sobre factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.
- Conocimientos de las mujeres de 30 a 64 años inasistentes al control del papanicolaou sobre el diagnóstico del cáncer cérvico-uterino

Evaluación:

Se describen y organizan los pasos que se van a seguir en los diferentes momentos de la evaluación, ya sea de proceso, resultado o impacto.

La evaluación se basa, 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.

Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las mujeres demuestra que no ha alcanzado los conocimientos suficientes de acuerdo a los objetivos propuestos, el profesional a cargo de la actividad podrá diseñar otras acciones con el fin de cumplir la finalidad de la estrategia.

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.

FOD: 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.

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

Contenido. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo

Actividades.

- Introducción
- Presentación de la estrategia.
- Encuadre.
- Resumen y evaluación.

Desarrollo:

Introducción. Muy brevemente, el coordinador (investigador) se presenta 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. En este paso se definen 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. Se pide 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.

Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cérvico-uterino.

Objetivo. Construir colectivamente el concepto de cáncer cérvico-uterino, 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.

FOD. Conferencia interactiva

Técnicas utilizadas. Lluvia de ideas y Mis favoritos.

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

Contenido. Concepto de cáncer cérvico-uterino sus manifestaciones clínicas.

Actividades.

- Construcción grupal del concepto de cáncer cérvico-uterino, identificar sus síntomas y signos.
- Experiencias individuales o colectivas sobre las manifestaciones clínicas del cáncer cérvico -uterino.
- Evaluación y cierre.

Desarrollo.

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

Se organiza 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 autor.

Construcción grupal del concepto de cáncer cérvico-uterino. Se hace 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 debe discutir y presentar escrito con sus palabras qué entiende por cáncer cérvico-uterino, luego, mediante una lluvia de ideas, el coordinador irá escribiendo en la pizarra lo que expresen las participantes sobre el concepto de cáncer cérvico-uterino y las agrupará en un cuadro

Responsable. El autor.

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

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

Responsable: El investigador.

Conclusiones, evaluación y cierre. Se pide 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 asimilaron esta sesión de trabajo.

Tema: 3 Cáncer cérvico-uterino y factores de riesgo.

Objetivo: brindar información sobre el cáncer cérvico-uterino y sus factores de riesgo.

FOD: conferencia interactiva

Técnicas utilizadas: palabras claves, sesión expositiva.

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

Contenido: el cáncer cérvico-uterino y sus factores de riesgo.

Actividades.

- Identificación de los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.
- Experiencias individuales o colectivas sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.

Desarrollo: El profesor motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Seguidamente el profesor explicará en forma de charla los aspectos claves sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino, 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.

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.

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

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

FOD: conferencia interactiva.

Técnicas utilizadas: sesión expositiva, método del caso.

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.

Desarrollo: El profesor motivara la actividad y brindara una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Seguidamente el profesor explicará en forma de charla los aspectos claves del papanicolaou y sus indicaciones, luego realizara preguntas al grupo sobre el tema abordado, sirven para conocer el nivel de comprensión y da la posibilidad de rectificar si es necesario. También permite 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 realiza 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 papanicolaou 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 podemos utilizar diferentes estrategias:

Los participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan 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 realiza 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.

Conclusiones y cierre. Se pide 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.

Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.

Objetivo: Realizar un resumen sobre las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.

FOD: Taller interactivo.

Técnicas utilizadas: palabras claves, lluvia de ideas.

Recursos: Pizarra, papel y lápiz.

Contenido: aspectos generales sobre, qué es el cáncer cérvico-uterino, el Papanicolau y sus indicaciones.

Actividades.

Resumir.

- Como se puede prevenir el cáncer cérvico-uterino.
- Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.
- Importancia del Papanicolau.

- Quienes deben realizarse el Papanicolau y la frecuencia de realización.

Desarrollo: El profesor motivara la actividad y brindara una pequeña introducción destacando las generalidades del tema abordado en los encuentros anteriores. Seguidamente el profesor explicará en forma de charla los aspectos claves del cáncer cérvico-uterino 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.

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.

Referencias bibliográficas

Cronograma de Implementación de la Estrategia

Tema	Fecha	Responsable	Tiempo	Presupuesto
Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.	03/09/2018	Autor	45 minutos	Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.
Tema: 2 Generalidades sobre el cáncer cérvico-uterino.	10/09/2018	Autor	45 minutos	Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.
Tema: 3 Cáncer cérvico-uterino y factores de riesgo.	17/09/2018	Autor	45 minutos	Computadora, infocus, hojas de papel, lápices.
Tema: 4 Papanicolaou, su indicación, frecuencia e importancia.	24/09/2018	Autor	45 minutos	Pizarra, papelógrafo.
Tema: 5 Resumen de las temáticas abordadas sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino.	01/09/2018	Autor	45 minutos	Pizarra, papel y lápiz.

h) CONCLUSIONES

El conocimiento sobre prevención de cáncer cérvico uterino es no satisfactorio con una correlación significativa con el nivel de instrucción ($P=0,002$), la estrategia educativa se diseña a partir de las insuficiencias encontradas, con el objetivo de informar a las mujeres sobre la importancia de la prevención del cáncer cérvico uterino.

i) RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de las conclusiones a las que ha arribado el autor le permiten proponer a los responsables del distrito Riobamba-Chambo y director del Centro de Salud de Cubijés:

- Instrumentar la estrategia diseñada en todos los Centros de salud.
- Es necesario brindar una educación continua sobre el conocimiento sobre la prevención de cáncer de cuello uterino por cuanto hay un desconocimiento del mismo.
- Es recomendable, desarrollar futuros estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias de enseñanza y el aprendizaje sobre el tema para medir los conocimientos hacia la prevención de cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFIA

- A. Martínez Rodríguez, E. M. (2008). Estrategias de intervención en promoción de Salud (Vol. 30). España.
- Alonso, P. L. (2005). Cáncer Cérvico uterino, diagnóstico, prevención y control. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Arnold, Y. (2012). Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Findley ISSN.
- ASIS. (2016).
- Auer A, G. E. (2011). La Organización Panamericana de la Salud y la Salud internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo. (Vol. 2). Panamá: Revista Panamericana de Salud Pública.
- Barragán, H. (2007). Fundamentos de Salud Pública. La Plata, Argentina: Panamericana.
- Bellanges. (1995).
- Bellmunt S., M. C. (2013). La insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y priorización de listas de espera. documento de la SEACV y del capítulo de Linfología y Flebología. España: Angiología.
- Bergan, J. (2007). The Vein book. San Diego, California, USA: Elsevier.
- Birn, A.-E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. Rev Panam Salud Publica 30(2), .
- Botella. (2006). Aparato reproductor femenino. Mexico.
- Briggs CJ, G. P. (2008). Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medios y bajos ingresos en el lugar de la prestación. La Biblioteca Cochrane Plus, 1-9.
- Calduch Brosetaa Juan Vicente Gimenez Lucio Andreu, D. C. (2014). Estudio de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en las unidades de corta estancia en España. (Vol. 3). España: Clin Invest Arterioscl.
- Cáncer, I. n. (2011). Estadios del cáncer de cuello uterino.
- Carrasco, P. (2016). Calidad de vida de las personas con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica que se encuentran en espera de cirugía venosa en el Hospital

- Eugenio Espejo en el año 2105. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- De la Fuente, P. (2005). Patología tumoral del cuello uterino. Madrid.
- Figuroa, N. (2011).
- Fosesi, M. R. (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud.
- FS Catarinella, F. N. (2015). Quality-of-life in interventionally treated patients with post-thrombotic syndrome. *Phlebology*. doi:10.1177/026835551556943
- García, A. (2000). Educación para la Salud La apuesta para la calidad de vida. España: Anran S.A.
- Gesto Castromil R., G. J. (2001). Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. (Vol. 4). España: Angiología.
- Ginecología, S. C. (2012). Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. Santiago-Chile.
- Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2014). La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Enfermería Global*, 232- 240.
- Gonzales, C. M. (2006). Calidad de Atención en el servicio de gastroenterología del Hospital Vargas, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.
- Grupo de investigación en gestión y políticas de salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía. (2008). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Colombia.
- Harrison. (2012). Principios y medicina interna. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoffman. (2009). Gineco-obstetricia (2 ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- INEC. (2011).
- Ivan Ase, J. B. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿progresividad o regresividad en el derecho de Salud? Buenos Aires, Argentina: Salud Colectiva.
- J.A. Brizuela Sanz, E. S. (2013). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores. *Medicine. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.*, 11(45):2717-20.
- Jaramillo J, L. R. (2014). Determinación de la calidad de vida de los pacientes con trastornos venosos crónicos superficiales de miembros inferiores mediante la

- aplicación del cuestionario específico (CiViQ - 14) en tres hospitales de Quito.
ECUADOR: Universidad Central del Ecuador.
- Jimenez, M. (2010). Epidemiología del Cáncer del Cuello Uterino. Colombia.
- John Bergan, C. S. (2007). Venous Ulcers. San Diego, California, USA: Elsevier.
- Jordan, M. P. (2011). Elementos a tener en cuenta Para realizar un diseño de intervención educativa.
- Kumar, M. M. (2009). Cervix premalignat and malignat neoplasias.
- Liz Hamui Sutton, R. F. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Ciudad de México.
- Lopez. (2013).
- Manuel, G. y. (2009). Cancer de cuello de utero. Madrid: Unidad Editorial.
- Mariño, E. d. (2014). Evaluación de la Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario que asiste a la consulta en el departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el período 2012. Universidad Central del Ecuador.
- Mark A. Creager, J. A. (2014). Medicina vascular. Complemento de Braunwald. Tratado de cardiología. Barcelona, España: Elsevier España.
- Martín Martín JM, e. a. (2014). Estudio descriptivo del manejo de la insuficiencia venosa crónica entre niveles asistenciales. España: Angiología.
- Mercurio, D. e. (2012).
- Milburn, J. B. (2010). Monitoreo y Evaluación de Proyectos. Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo .
- Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile. (2013). Metodología de preparación, evaluación y priorización de proyectos Atención Primaria del sector salud. Metodología Proyectos Atención Primaria de Salud.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2002). LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Seguridad del Paciente - Usuario, Manual. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.
- Miranda. (1999).
- Morales, C. (2009). Nivel de Satisfacción en los pacientes que asisten al servicio de Urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel

- de atención. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Santa fe de Bogotá.
- MSP. (2015).
- Municipio de Santiago de Cali. (2013). Manual de Información y Atención al Usuario. Sistema de atención e Información al Usuario, 1-32.
- OMS. (2012).
- OMS. (2012).
- oms. (212). medicina. mmmm, 23.
- OPS. (2001). Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. Salud en las Américas.
- Rocha. (2011). Salud Pública Internacional (Vol. 30). Panamá: Rev Panam Salud Pública.
- Rodriguez, V. S. (2016). Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”. Universidad Científica del Perú. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Rosell, M. (2007). Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.
- Rutherford Robert, C. J. (2014). Vascular Surgery 8th. edition. USA: Elsevier.
- Salinas, j. (2012). Factores de riesgos y prevención del cáncer cérvico uterino. Ecuador.
- Sanabria, J. (2005). Sensibilidad y especificidad de la citología orgánica cervical. Pinar del Rio, Cuba.
- Secretaria de Salud. (Agosto de 2015). Modelo de Atención Integral de Salud. Documento de Arranque. México, D.F.: Primera edición.
- Secretaría de Salud México. (2009). Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. México.
- Secretaría de Salud México. (2015). Modelo de Atención Integral de Salud. México: Secretaría de Salud.
- Secretaria de Salud, Gobierno de Aragón. (2008). Plan de atención al usuario de los Sistemas de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.
- SOLCA. (2012).
- SOLCA. (2014).
- Tapia. (2003). Cáncer cérvico uterino. Mexico.

Torres, S. (2004). *Cancer cérvico uterino*. Mexico: McGraw-Hill.

Valentin, G. F. (2014). *Intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer*. Matanzas.

Vasquez. (2010). *Revision of the venous clinical severity score: Venous Outcomes consensus statement special communication of the American Venous Forum*. USA: Phlebology.

ANEXOS

Anexo No. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dr. Edgar Escobar González, especialista de Medicina Familiar y Comunitaria del Ministerio de Salud Pública, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “**Cáncer cérvico uterino en mujeres inasistentes al control del papanicolaou. Cubijés, Riobamba, enero - junio 2017.** La Comunidad Cubijés, enero - junio 2017” como requisito para obtener el título de Magister. Se encuestará a mujeres de 30 a 64 años de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre prevención de cáncer cérvico uterino 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 cérvico uterino. 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. 2

Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultarán expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre el concepto de cáncer cérvico uterino. Se seleccionarán jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitará 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 serán:

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 medirá.

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 incluyen 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 evaluará 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 identificarán aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems serán analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 60 % o más de ellos.

ANEXO 2 TABLA DE MORIYAMA

Dimensiones	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Concepto de cáncer cervicouterino	0	0	0	0	0	0	0	0
Factores de riesgo de cáncer cervico uterino	15,6	0	28,6	0	28,6	0	28,6	0
Beneficios del Papanicolaou	29,5	0	43,8	14,3	43,8	14,3	43,8	0
Indicaciones para la toma de Papanicolaou	0	0	14,3	0	14,3	0	0	0
Contraindicaciones del Papanicolaou	0	0	15,4	0	15,4	0	15,4	0
Técnica de Papanicolaou	0	0	14,3	0	14,3	0	0	0

Anexo. 3

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTONOMA DE LOS ANDES (UNIANDES)

FACULAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

**ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MUJERES DE 30 A 64 AÑOS DE LA
COMUNIDAD DE CUBIJIES**

Señora / señorita. - De la manera más cordial y respetuosa, solicito comedidamente se sirva contestar la siguiente encuesta la misma que permitirá identificar los principales condicionantes que no permiten realizarse el examen del Papanicolaou.

Este cuestionario es totalmente anónimo, confidencial y tiene preguntas sencillas, pero lo más importante es que responda con sinceridad. Le agradecemos su gentil colaboración porque todo lo que usted diga será en beneficio de la población de féminas del barrio LA Comunidad de Cubijíes, además nos ha de servir para poder proponer algunas soluciones en bien de todas.

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

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente los enunciados que se presentan a continuación y marque la opción que crea correcta para usted.

CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad _____

Estado civil _____

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

Nivel de escolaridad

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

Autoidentificación

Mestizo ()

Indígena ()

1. ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

a) Una infección del cuello uterino _____

b) Un tumor del cuello uterino _____

c) Una inflamación de los ovarios _____

d) No se _____

2. De los siguientes enunciados cuales considera que pueden ser factores de riesgo de la aparición del cáncer cérvico uterino?

a. Mujer mayor de 30 años.

Si_____ No_____

b. Tener más de cinco parejas sexuales-

Si _____ No_____

c. Infecciones vaginales frecuentes

Si _____ No_____

d. Inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años

Si_____ No_____

e. Infecciones de transmisión sexual.

Si_____ No_____

f. Padecer de quiste de ovario.

Si_____ No_____--

g. Gripes frecuentes.

Sí_____ No_____

h. Tener más de 4 hijos.

Sí_____ No_____

i. Primera menstruación antes de 12

Si_____ No_____

3.- Conoce si el cáncer cérvico uterino es prevenible?

Si_____

No_____

4.- Señale cuál de los agentes infecciosos se relaciona con el Cáncer uterino?

a. virus del VIH

b. Virus del papiloma humano

c. Helicobacter pylori

5.- A través de que vía se puede adquirir el virus del papiloma Humano?

a.- Por los alimentos

b.- Relaciones sexuales.

c.- Vías respiratorias

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

a. Endoscopia

c. Papanicolaou

b. Urocultivo

7.- Sabe usted si alguna de las siguientes vacunas sirve para la prevención del cáncer cérvico uterino?

a. Hepatitis

b. Papiloma

c. Influenza

8.- ¿Conoce usted si su madre o abuela tuvo o tiene cáncer cérvico uterino, podría usted contraerlo?

a. SI.....

b. NO.....

9. Ha recibido información sobre el examen de papanicolaou?

a. si _____

b. no _____

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

a. radio _____

b. televisión _____

c. personal de salud _____