

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA:

**“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 30 A 60 AÑO.
CONSULTORIO 4. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE AÑO
2018”.**

AUTORA:

DRA. PATRICIA NARCISA LÓPEZ CHICA

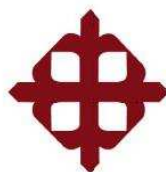
**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TUTOR:

DR. REINERIO RUBIO ROJAS

Guayaquil – Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA
SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Patricia, Narcisa López Chica*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

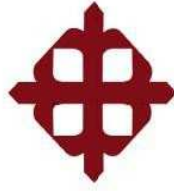
Guayaquil, a los 14 días del mes de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Reinerio Rubio Rojas

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Patricia Narcisa López Chica

DECLARO QUE:

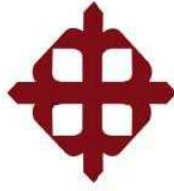
El trabajo de investigación “Diseño de una estrategia educativa para la prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio 4. Centro de Salud Enrique Ponce Luque año 2018.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 14 días del mes de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Dra. Patricia Narcisa López Chica



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN:

YO, Patricia Narcisa López Chica

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de una estrategia educativa para la prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 año. Consultorio 4. Centro de Salud Enrique Ponce Luque año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de diciembre del 2018

EL AUTOR:

Dra. Patricia Narcisa López Chica

Urkund Analysis Result

Analysed Document: REVISION ANTIPLAGIO.docx (D45645315)
Submitted: 12/12/2018 9:32:00 PM
Submitted By: drapatylopez84@yahoo.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>
<http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-y-tratamientos-a-z/c/294-cancer-de-cuello-uterino>
<http://www.revistaespacios.com/a18v39n40/a18v39n40p08.pdf>

Instances where selected sources appear:

3

1. Agradecimiento

Nuestra vida desde que nacemos transita por varias etapas, convirtiéndose cada día una mejor que la otra, y la culminación de cada etapa no sería posible sin la colaboración de quienes quieren vernos triunfar sin egoísmos, por eso agradezco infinitamente a mis padres quienes con mucho esfuerzo como siempre han constituido el pilar fundamental en cada logro alcanzado, gracias Madre mía por tu apoyo infinito, gracias por existir en mi vida; a mi esposo que con su amor y compañía me ha incentivado innumerables veces para que no decline; a mis hijos que por el solo hecho de existir constituyen la inspiración que le da sentido a cada segundo de mi vida, sacrificando momentos tan valiosos a su lado, pero que empezarán a dar sus frutos. Un agradecimiento especial a una compañera y amiga del posgrado que desde el primer día que emprendimos ésta aventura me extendió su mano y ayudó de una manera incondicional hasta el término de la misma, gracias Erika Cáceres y a quienes estuvieron siempre pendientes de nuestra formación, a nuestros profesores que de manera directa estuvieron siempre conmigo representados por la Dra. Hilda Fernández, Dra. Hortensia Linares que a pesar de la distancia siempre estuvo ayudándome y pendiente de mi desarrollo, así como al Dr. Carlos Ladrón de Guevara y a mi tutor de la tesis el Dr. Reinerio Rubio Rojas.

Y mi agradecimiento eterno a la misión médica cubana y a la misma Cuba, quién me acogió como suya en mi formación de pre grado y ahora en la formación de mi especialidad envió a sus mejores elementos para continuar mi formación. Gracias infinitas a mi padre celestial, sin Dios nada es posible, sus enormes bendiciones son las que me han permitido disfrutar del amor, el cariño y la amistad de quienes me rodean.

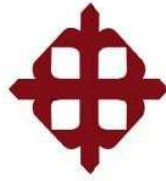
2. Dedicatoria

Este trabajo de investigación ésta dedicado a las personas que han estado incondicionalmente cada día apoyándome para alcanzar éste logro profesional.

A mis incondicionales padres Guillermo López y Piedad Chica, por brindarme su apoyo absoluto, en todos los momentos de mi vida, sus muestras de amor, confianza y cariño han impulsado mi vida a siempre buscar la excelencia como ser humano y profesional apegado a los valores.

A mi amado esposo Douglas Salvador, ese amor incondicional entre nosotros es lo que hizo que cada momento difícil nos mantengamos más unidos y superando cada obstáculo para así disfrutar de éste éxito de forma especial.

A mis más grandes tesoros, mis hijos, Danna Abigaíl y Samir Emanuel por ser el motor que impulsa y da sentido a mis días, porque cada esfuerzo es pensando en ellos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO



ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADOR DOCENTE

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE CHILE		 Facultad de Educadores Universidad Católica de Chile Santiago de Chile				
SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN						
TEMA: * DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS. CONSULTORÍA, CENTRO DE SALUD ENRIQUE FONCELAQUE, AÑO						
ALUMNO: DRA. PATRICIA MARCESA LOPEZ CHECA						
FECHA: 14 DE DICIEMBRE DE 2018						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						
Observaciones:						
Lo certifico,						
		DR. XAVIER LANDIVAR VARAS DIRECTOR DEL POSGRADO MFC TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN		DR. YUBEL BATISTA PEREDA Oponente TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN		
				DRA. SANNY ARANDA CANOSA COORDINADORA DOCENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN		

5. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIV
8 RESUMEN.....	XV
9 ABSTRACT.....	XVI
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	6
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
11.2 FORMULACIÓN.....	6
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
12.1 GENERAL.....	7
12.2 ESPECÍFICOS.....	7
13 MARCO TEÓRICO.....	8
13.1 ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGÍA.....	8
13.2 DEFINICION Y CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	10
13.3 FACTORES DE RIESGO.....	11
13.4 IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS.....	20
13.5 MARCO LEGAL.....	22
14. MÉTODOS.....	25

14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	25
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	28
14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	26
14.2.3 Técnicas de recolección de información.....	28
14.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	30
14.3 VARIABLES.....	31
14.3.1 Operacionalización de variables.....	31
15 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
16 CONCLUSIONES.....	52
17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN GRUPO DE EDADES. AÑO 2018.....	36
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. AÑO 2018.....	37
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN OCUPACIÓN. AÑO 2018.....	39
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LA NATURALEZA MALIGNA DE LA ENFERMEDAD. AÑO 2018.....	40
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL HÁBITO DE FUMAR COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	41
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	42
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	43
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE TENER VARIOS COMPAÑEROS SEXUALES COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	44
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	45
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES COMO FACTOR DE RIESGO. AÑO 2018.....	46
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL USO DEL PRESERVATIVO COMO PREVENCIÓN. AÑO 2018.....	47
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL PAPANICOLAOU. AÑO 2018.....	48

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA PARA REALIZAR EL PAPANICOLAOU. AÑO 2018.....	49
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO. AÑO 2018.....	50
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. AÑO 2018.....	51

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	67
ANEXO 2: ENCUESTA.....	68
ANEXO 3: ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	73

8 Resúmen

Antecedentes: El cáncer de cuello uterino, es una afección de gran impacto en todas las esferas sociales que contribuye a las altas tasas de morbilidad en el mundo entero. Ocupando el tercer lugar en el Ecuador con el 8,41% de defunciones, año 2015. **Objetivo:** diseñar una estrategia educativa para la prevención del cancer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años del consultorio 4, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal, que incluyó 81 mujeres de 30 a 60 años del centro de Salud Enrique Ponce Luque, de enero a julio de 2018, la información fue tomada a través de una encuesta. Los resultados fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 20.0. **Resultados:** en el estudio predominó el grupo de edades de 30-39 años (39,6%), bachiller (53%) y amas de casa (75,3%), además que existe desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, tales como infección por papiloma virus (81,5%), compañeros sexuales (81,5%), multiparidad (90,1%), inicio precoz de las relaciones sexuales (88,9%), uso del preservativo (51,9%); frecuencia con que se realiza PAP (55,6%). **Conclusiones:** La mayoría de las mujeres en el estudio mostraron desconocimiento lo que eventualmente puede alertar a las autoridades de salud y reforzar el programa de prevención. Por lo que es necesario realizar una estrategia educativa que permita modificar el conocimiento acerca de los factores de riesgo.

Palabras clave: CÁNCER DE CUELLO UTERINO, FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIA EDUCATIVA.

9 Abstract

Background: Cervical cancer is a condition of great impact in all social spheres that contributes to the high rates of morbidity and mortality in the entire world. Occupying the third place in Ecuador with 8.41% of deaths, year 2015. **Objective:** design an educational strategy for the prevention of cervical cancer in women from 30 to 60 years of office 4, health center Enrique Ponce Luque . Year 2018. **Materials and Methods:** a descriptive, observational, prospective, cross-sectional study was conducted, including 81 women aged 30 to 60 years old from the Enrique Ponce Luque Health Center, the information was taken through a survey. The results were processed through the statistical program SPSS version 20.0. **Results:** in the study the age group of 30-39 years (39,6%), bachelor (53%) and housewives (75,3%) predominated, in addition there is ignorance of the risk factors of cervical cancer, such as infection by papilloma virus (81.5%), sexual partners (81.5%), multiparity (90.1%), early onset of sexual intercourse (88.9%) condom use (51.9%); frequency with which PAP is performed (55.6%). **Conclusions:** The majority of the women in the study showed lack of knowledge, which could eventually alert the health authorities and reinforce the prevention program. Therefore, it is necessary to carry out an educational strategy that allows to modify the knowledge about the risk factors.

Key words: UTERINE NECK CANCER, RISK FACTORS, EDUCATIONAL STRATEGY.

10 INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino, es una patología en la cual existen células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. El desarrollo de ésta patología es lento comenzando por una lesión precancerosa que recibe el nombre de displasia. La causa más frecuente de los cánceres cervicales es el virus del papiloma humano. (VPH), el cual se trasmite a través de las relaciones sexuales (1-3). Se plantea que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer del cuello uterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años (4).

El cáncer de cuello uterino, es una afección de gran impacto en todas las esferas sociales que contribuye a las altas tasas de morbimortalidad en el mundo entero (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que el cáncer de cuello uterino es la tercera patología maligna con mayor prevalencia entre todas las neoplasias con una elevada mortalidad en los países de bajos ingresos (6). Se estima que el cáncer de cuello uterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo su incidencia llega hasta 40 % por 100.000 mujeres (7).

La incidencia de esta afección varía entre 2.6 a 54.6 % en las distintas zonas del mundo. Las tasas más altas se hallan en América Central y del Sur, sureste de Asia, África y este de Europa. Latinoamérica y el Caribe son consideradas regiones de alto riesgo de cáncer de cuello uterino (CCU), los países con mayor número de casos son; Bolivia, Chile, y México, así como Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, reportando tasas inferiores Puerto Rico y Cuba (8). Las mujeres que se encuentran entre la cuarta y quinta década de la vida, son las más afectadas por el CCU y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años para una tasa de incidencia de 7,6 por 100.000 con respecto a las mujeres jóvenes que es de 1,2 por 100.000 (9).

El cáncer de cuello uterino es considerado una patología susceptible de control, por lo que resulta importante profundizar en el conocimiento sobre los factores de riesgo, su etiología, su historia natural y el mecanismo biológico de cada uno de los factores asociados a esta entidad. Su origen se considera multifactorial y algunos de éstos han sido relacionados con la afección; estableciendo de esta forma poblaciones de mayor o menor riesgo de padecer éste cáncer. La mayoría de estos factores tienen relación con los estilos de vida de las personas, sobre todo en la conducta sexual (10).

Si bien el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección por el virus papiloma humano, múltiples estudios identificaron otros factores de riesgo asociados a dicha neoplasia como la edad temprana de la primera relación sexual cuando esta ocurre antes de los 16 años, obesidad, uso de anticonceptivos orales, multiparidad (dos o más hijos), número de parejas sexuales, inmunosupresión y el consumo de tabaco, por lo que el estilo de vida juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino (10). La mayoría de los factores de riesgo se vinculan con la actividad sexual y la exposición a las enfermedades transmitidas por ésta. La transmisión de infección por virus de papiloma humano se da por contacto directo de piel a piel, mucosa oral y genital, siendo muy frecuente la vía sexual. La Organización Panamericana de la Salud en 2012 estimó que existieron unas 36.000 muertes por éste cáncer en la región de las Américas y 80% de estas muertes correspondieron a América Latina y el Caribe (11 - 13).

El 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino ocurrieron después de los 30 años de edad (7). El Registro Nacional de Tumores (RNT) de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) –Quito, estimó que para el año 2013 existirían 1259 casos nuevos de cáncer invasor de cuello del útero en todo el país. Siendo un problema de salud de vital importancia por la pérdida de años potenciales de vida y la afectación en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen (14). El 4,7% del

total de fallecidos del año 2015 en la población de 30 a 64 años en el Ecuador corresponden a cáncer(2), siendo el más frecuente en el sexo femenino, el cáncer de cuello uterino (7).

El modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC), establece la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Además de priorizar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias y la comunidad (15).

A pesar de existir en el Ecuador un programa establecido de pesquizaje del cáncer de cuello uterino a través del Papanicolaou (PAP), la población femenina ecuatoriana, aún presenta cierto rechazo a su realización, debido a múltiples causas; las cuales dependen propiamente de la usuaria (les resulta incómodo, sentimiento de vergüenza) y del sistema de salud (el sistema de agendamiento no coincide con los días que se consideran indicados para la realización de esta prueba, etcétera), pero sobre todo es la baja percepción del riesgo que se tiene sobre ésta enfermedad y el escaso conocimiento que se tiene sobre los factores de riesgo, es lo que lleva a ocupar uno de los primeros lugares dentro las estadísticas de la región, como uno de los principales países con mayor casos de cáncer de cuello uterino.

No existen registros oficiales a nivel de la provincia de Los Ríos, sobre el número de casos de mujeres que padecen cáncer de cuello uterino, menos aún estudios sobre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y la aparición de la enfermedad. El centro de salud Enrique Ponce Luque, no se escapa de ésta ausencia de registro, lo cual se evidencia en la práctica diaria como médicos de familia: las pacientes no acuden a consulta motivadas por obtener información sobre ésta entidad, así como la mayor parte de las mismas no se han realizado nunca un PAP o en su defecto hace más de tres años que no lo actualizan.

Frente a esta problemática de salud en nuestro medio, la presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos que posee nuestra población femenina de 30 a 60 años sobre los factores de riesgo para desarrollar el cáncer de cuello uterino. Los resultados del mismo serán punto de partida para diseñar una estrategia de intervención que permitan empoderar a nuestra población sobre la percepción de riesgo frente esta patología, y de ésta manera fortalecer la promoción de salud y la prevención de salud, así como modificar patrones de conducta que lleven a la población femenina a estilos de vida saludables.

Se plantea un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio serán las mujeres de 30 a 60 años pertenecientes a la población del consultorio 4 de medicina familiar del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo en el periodo 2018, se incluirán en el estudio a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión ; se les aplicará una encuesta elaborada por la autora para determinar el nivel de conocimiento de la población en estudio sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, identificar el nivel de conocimiento, así como los componentes de la estrategia de intervención, previo consentimiento informado y cumpliendo los principio éticos.

La investigación transcurrirá por la revisión de la bibliografía argumentada en el marco teórico, el planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, continuará con la presentación detallada de la metodología hasta llegar a la presentación de los resultados en tablas y la discusión de los mismos, para llegar a plantear conclusiones y recomendaciones.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.

El cáncer cervicouterino es un problema grave de salud pública, a nivel mundial, el 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino ocurre después de los 30 años de edad. El 4,7% del total de fallecidos del año 2015 en la población de 30 a 64 años en el Ecuador corresponden a cáncer siendo el más frecuente en el sexo femenino, el cáncer de cuello uterino.

En el Centro de Salud Enrique Ponce Luque específicamente en el área urbana que recibe atención por los postgradistas de Medicina Familiar y comunitaria se ha identificado una baja percepción de los factores de riesgo de esta entidad en nuestra población femenina a través del proceso de dispensarización y análisis de la situación integral de salud (ASIS), esto unido a una baja cobertura de la realización de la citología orgánica de cérvix en la población femenina incluida en el programa de prevención de cáncer cervicouterino.

11.2 Formulación.

¿Qué elementos pueden ser considerados en el diseño de una estrategia educativa sobre el conocimiento de los factores de riesgo para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años, del consultorio 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

- Diseñar una estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años en el consultorio No 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

12.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el conocimiento que poseen las mujeres de 30 a 60 años sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.
- Identificar los componentes para el diseño de la estrategia educativa sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.
- Elaborar una estrategia educativa para el conocimiento del cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Antecedentes y Epidemiología.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), líder durante las últimas décadas de reformas y políticas, reconoce la Salud como algo más que la ausencia de enfermedades, resalta la importancia de la interacción armónica entre las esferas físicas, mentales y sociales, enfatiza entre los privilegios por la promoción de salud y la prevención de enfermedades, deja claro que los distintos sectores sociales deben cooperar y trabajar juntos para que las personas tengan acceso a los servicios previos a la salud y se protejan de riesgos ambientales, concede además un papel protagónico a la Atención Primaria de Salud (16).

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extiende más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (17).

El cáncer del Cuello Uterino es aún hoy en día, la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres de América Latina entre los 20 y los 40 años de edad y la tercera entre las causas de mortalidad por cáncer en el género femenino, siendo solo superada por cáncer de mama y del pulmón. La Organización Mundial de la Salud en un reciente informe admite que unas 529.409 mujeres reciben un diagnóstico de cáncer de Cuello Uterino en el mundo y 274.883 mueren por esta enfermedad. Aproximadamente el 80% de este estimado se produce en los países menos desarrollados (18).

En las Américas, se calcula que se producen alrededor de 92.136 casos y 37.640 defunciones al año, que representan una considerable pérdida económica que podría estimarse en más de US\$ 3.600 millones (19). Es esta una patología reconocida por

más de 50 años como una enfermedad ligada a la conducta sexual de la mujer o su pareja (20-22) y que además se distribuye con una marcada inequidad al afectar desproporcionadamente a las mujeres de los estratos sociales más pobres y a las regiones más desfavorecidas económicamente (23); hasta el punto que las tasas de mortalidad por este cáncer son tres veces mayores en América Latina y el Caribe, que en Estados Unidos y Canadá. (19). Las diferencias entre los países de la Región, para el periodo del 2.000 al 2.012, obtenidos de los informes de Globocan, muestran 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). Estas diferencias no son necesariamente una consecuencia de variaciones en la conducta sexual de estas poblaciones, sino sobre todo a un desigual acceso a medidas de control (23).

El cáncer cervicouterino, o carcinoma del cuello uterino, es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero (24). Incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero; consiste en un proceso mórbido, en el cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino (25).

En los países latinoamericanos, más de 30.000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja de esta enfermedad (25,26). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y mueren más de 550 000 mujeres, y que de estas, el 80 % proceden de países subdesarrollados (27).

El desarrollo del cáncer cervical, generalmente, es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia, que se puede detectar por medio de un citodiagnóstico vaginal y es 100 % tratable; por esta razón, es tan importante que las mujeres se practiquen dicho estudio regularmente. La mayoría de las féminas a

quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad, no se han realizado esta prueba citológica o no han tenido un seguimiento evolutivo por resultados anormales (27,28)

13.2 Definición y características generales.

El cáncer cervicouterino o cáncer del cuello del útero, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. Es una clase común de cáncer en la mujer, se sitúa en el cérvix uterino, en la porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina, lugar donde las células del cérvix se malignizan causando el cáncer, por lo general va precedido por afecciones pre malignas cuya transformación es prolongada, lo cual implica que las afecciones pre malignas y carcinoma sean mayor que los casos de la afección en etapa invasiva por lo que facilitaría realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que previene el desarrollo natural del proceso hacia estadios avanzados, se debe tener presente que el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) indica que existen alteraciones a nivel de las células del cuello del útero, las cuales pueden ser curables en su totalidad con tratamiento (29).

El cáncer cervicouterino no se presenta de forma súbita; cuando el factor de riesgo se prolonga, se va transformando progresivamente el epitelio presentando alteraciones pre malignas que se convierten en cáncer. Estas lesiones pre invasivas incluyen neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Después, las células neoplásicas comienzan a crecer y a diseminarse profundamente en el cuello uterino, los tejidos vecinos o a distancias según el desarrollo que siga la enfermedad (6).

El cuello del útero está cubierto por epitelio pavimentoso estratificado, histológicamente el cáncer de cérvix es un proceso proliferativo celular, que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hiperchromacia, mitosis anormales y polimorfismo celular, con invasión o no de la capa basal. Las lesiones intraepiteliales antiguamente llamadas displasias, tienen un espectro de cambios dinámicos. Las mismas tienen una alta incidencia y una alta prevalencia, que constituyen un desorden de la capa basal del epitelio por

hiperactividad mitótica con aberraciones y atipias celulares, pero en la que no se pierde la normal estratificación del epitelio. En el caso de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado existe falta de diferenciación celular que afecta, aproximadamente, al tercio inferior del epitelio, expresada por la desaparición de la estratificación, falta de polaridad celular normal, alteración del núcleo, hiperchromatismo, aumento de la mitosis, atipias coilocíticas. En las lesiones intraepiteliales de alto grado, las alteraciones antes señaladas se extienden entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio, mientras que en el carcinoma in situ las alteraciones del epitelio son evidentes, donde ya se puede ver pérdida de la estratificación normal y falta de polaridad celular. En el Congreso de Citología efectuado en la ciudad de Bethesda se realizó la clasificación de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) estudiadas por Richart, quien mencionó que las células tienen las mismas características genéticas, morfológicas y metabólicas que las neoplásicas (30). Se clasifican en:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG).
- Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG).
- Cáncer.

El poder detectar rápidamente los síntomas de la enfermedad permite realizar un diagnóstico de la misma en estadios iniciales, en ocasiones incluso pre invasivo. El síntoma más frecuente es la coitorragia; toda mujer que lo padezca precisa valoración por un ginecólogo aunque el resultado de su citología haya sido normal. La presencia de metrorragia también requiere descartar la posibilidad de esta patología (30).

13.3 Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano (PVH). Dicho agente causal provoca una infección de transmisión sexual (ITS) que, en muchos casos, es asintomática. Dada esta

característica del PVH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte (31).

Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son: relaciones sexuales a una edad temprana; tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples; contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH; uso de anticonceptivos orales, poseer antecedentes familiares de primera línea (madre) de cáncer cervicouterino. El grupo etario más vulnerable es el de 25-60 años de edad, y se conoce que el riesgo de contraer esta neoplasia aumenta con la edad. Entre otros factores de riesgo, se han señalado el hábito de fumar y el bajo nivel socioeconómico. Las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento (24-28, 31).

Al considerar estos factores de riesgo, resulta importante conocer los que se pueden modificar tales como: fumar o una infección con el virus del papiloma humano, en vez de enfocarse en los que no se pueden modificar tales como: edad y antecedentes familiares. Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas (31).

Investigaciones epidemiológicas en los años recientes se han centrado en la comprensión del rol de factores de riesgo que actúan en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano, o de factores coexistentes que mediarían la progresión en el continuo de los grados de lesión, entre los que más influyen se encuentran (29):

- Edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Número de parejas sexuales del compañero.
- Antecedentes de infección de transmisión sexual.

- Tipo de infección de transmisión sexual.
- Antecedentes de afección en el cérvix.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Paridad.
- Antecedentes familiares de CCU.
- Tabaquismo

13.3.1 Edad de inicio de las relaciones sexuales.

El inicio precoz de las relaciones sexuales implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cervicouterino son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si además existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasma activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino (29). Típicamente, las mujeres contraen este virus durante la adolescencia y durante sus 20 o 30 años. No obstante, puede tomar hasta 20 años o más después de la infección inicial para que se desarrolle el cáncer del cuello uterino. Estudios epidemiológicos han confirmado que la exposición de las mujeres al virus del papiloma humano ocurre de forma muy precoz después de iniciar relaciones sexuales y que la susceptibilidad del cuello uterino de la mujer adolescente está aumentada, de forma que las infecciones en esta edad conllevan a un riesgo superior de cronicidad y de progresar a lesiones de alto grado y a cáncer. Se estima que el 74 % de las infecciones nuevas por virus del papiloma humano se producen entre los 15 y los 24 años de edad (32).

Se plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cervicouterino debido a la mayor incidencia de

cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por HPV, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica (33).

13.3.2 Número de parejas sexuales.

El cambio frecuente de parejas y el elevado número de parejas sexuales durante un periodo de seis meses, se convierte en un referente para el riesgo de cáncer cervicouterino. Puede medirse como tener una pareja o tener múltiples parejas sexuales, que participen en actividades sexuales de alto riesgo debido a una conducta sexual promiscua (33,34).

Existe una relación estrecha entre el riesgo de lesiones intraepiteliales y el número de parejas sexuales. Las mujeres inactivas sexualmente raramente desarrollan cáncer cervical; mientras que, la actividad sexual en edades tempranas, con múltiples parejas sexuales, es un potente factor de riesgo (34).

La promiscuidad es un factor muy relevante para el contagio del Virus del Papiloma Humano, actualmente los adolescentes y la población en general cuentan con información suficiente que permita a los adolescentes reflexionar sobre todos los riesgos de las diferentes enfermedades de transmisión sexual. Diferentes estudios, indican que todos los adolescentes que han tenido o tienen dos o más parejas con quienes realizan sus actividades sexuales se encuentran con más probabilidades de algún día en su vida ser contagiados por el Virus del Papiloma Humano (35).

13.3.3 Número de parejas sexuales del compañero.

La probabilidad de que las mujeres tengan mayor riesgo de presentar la enfermedad se relaciona con la presencia de ácido nucleico viral en el pene o la uretra de su pareja sexual, tienen un riesgo tres veces superior si su compañero sexual ha tenido parejas previas que han desarrollado la enfermedad (36). La relación entre número de parejas sexuales y el cáncer de cuello uterino, fue descubierta hace varias décadas, pero siempre se había tomado como un tema relacionado a la vida sexual de la mujer. Pero ya se ha demostrado que el número de parejas del hombre tiene un rol muy

importante, según un estudio realizado por el Instituto Catalán de Oncología en España, el número de parejas sexuales del hombre aumenta en la mujer el riesgo de contraer el Virus de Papiloma Humano (37). Algunos investigadores, han afirmado que el agente cancerígeno estaría en el ADN del espermatozoide; ya que los espermatozoides pueden estar hasta 60 horas en el canal cervical y por su gran movilidad y penetración se introducirían al interior de la células epiteliales; esta penetración según estudios in vivo e in vitro sólo ocurriría en fases de la metaplasia, de mayor actividad metabólica. El papel del varón en el riesgo en la transmisión de la infección se atribuye en gran medida al semen. Su fisiopatología está determinada porque al producirse la eyaculación dentro de la vagina, los espermatozoides contenidos en el semen, ascienden a través del canal endocervical y una elevada cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamocolumnar, lugar donde se desarrolla el mayor número de neoplasias. Además, el plasma seminal contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune y este efecto local puede constituir un factor que contribuya al desarrollo de neoplasias (38).

13.3.4 Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son infecciones que se adquieren, por lo general, por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos (39.)

Anualmente millones de personas son diagnosticadas con algún tipo de ETS, las más comunes son clamidia, gonorrea, herpes, y el virus del papiloma humano (VHP). Las mujeres que tienen una ETS, especialmente el VHP, tienen mayor riesgo de tener cáncer cervical. Algunas tipos de VHP hacen que las células del cuello del útero se transformen en cancerosas. Las mujeres que tienen ETS también tienen mayor riesgo de tener otros problemas de salud como la infertilidad y la inflamación pélvica (40).

En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH no son serias, son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento. Sin embargo, en algunas personas, las infecciones por el VPH provocan la aparición de verrugas genitales, anomalías en las pruebas de Papanicolaou y cáncer de cuello uterino.(41) A

pesar de que todas las infecciones antes mencionadas son importantes para la aparición del CCU, la gran mayoría de los casos de cáncer cervical son causados por el VPH, agente de transmisión sexual que infecta las células del cérvix y poco a poco termina provocando cambios en las células y permite la aparición de un cáncer cervicouterino (40, 41).

Se han agrupado en tipos de alto riesgo a las cepas que tienen capacidad de inducir tumoración:16, 18, 31, 33,35,39,45,51,52,56, 58, 59, 66, 68, los cuales se relacionan con cáncer invasivo y lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado (LIEBG y LIEAG); y los de bajo riesgo:6, 11, 42, 43, 44 asociados principalmente con verrugas genitales(11).

13.3.5 Antecedentes de afecciones de cérvix.

El cérvix se encuentra expuesto a múltiples afecciones y lesiones, las mismas que constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo del CCU, las más comunes se exponen a continuación:

Cervicitis. Es la inflamación del cuello del útero causada por bacterias estafilococos y estreptococos o infecciones de transmisión sexual, como gonorrea, clamidia, tricomonas o virus del papiloma humano (VPH); es muy común, afecta a más de la mitad de las mujeres en algún momento de su vida adulta; se caracteriza por dolor pélvico y por generar abundante secreción amarillo verdoso, puede complicarse con obstrucción de las trompas (42).

Ectropión. Alteración del cuello uterino caracterizado por salida de la mucosa interna. Se parece a una úlcera y es muy frecuente en la mujer en edad fértil y en embarazadas a causa de la acción de hormonas femeninas, pero tras la menopausia vuelve a su normalidad. Esta lesión es curable al cien por ciento, pero se debe llevar control y seguimiento por el médico, ya que de persistir puede ocasionar lesiones crónicas y terminar en cáncer cervicouterino (42).

Ulceración cervical. El tejido del interior del canal cervical o alrededor del orificio puede infectarse, tomar color rojo y textura granular dando apariencia erosionada e

inflamada. Las causas pueden ser una relación sexual violenta, inadecuada inserción de un tampón u otro objeto, infección (vaginal o de transmisión sexual) y sustancias químicas (cremas o espumas anticonceptivas y espermicidas) (42).

Pólipos. Son crecimientos pequeños y frágiles en forma de proyectil originados en la superficie mucosa del cuello uterino; son relativamente comunes en las mujeres mayores de 20 años de edad que han tenido hijos. En la mayoría de los casos solamente se presenta un pólipo, aunque en ocasiones se pueden encontrar 2 ó 3. La causa aún no se ha comprendido completamente, pero con frecuencia son resultado de una infección, aunque suelen asociarse a inflamación crónica o a niveles elevados de estrógeno (42).

Papiloma virus. Los tejidos del útero y su cuello son altamente susceptibles al ataque de este tipo de microorganismos VPH, de los cuales se conocen 60 variedades, siendo ocho los causantes de problemas genitales y, de éstos, dos son los más graves que pueden propiciar verrugas (también llamadas condilomas; cabe destacar que son responsables del 90% de los casos de cáncer cervicouterino, pero de detectarse estas lesiones en etapas tempranas pueden ser tratadas mediante la cauterización en frío (congelación que destruye al tejido), tratamiento láser (cirugía con luz de alta intensidad) y extirpación quirúrgica (43).

El daño se conoce también como displasia y se cataloga en tres categorías: leve (NIC I), moderada (NIC II) y severa o carcinoma in situ (NIC III); las lesiones de menor grado llegan a desaparecer solas, mientras que las de mayor grado pueden llegar a degenerar en un tumor maligno (44).

13.3.6 Antecedentes de uso de anticonceptivos orales.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Estudios sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo

normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas (45).

Además se ha descrito que existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales, estrógeno y progesterona, presentes en los anticonceptivos orales, son factores que facilitan los efectos celulares de la infección por VPH (9).

La Sociedad Americana Contra el Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar anticonceptivos orales superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (46).

13.3.7 Paridad.

Las mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo mayor de presentar lesión intraepitelial que las que nunca han parido o que han tenido un solo hijo y a pesar de no contar con una explicación definitiva sobre esto, se cree que la inmunodepresión propia de los embarazos aumenta la posibilidad de infección por VPH (33).

Se plantea que con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con posible acción carcinogénica (33). Se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgo del cáncer cervicouterino. Se considera que durante el embarazo se produce una depresión inmunológica y de los folatos en la sangre, elementos que se han asociado a un incremento de lesiones intraepiteliales mientras más embarazos tenga la mujer (38). Se ha encontrado un incremento de carcinoma cervical y de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), en pacientes con gestaciones previas, los cuales consideran que la mujer se encuentra inmunodeprimida o baja sus defensas inmunológicas en cada embarazo; este déficit inmunológico repetido puede influir en una infección cérvico vaginal, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto. Según la OMS,

una mujer debe tener máximo tres hijos, cada tres años y hasta los 33 años de edad, clasificando la paridad según el número de hijos que tiene la mujer, como:

- Nuliparidad, cuando la mujer no ha tenido ningún parto.
- Multiparidad, cuando la mujer tiene más de 3 partos (44).

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (44).

13.3.8 Tabaquismo.

En relación con el hábito de fumar, desde hace más 30 años se consideró la teoría que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y de laringe podría también relacionarse con el cáncer de cuello uterino del mismo tipo histológico. En la actualidad, el hábito de fumar se relaciona con la aparición de lesiones precursoras y de cáncer cervical. Los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce (47).

Existe una relación directa entre el riesgo de contraer cáncer cervicouterino y la duración y la intensidad del hábito de fumar. El hábito de fumar también incrementa el riesgo de cáncer cervicouterino, pues la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un oncogén capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales, el daño en el ADN causa que las células se transformen en cancerosas, debido que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local (12).

No haberse practicado el estudio citológico por bajo nivel de conocimiento sobre el mismo o sentimiento de temor o vergüenza es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante la técnica propuesta

por *Papanicolaou* (prueba citológica), es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, más de la mitad de los casos se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares (48).

Esta técnica es muy utilizada en los programas actuales de pesquisa gracias a que *George N. Papanicolaou* en 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis vaginales en mujeres voluntarias trabajadoras en el Hospital de Mujeres de Nueva York, de forma involuntaria realiza el estudio en una portadora de cáncer de cuello uterino. El describiría entonces; "La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las más estremecedoras experiencias de mi carrera científica" (49).

En 1945 la Sociedad Americana de Cáncer apoyó el uso de la citología vaginal como un examen preventivo efectivo para el cáncer cervical, es una prueba sencilla, de fácil y rápida realización porque toma solo minutos, es bien aceptado por la población y tiene una adecuada relación costo/beneficio. En los últimos 40 años, con el uso de esta prueba, la incidencia del cáncer de cérvix invasor descendió en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados, donde no se aplica el programa, sigue siendo el cáncer genital más frecuente (50).

13.4 Importancia de las intervenciones educativas en salud.

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 (51 -53) .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 (54).

La educación para la salud es un pilar fundamental para el éxito de cualquier programa. El conocimiento de la población sobre la enfermedad, etiología, factores de riesgo, características epidemiológicas, sintomatología y consecuencias de la enfermedad, resultan de vital importancia para comprender las ventajas de la detección temprana con la prueba citológica, por eso, resulta imprescindible la promoción de salud para lograr la concientización de la población de riesgo o evaluada dentro de los parámetros establecidos sobre los beneficios de su realización (55).

La Declaración de Alma Ata resalta que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costos permisibles. (52).

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como

mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. (56).

La Educación para salud según la OMS dice lo siguiente: “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (57).

Los problemas de salud vigentes son multicausales y complejos y requieren acciones bien articuladas que combinen diferentes estrategias, métodos y técnicas. Necesitan un abordaje con múltiples dimensiones: investigación, medio ambiental, clínico, educativo, etc. La educación para la salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramienta primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias, etc. (58,59).

Existen diferentes tipos de intervención los cuales están destinados a educar a la población, y brindar conocimientos para obtener prácticas sexuales adecuadas que constituyan factores protectores para la prevención del CCU, entre los que podemos mencionar: consejo e información, educación individual, educación grupal o colectiva y promoción de salud (55).

La educación para concientizar es una parte integrante de todos los programas de detección temprana, por lo que la concientización sobre la salud sexual incluye educación de salud pública sobre el conocimiento de los factores de riesgo y síntomas del cáncer cérvico uterino, y de la importancia de solicitar una evaluación médica para resolver inquietudes relacionadas con ésta patología (60).

13.5 Marco legal.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del

derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales (61).

La Constitución de la República del Ecuador dispone en su: “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos; el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (61).

También en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, capítulo III artículo 69 que se refiere a enfermedades crónicas no transmisibles indica: “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto” Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos (60).

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas (61).

El Plan Nacional del Buen Vivir en su objetivo 3 indica mejorar la calidad de vida de

la población. Temas como salud sexual y reproductiva se han ampliado: se integraron diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de cuello uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral (62).

El profesional de la salud tiene la misión de establecer estrategias de prevención sobre enfermedades como el cáncer de cuello uterino, ya que son las personas que tienen un contacto directo con el usuario, permitiendo por este medio la transmisión de información acerca de cómo prevenir el contagio del VPH (virus que ocasiona el cáncer de cuello uterino), principalmente a través de talleres, charlas en consulta y en la comunidad; pese a esto se evidencia que la prevalencia e incidencia en las mujeres de nuestro país no disminuye de la manera que se desea, y esto es por la falta de interés de las usuarias acerca del cuidado de su salud. Por ende con el estudio, se conseguirá no solo medir el nivel de conocimiento de las usuarias sobre esta neoplasia, sino también identificar los factores de riesgo presentes en la población en estudio, y de esta manera se podrán implementar estrategias más adecuadas, a nivel institucional, que intervengan en la población en riesgo, buscando la integración de un equipo multidisciplinario, capacitado en el tema. A la par esta investigación, servirá como evidencia científica, para el equipo de trabajo del centro de salud, distrito y porque no a nivel nacional, los cuales podrán acceder a datos estadísticos o que busquen identificar riesgos en este grupo poblacional de la institución, contribuyendo como producción efectiva a nivel institucional y nacional.

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

En correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en el consultorio 4 de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio de nivel investigativo observacional, en cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados. De carácter descriptivo, (univariado) con una variable de interés y las demás de caracterización. De acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable de estudio se clasifica de corte transversal donde las variables son medidas en una sola ocasión y se realiza un estudio prospectivo. Según el enfoque de la investigación cualitativa ya que interviene en la escena educativa.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

El universo de la población asignada estuvo conformado por 81 mujeres entre los 30 a 60 años de edad que pertenecen al consultorio 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque, durante el año 2018, cumpliendo con los criterios de inclusión. Todo basado en la bioética con respecto a las investigaciones con los seres humanos, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

1.- Mujeres de 30 a 60 años que firmen el consentimiento informado de participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

1.- Mujeres que presente alguna discapacidad intelectual que no les permita responder la encuesta.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.

Cumpliendo con las normas éticas, la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, además la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La recolección de datos se inició con la autorización de las participantes del estudio por medio de la firma del consentimiento informado. A quienes se les realizó una encuesta, tipo test, construida por la autora de la investigación a partir de la revisión documental de instrumentos para evaluar el tema de estudio. En el proceso de construcción se confeccionó una primera versión del instrumento el cual fue sometido a una evaluación por expertos en Bioestadística, Medicina Familiar y Ginecología. En todos los casos los expertos cumplieron el criterio de tener cuarto nivel educación. Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%. El cual fue sometido a una prueba piloto en la que participaron mujeres pertenecientes a la población que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Enrique Ponce Luque.

La versión final del cuestionario quedó conformada por tres componentes divididos en:

- Componente I aspectos sociodemográficos: incluye de la pregunta 1 a la 3.
- Componente II conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino: incluyen las preguntas 4 a la 14.
- Componente III aspectos incorporados a la estrategia educativa para su elaboración: incluyen las preguntas 15 a la 19.

El instrumento confeccionado fue aplicado por la autora de la investigación durante las consultas externas del consultorio tres del Centro de Salud Enrique Ponce Luque, y en los domicilios de algunas de las participantes, de enero a julio de 2018,

garantizándose en todos los casos la privacidad entre la encuestada y la investigadora.

Se utilizó el puntaje cuantitativo para valorar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos para la prevención del cáncer de cuello uterino. El total de preguntas tiene un valor general de 100 puntos y un valor variable por cada pregunta de 10 a 15 puntos según corresponda; la respuesta se consideró correcta si la participante marcó un solo ítem por cada pregunta. Se calificó con un puntaje de 70 puntos o más considerados como que conoce y con un puntaje de menos de 70 puntos como que no conoce.

14.2.3 Técnicas de recolección de información.

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Conocimiento de la naturaleza maligna de la enfermedad	Encuesta
Conocimiento sobre hábito de fumar como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre la infección del papiloma virus como principal factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre el uso prolongado de anticonceptivos orales como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre el número de parejas sexuales como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre multiparidad como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales como factor de riesgo	Encuesta

Conocimiento sobre el uso de preservativo para prevención de ETS.	Encuesta
Conocimiento sobre Papanicolaou (PAP)	Encuesta
Conocimiento sobre la frecuencia con que debe realizarse el PAP	Encuesta
Conocimiento sobre factores de riesgo	Encuesta
Frecuencia con la que le gustaría recibir la información.	Encuesta
Número de personas con las que le gustaría recibir la información	Encuesta
Momento del día para recibir información	Encuesta
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Encuesta
Forma de recibir la información sobre factores de riesgo	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadísticos.

Los resultados obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 20.0 fueron procesados. Se utilizaron para el resumen de los datos las medidas: números absolutos y porcentaje. La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	30-39 años 40-49 años 50-60 años	Numérica discreta politémica
Nivel de escolaridad	Ultimo nivel aprobado	Primaria Secundaria Bachiller Superior	Catagórica ordinal politémica
Ocupación	Actividad laboral que realiza la mujer remunerada o no	Ama de casa Trabajadora sexual Empleada pública/privada	Catagórica nominal politémica
Nivel de conocimiento sobre la naturaleza maligna del cáncer de cuello uterino	Conocer que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica

	maligna		
Conocimiento sobre el hábito de fumar	Conocer que el hábito de fumar es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el virus del papiloma humano	Conocer que la infección por VPH es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre anticonceptivos orales	Conocer que el uso prolongado de anticonceptivos orales (más de 5 años) es un factor de riesgo de cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica

Conocimiento sobre el número de parejas sexuales	Conocer que tener varios compañeros sexuales es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre multiparidad	Conocer que tener más de 3 hijos es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la edad de inicio de relaciones sexuales.	Conocer que el inicio precoz (menos de 16 años) predispone a la aparición de cáncer de cuello uterino	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el uso de preservativo para prevención de ETS.	Conocer que el uso de preservativo protege contra las ETS.	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica

Conocimiento sobre el test de Papanicolaou (PAP).	Conocer que el PAP es el exámen para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la frecuencia con que debe realizarse el PAP.	Conocer que realizarse el PAP cada 3 años puede detectar precozmente el cáncer de cuello uterino.	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino	Se determinará a través de los resultados del puntaje de la encuesta. >70% conoce <70% no conoce	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Componente:Frecuencia con la que le gustaría	Periodicidad	-Una vez a la semana	Categórica nominal

recibir la información		-Cada 15 días -Una vez al mes	politómica
Componente: Número de personas con las que le gustaría recibir información	Cantidad de personas	-Solo -Con 2 a 6 personas -Grupo de 7 a 9 personas -Grupo de más de 10 personas	Categórica nominal politómica
Componente horario del día para recibir información	Horario del día disponible	-Mañana -Tarde -Noche	Categórica nominal politómica
Componente: Disponibilidad de tiempo para recibir información.	Tiempo disponible	-30 minutos -60 minutos -90 minutos	Categórica nominal politómica
Componente de la estrategia didáctica	Forma de recibir la información	Charlas Talleres grupales Videos	Categórica nominal politómica

15. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio con relación a los resultados y discusión se presentan las tablas de la 1 a la 3, dónde se resumen las variables sociodemográficas, correspondientes al primer objetivo del estudio:

Tabla 1: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según grupo de edades, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Grupo de edades	N°	%
30-39 años	32	39,5
40-49 años	23	28,4
50-60 años	26	32,1
Total	81	100

En la tabla 1 se observa la distribución de las participantes según grupo de edades, en la que predominó las comprendidas entre 30-39 años con 32 mujeres que representan el 39,6%.

Estos resultados coinciden con el estudio de López Castillo y colaboradores en Colombia, año 2013, donde el grupo de mujeres de 30 a 39 años también ocuparon casi el 40% de la población estudiada (63).

Otro estudio que coincide con los resultados de esta investigación es el de María Judith Iñíguez en la ciudad de Riobamba en el año 2016, donde se evidenció que de

las 78 mujeres que intervinieron en el estudio “Diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años” y a quienes se les realizó una entrevista, la distribución predominante fue el grupo etario de 25 a 34 años con un 50% (64).

Tabla N 2: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según nivel de escolaridad, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Nivel de escolaridad	N°	%
Primaria	17	21
Secundaria	14	17,2
Bachiller	43	53
Superior	7	8,8
Total	81	100

La tabla N° 2 con relación al nivel de escolaridad, se observa que predominó el bachillerato con un total de 43 mujeres lo que representa un 53%, muy alejado del nivel de escolaridad superior con 7 mujeres que representa el 8,8%.

Esta investigación difiere de un estudio realizado por Jenny Orozco en Guano-Chimborazo en el 2016, dónde se estudiaron a mujeres de 30 a 64 años, dónde 49

mujeres que representaron el 80% tenían escolaridad primaria (65).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, año 2013, prevalece en las mujeres ecuatorianas el nivel de escolaridad primaria con el 56,4% (2). Lo cual no coincide con lo encontrado en nuestro.

En el estudio de López Castillo y colaboradores en Colombia, año 2013, donde el 49% de las mujeres entrevistadas tenían como máximo nivel educativo el bachillerato (63), lo cual concuerda con los resultados encontrados en la investigación.

Otros estudios muestran resultados contrarios como el de Bazán (2013), donde predominó el grado de instrucción secundaria en un 53,3%; seguido del nivel superior con un 37,8% (66). En los estudios de Beltrán Romero (2010) y Seminario-Pintado (2010), el nivel de instrucción que predomina es el superior con un 60,68% y un 65,2% respectivamente (67).

Tabla N 3: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según ocupación, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Ocupación	N°	%
Ama de casa	61	75,3
Trabajadora sexual	3	3,7
Empleada pública/privada	17	21
Total	81	100

En la tabla N°3 relacionada con la ocupación de la población femenina predominan las amas de casa con 61 mujeres que corresponden a un 75,3%.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, año 2013, el 16.1% de las mujeres Ecuatorianas están dedicadas al servicio doméstico (2), valor que aunque no es similar al de este estudio, debido a la cantidad de población con la que se trabaja, tiene una representación significativa en este país.

El estudio de Silvia Moncayo en Riobamba, año 2016, coincide con esta investigación, dónde se estudiaron 74 mujeres y la ocupación amas de casa predominó con el 59,7 % (68).

Este estudio difiere del realizado por María Judith Iñiguez en Riobamba, año 2016, en 78 mujeres a las que se les estudió el nivel de conocimiento para la prevención del cancer de cuello uterino y la ocupación predominante fue la trabajadora con un 51,3% (64).

Las tablas de la 4 a la 14, resumen las variables sobre conocimiento de factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, correspondientes al objetivo número dos del estudio.

Tabla 4: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento sobre la naturaleza maligna del cáncer de cuello uterino, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre la naturaleza maligna de la enfermedad	N°	%
Conoce	69	85,1
No conoce	12	14,9
Total	81	100

En esta tabla predomina el conocimiento en 69 mujeres que corresponde el 85,1% de la población femenina en estudio.

Este resultado coincide con el reportado por Urrutia en Colombia, en el año 2010 (69), donde se detectó que el 90% de las mujeres señalan al CCU como enfermedad grave o maligna.

No existen otros estudios que se relacionen con esta investigación.

Tabla 5: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de hábito de fumar como factor de riesgo del cáncer de cuello uterino, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

HÁBITO DE FUMAR COMO FACTOR DE RIESGO	N°	%
Conoce	5	6,1
No conoce	76	93,9
Total	81	100

Según esta tabla el 93,9% de las participantes que representa a 76 mujeres, predominó el desconocimiento de que el hábito de fumar representa un factor de riesgo importante para el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

Se contrapone al estudio de Payano Flores en Perú, año 2016, dónde se expone que las usuarias reconocen al hábito de fumar como factor de riesgo (70).

En la actualidad, el hábito de fumar se relaciona con la aparición de lesiones precursoras y de cáncer cervical. Los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce (47).

Tabla 6: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de infección por el papiloma virus como principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Papiloma virus como principal factor de riesgo	N°	%
Conoce	15	18,5
No conoce	66	81,5
Total	81	100

En esta tabla observamos que tan solo 15 mujeres de la población, que representa el 18,5%, conocen la infección del papiloma virus como principal factor de riesgo, a pesar de las múltiples campañas informativas por parte del ministerio de salud pública.

Este estudio que coincide con el estudio de Páez y Rodríguez en un estudio en el 2012 en Paraguay, donde solo el 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad (71).

Un estudio de Salazar Rodríguez en Lima en el año 2016 refleja que el 85,6% de las mujeres estudiadas reconocieron la asociación de la infección del VPH y el cáncer cervical (72), lo cual no concuerda con es este estudio, donde predominó el desconocimiento.

Tabla 7: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento del uso de anticonceptivos orales como factor de riesgo para cáncer de cuello uterino, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento del uso de anticonceptivos como factor de riesgo	Nº	%
Conoce	5	6,1
No conoce	76	93,9
Total	81	100

En la tabla 7 observamos que predominó el desconocimiento del uso de anticonceptivos como factor de riesgo con 76 mujeres que representan el 93,9% de la población.

Coincide con el estudio de Payano Flores en Perú, año 2016, dónde se expone que el 66,67% de las usuarias no reconocen el uso prolongado de anticonceptivos orales como factor de riesgo (70).

A pesar de que no existir más estudios con los que se pueda relacionar con esta investigación, la literatura plantea y respalda la asociación que existe entre éste factor de riesgo y la aparición de cáncer de cuello uterino, tal es así que el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Estudios sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas (45).

Tabla 8: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de tener varios compañeros sexuales como factor de riesgo para cáncer de cuello uterino, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre el número de compañeros sexuales como factor de riesgo	N°	%
Conoce	15	18,5
No conoce	66	81,5
Total	81	100

Según esta tabla podemos observar que 66 mujeres que representan el 81,5%, de la población femenina en estudio desconocen como factor de riesgo el tener varios compañeros sexuales.

Se contrapone a esta investigación el estudio de Payano Flores en Perú, 2016 donde el 80.39% de la población femenina estudiada conoce que tener varios compañeros sexuales es un riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino (70).

No existen otros estudios relacionados con los que se pueda establecer un análisis comparativo.

La literatura plantea que el cambio frecuente de parejas y el elevado número de parejas sexuales durante un periodo de seis meses, se convierte en un referente para el riesgo de cáncer cervicouterino. Puede medirse como tener una pareja o tener múltiples parejas sexuales, que participen en actividades sexuales de alto riesgo debido a una conducta sexual promiscua (33,34).

Existe una relación estrecha entre el riesgo de lesiones intraepiteliales y el número de

parejas sexuales. Las mujeres inactivas sexualmente raramente desarrollan cáncer cervical; mientras que, la actividad sexual en edades tempranas, con múltiples parejas sexuales, es un potente factor de riesgo (34).

Tabla 9: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de multiparidad como factor de riesgo del cáncer de cuello uterino, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento de la multiparidad como factor de riesgo	N°	%
Conoce	8	9,9
No conoce	73	90,1
Total	81	100

Esta tabla nos muestra que solo un 9,9%, tan solo 8 de las participantes reconocen a la multiparidad como factor de riesgo.

Se contrapone con el estudio de Payano y Flores, Perú, año 2016, donde confirmaron que 62.75% de las mujeres que tienen más de 3 hijos tiene el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino (70).

No existen más estudios comparativos a estos resultados, ya que la mayoría están enfocados en prácticas y actitudes de las mujeres en estudio, más no al nivel de conocimiento que se tiene sobre éste factor de riesgo.

Las mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo mayor de presentar lesión intraepitelial que las que nunca han parido o que han tenido un solo hijo y a pesar de no contar con una explicación definitiva sobre esto, se cree que la inmunodepresión

propia de los embarazos aumenta la posibilidad de infección por VPH (33).

Se plantea que con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con posible acción carcinogénica (33).

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (44).

Tabla 10: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento del inicio precoz de las relaciones sexuales como factor de riesgo del cáncer de cuello uterino, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales. Como factor de riesgo	N°	%
Conoce	9	11,1
No conoce	72	88,9
Total	81	100

Esta tabla nos muestra el predominio que existe del desconocimiento sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales como factor de riesgo en 72 mujeres que representan el 88,9% de la población en estudio.

No se encontraron estudios que se relacionan con estos estudios.

Se plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cervicouterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por HPV, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica (33).

Tabla 11: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento del uso del preservativo como prevención del cáncer de cuello uterino, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento del uso de preservativo	N°	%
Conoce	39	48,1
No conoce	42	51,9
Total	81	100

Esta tabla nos muestra que 42 mujeres, representadas en un 51,9% de participantes conocen que el uso de preservativos evita las enfermedades de transmisión sexual.

No existen estudios comparativos a estos resultados, ya que la mayoría están enfocados en prácticas y actitudes de las mujeres en estudio, más no al nivel de conocimiento que se tiene sobre éste factor de riesgo.

La literatura plantea que el uso frecuente del preservativo evita en un 99% las enfermedades de transmisión sexual, al actuar como medio de barrera e impedir el contacto con piel y mucosas. Anualmente millones de personas son diagnosticadas con algún tipo de enfermedad de transmisión sexual, las más comunes son clamidia, gonorrea, herpes, y el virus del papiloma humano (VHP). Las mujeres que tienen una

ETS, especialmente el VHP, tienen mayor riesgo de tener cáncer cervical. Algunas tipos de VHP hacen que las células del cuello del útero se transformen en cancerosas. Las mujeres que tienen ETS también tienen mayor riesgo de tener otros problemas de salud como la infertilidad y la inflamación pélvica (40).

Tabla 12: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento del Papanicolaou, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento del Papanicolaou	Nº	%
Conoce	49	60,5
No conoce	32	39,5
Total	81	100

La tabla 12 nos demuestra que el 60,5% de las mujeres conocen para qué es la prueba del PAP.

A este estudio se contraponen el de Páez y Rodríguez en el 2016, donde aproximadamente el 90% desconocen para qué sirve o qué es el PAP (71).

Similares resultados a los nuestros obtuvo Iñiguez Rivera, 3016 en Riobamba, en el cual el 86% conocían acerca del concepto del cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou (64).

No haberse practicado el estudio citológico por bajo nivel de conocimiento sobre el mismo o sentimiento de temor o vergüenza es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante la técnica propuesta por *Papanicolaou* (prueba citológica), es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, más de la mitad de los casos se detectan en mujeres que no

participan en revisiones regulares (48).

Tabla 13: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de la frecuencia para realizar el Papanicolaou, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento de la frecuencia para realizar Papanicolaou	N°	%
Conoce	36	44,4
No conoce	45	55,6
Total	81	100

En la tabla 13 observamos que 45 de las mujeres encuestadas (55,6%), no conocen la periodicidad con la que debe realizarse el PAP.

Este estudio no coincide con López Castillo y col. En Armenia año 2013 al explorar la periodicidad de la toma de la citología el 59% conocía su frecuencia (63).

Así mismo difiere del estudio realizado por Restrepo y col. En la ciudad de Medellín en el 2012, donde la mayoría de la población en estudio no conocía sobre la periodicidad (73).

Similares resultados a los nuestros obtuvieron (Cruz & González, 2014) en el cual el 86% conocían acerca del concepto del cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou, además conocían de otras dimensiones como frecuencia y requisitos 88%, estos dos últimas dimensiones no coinciden con nuestra investigación (64).

Tabla 14: Distribución de la población femenina de 30 a 60 años según conocimiento de factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino	N°	%
Conoce	19	23,5
No conoce	62	76,5
Total	81	100

En la tabla 14 podemos observar que el 76,5% de la población femenina en estudio presenta desconocimiento general sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, resultados que

No coinciden con Cooper y col. en Argentina año 2012, quien reporta que tan solo un 20% de la población desconoce de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino (62). Por otro lado este estudio coincide con el de Fernandes y col. en Brasil, año 2013, quien reporta que la gran mayoría de las mujeres de su estudio (81%) presenta desconocimiento del tema (63).

El conocimiento sobre los factores de riesgo es fundamental para fomentar sus factores de prevención; por otro lado es importante considerar el conocimiento de las mujeres sobre el CCU en la realización del PAP, su frecuencia e importancia.

La tabla N° 15, resume los elementos de la estrategia educativa, correspondientes al tercer objetivo del estudio.

Tabla 15: Distribución de la población femenina según componentes de la estrategia educativa para la prevención de cáncer de cuello uterino, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

ELEMENTOS DE LA ESTRATEGIA		Nº	%
Frecuencia	Una vez a la semana	25	30,9
	Cada 15 días	33	40,8
	Una vez al mes	23	28,3
	Total	81	100
Número de personas	Solo	20	24,7
	2 a 6 personas	10	12,3
	7 a 9 personas	32	39,5
	10 o más personas	19	23,5
	Total	81	100
Momento del día	Mañana	35	43,2
	Tarde	44	54,3
	Noche	2	2,5
	Total	81	100
Tiempo disponible	30 Minutos	23	28,4
	60 Minutos	48	59,2
	90 Minutos	10	12,4
	Total	81	100
Forma de recibir la información	Charlas	20	24,6
	Videos	41	50,6
	Talleres grupales	20	24,8
	Total	81	100

Esta tabla nos indica que 33 mujeres que representa el 40,8% de las participantes les gustaría recibir la información cada 15 días, 32 mujeres (39,5%), manifestó que los grupos deben estar conformados por 7 a 9 personas, el horario con mayor aceptación fue en la tarde con 44 mujeres, (54,3%), 48 mujeres el 59,2%, disponen de 60 minutos y 41 mujeres, el 50,6% de la población femenina prefieren los videos como forma de recibir la información.

De acuerdo a los resultados obtenidos se confeccionó el diseño de la estrategia educativa, la cual se encuentra en el anexo 3.

16 CONCLUSIONES

En el estudio predomina el grupo de mujeres de 30 a 39 años, con nivel de escolaridad bachiller y ocupación amas de casa.

En las mujeres del estudio predomina el desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino tales como: hábito de fumar, uso prolongado de anticonceptivos orales, multiparidad, número de parejas sexuales, uso del preservativo, así como de la infección del papiloma virus como principal factor de riesgo, excepto que sí reconocen al cáncer de cuello uterino como enfermedad maligna.

En los componentes de la estrategia educativa las mujeres desean recibir la información cada 15 días, con 7 a 9 personas, en horario de la tarde, con disponibilidad de 60 minutos, y la utilización de videos educativos.

Se diseña la estrategia educativa para modificar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual estudió el nivel de conocimiento que la población femenina de 30 a 60 años de edad tiene sobre los factores de riesgos del cáncer de cuello uterino, ya que constituye una de las principales causas de muerte en nuestra población femenina

Por este motivo el conocimiento de estos temas es necesario para el diseño de una intervención educativa y de esa manera disminuir las estadísticas actuales.

Durante la recolección de los datos mediante la encuesta, existió buena aceptación e interés de parte de las participantes.

Los resultados obtenidos, son el punto de partida para destacar ciertos temas en el diseño de la estrategia; éstos se relacionan con otros estudios en los cuales se ha implementado la estrategia de intervención educativa, lo cual fue un limitante en el estudio, por lo que se deja a disposición el modelo de intervención educativa para su futura aplicación.

Las participantes serán favorecidas al obtener mayores conocimientos sobre el de cuello uterino.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones, base de datos 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud. Paho org. [Online]; 2008 [cited 2017 Noviembre 2]. Available from: HYPERLINK “[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=259&lang=es.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=259&lang=es)”
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=259&lang=es.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=259&lang=es)
4. Bansil P., Wittet S., Lim J, et al. Acceptability of self-collection sampling for HPV-DNA testing in low-resource settings: a mixed methods approach. BMC Public Health. 2014 Junio; 14(596).
5. Sureda Peña Mabel, Martínez Cárdenas Dialeidys. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Nov. 02]; 18(1): 36-38. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&lng=es)
6. Cardona-Arias JA, Valencia-Arredondo M. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. Rev CES Med. 2014; 28(1): 7-20.

7. Organización Mundial de la Salud. Sitio Web de WHO. [Online].; 2014 [cited 2014 Agosto 29. Available from: HYPERLINK “<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>”
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/> www.paho.org./cancer
8. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora Ll, Landazuri Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Ccm [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Nov. 03]; 21(1): 187-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es.
9. Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. P. 79.
10. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P, Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Revista Peruana de Epidemiología 2010;14:39-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119805006>. Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2017.
11. Espín Falcón J, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Nov 03] ; 28(4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es
12. WHO. Sitio Web globocan. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 29. Available from: HYPERLINK “<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>”
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

13. Publicación Organización Panamericana de la Salud (OPS): Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino. 2008; CD48/6.
14. SOLCA. Epidemiología del Cáncer en Quito 2003-2005. Registro Nacional. Quito: SOLCA, INEC-MSP; 2009.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención Integral de Salud. MAIS- FC; 2013. P.39-40.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Ginebra: Colaboradores por la salud; 2006.
17. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297. Febrero de 2015. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
18. Publicación OPS: Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino. 2008; CD48/6.
19. Juneja A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A Survey on Risk Factors Associated with Cervical Cancer Indian Journal of Cancer. 2003; 40, 1: 15-22.
20. Martin CE. Marital and coital factors in cervical cancer. Am J Pub Hlth. 2009; 57: 803-14.
21. Rotkin ID. Epidemiology of cancer of 56onsti. Sexual characteristics of cervical cancer population. Am J Pub Hlth. 2009; 57: 815-29.
22. Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta méd. Peruana. 2010; 27: 204-206
23. GLOBOCAN (www.who./iarc/globocan).
24. Sanabria Negrín J, Cruz Hernández I, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés

- Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río. Rev Cienc Méd [internet]. 2012 mayo-jun. [citado 17 noviembre. 2017];16(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300013&lng=es
25. Ferrá Torres TM, Santana Álvarez J, Barreto Argilagos G. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. Arch Méd Camagüey [internet]. 2011 nov.- dic. [citado 17 nov. 2017];15(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es
26. Román Fernández L. Carcinoma de cuello uterino. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. P. 337-75.
27. World Health Organization. World Health Statistics 2008 [internet]. Washington DC: WHO Statistical Information System (WHOSIS); 2013 [citado 16 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
28. González González del Pino M, Hernández González M. Aparición simultánea de dos neoplasias malignas en una mujer de 25 años. Presentación de un caso [internet]. Medisur. 2008 [citado 17 nov. 2017];6(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/357/347>
29. Cartaya Olano M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Álvarez Cisneros PN. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Rev Archivo Médico Camagüey. 2010 [citado 18 Nov 2017]; 14 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10250255201000050005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

30. Sanabria Negrin JG, Fernández Montequin ZC, Cruz Hernández IC, Pérez Leonardo O, Llanuch Lara M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Nov 17]; 15(4): 295-319. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026&lng=es.
31. Cirión Martínez GR, Herrera Pérez MÁ, Sanabria Negrin JG. Correlación citohistológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Rev Cienc Méd [internet]. 2010 ene.-mar. [citado 17 nov. 2017];14(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100010&lng=es
32. Barbón Sánchez A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. Rev Habanera Ciencias Méd. 2009 [citado 18 Nov 2017];8 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona JA, Borrego JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 18 Noviembre 2017]; 36 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
34. Ferrá TM, Estrada DR, Bermejo W. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. Rev Archivo Médico Camagüey. 2009 [citado 18 Nov 2017]; 13 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10250255200900020000

[6&lng=es&nrm=iso&tlng=es.](#)

35. Tamayo T, Varona J. Infección por papiloma virus humano en adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2006 Ago [citado 2017 Nov 16]; 32(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2006000200012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2006000200012&lng=es)
36. Álvarez Mesa M, de la Torre Navarro L, Domínguez Gómez J. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Nov 16] ; 30(3): 343-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008&lng=es
37. Gerónimo José. Cáncer, sexualidad, salud femenina. Revista mujeres in perfectas. Lima-Perú 2 2014. Disponible en: <http://peru.com/mujeres/cuidado-y60-salud/6-principales-factores-riesgo-cancer-cuello-uterino-noticia-238781>
38. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Nov 16] ; 40(2): 218-232. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009&lng=es)
39. Centro de prevención del cáncer de Harvard. Cáncer cervical: factores de riesgo. Harvard, Estados Unidos.1.2004. Disponible en: http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=cervical&page=risk_list#top

40. Health and Sexuality. Association of Reproductive Health Professionals. Jan 2010; 10(1). Disponible en: http://www.gawh.org/issues/hpv/clinicians_spanish.pdf
41. American Cancer Society. ACS. [Online]; 2013 [cited 2017 Noviembre 15 Available from: http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580_pdf.pdf
42. Rodríguez Lundes O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Marcelino Hernández Valencia M. Estudio de la patología citológica del cérvix. Rev Imbiomed 2009. [Citado 15 Nov 2017]; 23 (7). Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf.Estudiosdelapatologia.pdf>
43. Reina R. Enfermedades del cuello uterino. Salud. Medicinas. 2, 2016. México. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-desalud/salud-femenina/articulos/cuello-del-utero-no-brindarle-atencion61-puede-ser-de-fatales-consecuencias.html>.
44. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Habana_Cuba.7.2010. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>.
45. Dunán Cruz L, Cala Calviño L, Infante Tabío N, Hernández Lin T. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2011 Mayo [citado 2017 Nov 17]; 15(5): 573-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002&lng=es.
46. American Cancer Society. ACS. [Online]; 2013 [cited 2017 Noviembre 17]

Available

from:

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580.pdf>

47. León Cruz G, Bosques Diego O, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2004 Dic [citado 2017 Nov 17]; 30 (3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es.
48. La Enciclopedia Libre. Cáncer cervical. 2008 [citado 2017 Nov 17]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
49. Talavera Silva S. Factores de riesgo asociados a lesiones precursoras de cáncer cervical en mujeres que asisten al Centro de Salud Edgard Lang Silais, Managua. 2005 [tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma; 2006.
50. Marzo Castillejo M, Bailón Muñoz E. Cáncer en la mujer. En: Martín Zurro A. Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria Conceptos, organización y práctica médica. 5ta ed. España: Elsevier; 2003. P. 1098-114.
51. Valentín González, F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal (tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas, 2014. Disponible en:
<http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
52. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios e auxiliares. Volumen 18 de Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Washington,

DC: OPS; 1990. Disponible en:

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

53. Jordán Padrón M, Pachón González, L, Blanco Pereira ME, Achiong Alemañy M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: fecha de acceso];33(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

54. Sanabria Ramos G. Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP; 2007. Disponible en:

<http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Dise%C3%B1o/7-PLANIFICACI%C3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6-SEXTO%20A%C3%91O/Servicio%20Comunitario%20Estudiantil/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Dise%C3%B1o%20programa%20intervGiselda.pdf>

55. Montes E. Control de calidad en los laboratorios involucrados en los programas de detección del cáncer 62onstitución62o. En: Alonso P, Lazcano E, Hernández M (eds). Cáncer 62onstitución62o. Diagnóstico, prevención y control. México D.F: Edit. Médica Panamericana. 2da. Ed; 2005. P. 11

56. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2017 noviembre 19. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004.

57. OMS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 Noviembre

17. Available from: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
58. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-lasalud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>. [Online]. 2016; 2015 [cited 2017 Noviembre 17]. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-lasalud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>.
59. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud Navarra: Gobierno de Navarra; 2006.
60. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. Report No.: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
61. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 19]. Available from: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/63onstitución_de_bolsillo.pdf.
62. Consejo Nacional de Planificación. Plan para el Buen Vivir. Quito: Consejo Nacional de Planificación; 2009-2013. Report No.: http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf.
63. López Castillo c, Calderón M. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer del cuello uterino en mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia. Colombia. (Internet). Año 2013. (Citado 4 de junio de 2018). Disponible en <http://revistas.utp.edu.co>.

64. Iñiguez Rivera M. Ladrón de Guevara Gainza C (dir). Diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años. [Tesis de posgrado]. [Riobamba]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. [Citado 02 de diciembre de 2018].
65. Orozco Yanza J. Mederos Mesa L (dir). Diseño de estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años. [Tesis de posgrado]. [Riobamba]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. [Citado 02 de diciembre de 2018].
66. Bazán, F., Posso, M., & Gutiérrez, C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 47-54. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v68i1.1238>
67. Beltrán Romero, M.E. (2010). *Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2009* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú. 2018].
68. Moncayo León S. Rubio Rojas R (dir). Diseño de estrategia educativa sobre exámen de papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años. (Tesis de posgrado). [Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Ecuador 2016].
69. Urrutia M. Teresa, Concha Ximena, Riquelme Giselle, Padilla Oslando. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Dic 06] ; 29(6): 600-606. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000700003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000700003>.

70. Payano Flores L. Nivel de conocimientos de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino en usuarias del servicio de obstetricia del puesto de salud de Huari. (Trabajo final de grado en internet).Huancayo. [Universidad Peruana del Centro, 2016].[citado 06 de diciembre de 2018].
71. Páez M, Rodríguez-Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Orué E , Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 37-44
- 72.- Salazar Rodríguez S. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de cervical y la exposición a los factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima - Perú. 2016. [Citado 20 de noviembre 2018].
73. Restrepo-Zea J, Mejia-Mejia A, Valencia-Arredondo M. Tamayo-Acevedo L, Salas-Zapata W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. Rev Esp Salud Pública 2012; 81(6):657.

19. ANEXOS

Anexo1. Consentimiento informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Yo, _____ con C.I. _____, recibí de la Dra. _____ la información sobre la investigación titulada: **“Diseño de estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello-uterino en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio 4 .Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”**. Durante la misma se me aplicarán varias preguntas con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino, los datos aportados se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación. Mi participación es absolutamente voluntaria y en cualquier momento de la investigación puedo retirarme voluntariamente, así como decidí participar, sin que ello conlleve a afección alguna en la atención que recibo de la doctora y en el centro de salud. Doy mi consentimiento para que los resultados de la investigación sean publicados, siempre que se mantenga el anonimato de mi persona. He tenido la oportunidad de preguntar y se ha respondido en todos los casos, conozco que si me surgen algunas dudas puedo dirigirme a la Dra. Patricia López Chica en el consultorio N° 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque. Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora en Babahoyo a los _____ días del mes de _____ del 20_____.

Nombre y Apellido de la paciente:

Firma: _____ C.I:

Anexo 2. Encuesta

ENCUESTA PARA MEDIR CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE 30 A 60 AÑOS DEL CONSULTORIO 4. CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.

Buenos días.

De la manera más atenta y respetuosa solicito su colaboración para contestar el cuestionario **“Diseño de estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello-uterino en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque. 2018”**, su identidad estará protegida y la información que nos proporcione es confidencial.

De antemano Muchas Gracias !!!

Lea atentamente cada pregunta y marque con una (X) su respuesta:

I: Datos generales:

- **Edad:**

- **Escolaridad:** Primaria ()

Secundaria ()

Bachiller ()

Superior ()

- **Ocupación:** Ama de casa ()

Trabajadora Sexual ()

Empleada Pública/ Privada ()

II: Exploración de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino:

A continuación se presentan preguntas sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Factor de riesgo es toda situación o posibilidad que tiene una persona para contraer la enfermedad.

- **Conoce usted qué es el cáncer de cuello uterino?**

1. () Enfermedad contagiosa
2. () Enfermedad no contagiosa
3. () Enfermedad maligna
4. () Tumor benigno
5. () No sabe o no contesta

- **De los siguientes hábitos tóxicos, conoce usted los que son factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino?**

1. () Fumar
2. () Ingestión de alcohol (beber)
3. () Consumo de drogas
4. () No sabe

- **El principal factor de riesgo para iniciar el cáncer de cuello uterino?**

1. () La infección por el virus del papiloma humano
2. () Diabetes Mellitus
3. () Infecciones causadas por bacterias
4. () No sabe o no contesta.

- **Considera usted que el uso de anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas), por más de 5 años constituye un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?**

1. Si
2. No

- **Considera usted que el tener varias parejas sexuales constituye un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?**

1. Si
2. No

- **Considera usted que el tener más de 3 hijos constituye un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?**

1. Si
2. No

- **Conoce usted que empezar las relaciones sexuales antes de los 18 años constituye un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino?**

1. Si
2. No

- **Conoce usted que el uso de preservativo (condón) previene las infecciones de transmisión sexual?**

1. Si
2. No

- **Conoce usted qué es el Papanicolaou?**

1. Una vacuna
2. Un examen de sangre

3. Un test
4. Una pastilla
5. Un exámen del cuello del útero de control
6. No sabe

• **Conoce usted cada qué tiempo se debe realizar el Papanicolaou?**

1. Nunca
2. Cada 6 meses
3. Cada año
4. Cada 3 años
5. No sabe

• **Conoce usted cuales de los siguientes factores de riesgo se relacionan con el cáncer de cuello uterino? Marque con una x la o las que considere.**

1. Familiares con cáncer de cuello uterino.
2. Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad.
3. Uso de anticonceptivos orales por largo periodo (más de 5 años).
4. Primera relación sexual en la adolescencia (antes de los 16 años)
5. Múltiples parejas sexuales
6. Tener más de 3 hijos por parto natural
7. Todas
8. No sabe o no contesta

III: Componentes para la estrategia educativa.

- **¿Con qué frecuencia le gustaría recibir información sobre el cáncer de cuello uterino.**

1. () Una vez a la semana.
2. () Cada 15 días.
3. () Una vez al mes.

- **¿Con cuantas personas le gustaría recibir la información?**

1. () Solo
2. () 2 a 6 personas
3. () 7 a 9 personas
4. () 10 o más personas.

- **¿En qué momento del día le gustaría recibir la información?**

1. () En la mañana
2. () En la tarde
3. () En la noche

- **¿Con que tiempo usted cuenta para recibir la información?**

1. () 30 minutos
2. () 60 minutos
3. () 90 minutos.

- **¿En qué forma le gustaría recibir la información?**

1. () Charlas
2. () Videos
3. () Talleres grupales

4. Anexo 3. Propuesta de Estrategia educativa

1. Título de la estrategia.

Las mujeres decimos STOP al cáncer de cuello uterino. Infórmate.

2. Datos informativos.

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Provincia: Los Ríos.

Cantón: Babahoyo.

Parroquia: Camilo Ponce.

Población beneficiada: Mujeres de 30 a 60 años del consultorio 4 de MFC.

Autor: Dra. Patricia Narcisa López Chica.

Equipo técnico responsable:

Dra. Patricia López Chica (Estudiante de postgrado de medicina familiar y comunitaria).

Dr. Reinerio Rubio Rodríguez (Tutor de tesis).

Ayudantes: Técnico de atención primaria en salud (TAPS) y líderes comunitarios.

Distribución: 3 grupos de 20 personas y 1 de 21.

Frecuencia: 1 hora cada quince días para cada grupo.

Tiempo estimado: 2 meses

2.- Introducción.

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos. (1)

Posteriormente en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (2)

La Carta de Ottawa 1986 y otras conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge los principios que incorporan la Educación para la Salud a la Promoción de la Salud como una de sus estrategias básicas junto a la comunicación social y a otras medidas políticas, técnicas, económicas, de acción social, entre otras. (2)

Según Pérez y colaboradores se entiende la Educación para la salud como una herramienta básica tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como un instrumento indiscutible de promoción de salud. (3)

Al seguir estos conceptos, se reafirma que la educación para la salud es condición esencial para toda acción salubrista.

Toda acción educativa, cualquiera que sea su campo u objeto, debe ser preparada convenientemente para su adecuada ejecución y mejores efectos; así también en la educación para la salud. En las acciones educativas directas recordemos, que se debe tener en cuenta a quienes van dirigidas, para evitar la pasividad de los receptores (5).

En la práctica, en relación con la educación para la salud, muchos profesionales se muestran reacios o poco interesados, entre las causas que pueden explicar esta situación está, la falta de preparación para llevar a cabo esas acciones.

Para continuar elevando el nivel de salud de la población, la estrategia aborda necesariamente un amplio rango de factores determinantes de la salud, que por su enfoque y diseño, debe llegar a toda la población. Esto define la importancia y la necesidad de perfeccionar la educación para la salud, sin acomodarnos a lo mucho que se haya hecho o que se viene haciendo.

En el universo de instituciones y servicios de salud, labora una considerable fuerza integrada por trabajadores, con variados perfiles ocupacionales. Potenciar sus acciones educativas dirigidas a la salud, incrementando su disponibilidad y preparación a esos fines, incluyendo sus etapas de formación, todavía no tiene la atención requerida pese al reconocimiento de la condición esencial de la educación para la salud para toda acción salubrista.

Por otra parte, cabe preguntarnos si la información y la educación dirigida a la población, acerca de los servicios de salud que para ella están disponibles a los fines de su mejor y oportuno uso, debe ser un capítulo dentro del perfeccionamiento de la educación para la salud.

Promover reflexiones que lleven a decisiones y acciones para mejorar esta educación, es el propósito de todo lo anteriormente expuesto. (6)

La estrategia educativa tiene ser abierta y flexible, ya que puede ser utilizada en forma individual y/o grupal para promover la salud, bajo una orientación de tipo

aplicativa en la educación para la salud; enfocados hacia un aprendizaje cognitivo, que pueden generar cambios en el conocimiento y percepción de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

3.- Problema.

3.1 Justificación

En el año 2015 fallecieron en el Ecuador 9709 personas por cáncer, de ellas 4255 en el grupo de edad de 30 a 69 años, siendo el más frecuente en el sexo femenino, el cáncer de cuello uterino. En el Ecuador se incrementó la mortalidad por cáncer de cuello uterino, 664 mujeres fallecieron como consecuencia de cáncer de cuello en el año 2012. El 96,1% de los diagnósticos de cáncer de cuello uterino ocurrieron después de los 30 años de edad. El Registro Nacional de Tumores (RNT) de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) –Quito, estimó que para el año 2013 existirían 1259 casos nuevos de cáncer invasor de cuello del útero en todo el país. Siendo un problema de salud de vital importancia por la pérdida de años potenciales de vida y la afectación en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Luego de aplicar las encuestas sobre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervico uterino e identificarse el bajo nivel de conocimiento sobre éstos que presenta la población en estudio se justifica el diseño de la estrategia educativa.

Misión

La estrategia educativa tiene como misión que la usuaria se sienta comprometida a mejorar sus conocimientos sobre el tema a tratar, mediante las experiencias, contenidos, medio audio visuales, con el fin de modificar el conocimiento que tenían antes de aplicar la estrategia educativa.

Visión

El pilar fundamental de esta actividad es empoderar a las mujeres del estudio de un conocimiento vasto sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, que les permita evitar la aparición de la enfermedad, así como de manera especial, que se conviertan en promotoras aliadas de la salud y puedan reproducir y ampliar la información a más grupo de mujeres, con el objetivo de evitar que las mujeres sean

víctimas del cáncer de cuello uterino y de esta manera tener mejor expectativa de vida, así como reducir los recursos que emplea la familia y el gobierno en la curación y rehabilitación, un vez que ya aparece.

Dirigida a: Esta estrategia va dirigida a las mujeres en edades comprendidas entre 30 a 60 años que participaron de la encuesta aplicada en el consultorio 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

4.- Objetivo.

- Elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, mediante técnicas educativas a mujeres de 30 a 60 años del consultorio 4 del centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

5.- Metodología.

La estrategia de intervención educativa fue confeccionada a partir de una encuesta realizada a la población femenina en edades comprendidas entre 30 a 60 años; donde se incluyeron las variables sociodemográficas, y el conocimiento de los factores de riesgo para esta enfermedad.

Para cumplir las acciones de la estrategia de intervención las 81 participantes serán distribuidas en grupos de 20 personas. La estrategia será realizada en un tiempo de 2 meses. Para poder cubrir el número total de las usuarias, se emplearán cuatro turnos en horario de la tarde: de 1 a 2 pm, 2 a 3 pm, 3 a 4 pm y el último de 4 a 5 pm. Las reuniones tendrán un tiempo de duración de una hora, cada quince días, las actividades se realizarán a través de talleres audio visual, en el auditorio del distrito de salud al cual pertenece el centro Enrique Ponce Luque.

Desarrollo de las actividades.

Sesión No. 1

Tema: “Introducción al Programa Educativo”

Objetivos:

- Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a mujeres familiares o amigas que no pertenezcan al estudio

Tiempo: 1h

Medios: Recursos humanos (médicos y técnico de atención primaria).

Recursos materiales (rotafolio, computadora, infocus, pizarra, marcador)

Actividades:

Introducción: se realizará por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación Cruzada”

Se le indicará al grupo que intercambien información de pareja durante tres o cuatro minutos. Luego cada miembro de cada pareja presentará al grupo al otro integrante.

Actividad principal: se abordarán temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración; y se realizarán algunas preguntas acerca de las mismas y de las expectativas que tienen a nivel individual de la actividad.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar el próximo encuentro.

Sesión No. 2

Tema: “Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.”

Objetivos:

- Identificar y conocer los diferentes factores de riesgo que contribuyen a la aparición del cáncer cérvico-uterino.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Clase práctica.

Medios: Recurso humano;(médico y técnico de aps).

Recursos materiales: (preservativos, rotafolios, pizarra, marcador tiza líquida, video informativo).

Actividades:

Introducción: en este encuentro se escogerán a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisieran enumerar algunos factores de riesgo.

Actividad principal: Para lograr la consolidación de conocimientos después de observar el video informativo, se aplicará la técnica “El Tesoro del Pirata”; sobre la mesa se habrá un mapa y en los pupitres estarán escondidas varias tarjetas enumeradas con los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, los dos subgrupos a la orden de la investigadora buscarán las tarjetas enumeradas, llegarán al mapa y leerán el contenido de la misma y analizarán tratando de reconocer los factores de riesgo presentes en cada situación. Posteriormente se realiza una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada subgrupo. Los factores de riesgo se escriben en una pizarra que permita al final de la discusión establecer un debate que involucre a todas las participantes, dirigido por la moderadora.

Cierre: se aplica una técnica de animación: “Canasta Revuelta”, se forma un círculo y se hace transitar el preservativo inflado de mano en mano, el cual tiene en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se circulará al ritmo de la música. Al detenerse el sonido quien tenga el preservativo debe explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si esta no es la correcta, se corrige en el grupo y se continúa entregando otro preservativo a las participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas. Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Sesión No. 3

Tema: “Importancia de la realización del Papanicolaou como medio de prevención y detección temprana de la enfermedad.”

Objetivos:

- Describir la técnica y frecuencia con que se realiza el Papanicolaou.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Conferencia audiovisual.

Medios: Recurso humano: (médico y técnico de atención primaria)

Recursos materiales (rotafolio, computadora, infocus, espejo, espátulas).

Actividades:

Introducción: Se da la bienvenida a la actividad, se realizan preguntas al azar sobre mitos y temores de realizarse la prueba, posteriormente se imparte una breve charla sobre el Papanicolaou, su importancia, su utilidad, la periodicidad con que se debe realizar. Posteriormente se proyecta un video educativo sobre la técnica del Papanicolaou. Para finalizar se emplea la técnica “lluvia de ideas”, con el fin de recoger opiniones sobre este exámen ginecológico y las expectativas después del taller. Se precisa la fecha del último encuentro.

Sesión No. 4

Tema: “Conclusiones”

Objetivos:

- Aplicar encuesta post estrategia para medir conocimiento sobre los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Taller.

Medios: Recursos Humanos (médico y técnico de atención primaria)

Recursos materiales (encuestas impresas, lápiz, certificados de asistencia,

Actividades:

Introducción: Se empieza la actividad dando la bienvenida al último encuentro y expresando las expectativas que se esperan al concluir el mismo. Se aplica la encuesta post estrategia para identificar si hubo modificación del conocimiento cerca del tema y así saber si la actividad cumplió el objetivo.

Se plantea a las mujeres asistentes la importancia de que se conviertan en aliadas y promotoras de salud sobre el tema tratado, para de esta manera amplificar la información y crear un impacto en la reducción de la enfermedad.

Cierre: Se despide la actividad entregando certificados de asistencia y compartiendo un refrigerio.

8. CONCLUSIONES

La utilización de medios didácticos que faciliten el conocimiento de los temas explicados servirá para mejorar la salud a nivel individual y comunitario. De esta manera existirá una respuesta favorable ante el cuidado de la población femenina, además de la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

9. RECOMENDACIONES

Emplear la estrategia educativa de manera reiterada a la población, para la adopción de nuevos conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, así disminuir la morbimortalidad por dicha enfermedad.

10. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 (Citado mayo 2018). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004.
2. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 1978 (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
3. Díaz B, Pérez. Generalidades de la educación para la salud. [Online].; 2012 (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28312/mgi09312.htm>.
4. Pérez Jarauta M, Echaury Oscodi M. Manual de educación para la salud. Informe. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2006. (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>.

5. Giraldo Osorio A, Toro Rosero Y, Macías Ladino M. La promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos saludables. Hacia la promoción de salud. 2010 junio; 15(1).

6. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de salud. Informe. Lima;; 2006. (Citado mayo 2018). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Patricia Narcisa López Chica**, con C.C: # 1205199456 autora del trabajo de titulación: “Diseño de una estrategia educativa para la prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 año. Consultorio 4. Centro de Salud Enrique Ponce Luque año 2018” previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de **diciembre** del 2018

f. _____

Nombre: **Patricia Narcisa López Chica**

C.C: **1205199456**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Diseño de una estrategia educativa para la prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 año. Consultorio 4. Centro de Salud Enrique Ponce Luque año 2018.”		
AUTOR(ES)	Patricia Narcisca López Chica		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Reinerio Rubio Rojas		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	85
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la salud, Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	CANCER DE CUELLO UTERINO, FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIA EDUCATIVA		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El cáncer de cuello uterino, es una afección de gran impacto en todas las esferas sociales que contribuye a las altas tasas de morbimortalidad en el mundo entero. Ocupando el tercer lugar en el Ecuador con el 8,41% de defunciones, año 2015. Objetivo: diseñar una estrategia educativa para la prevención del cancer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años del consultorio 4, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal, que incluyó 81 mujeres de 30 a 60 años del centro de Salud Enrique Ponce Luque, de enero a julio de 2018, la información fue tomada a través de una encuesta. Los resultados fueron procesados a través del programa estadístico SPSS versión 20.0. Resultados: en el estudio predominó el grupo de edades de 30-39 años (39,6%), bachiller (53%) y amas de casa (75,3%), además que existe desconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, tales como infección por papiloma virus (81,5%), compañeros sexuales (81,5%), multiparidad (90,1%), inicio precoz de las relaciones sexuales (88,9%), uso del preservativo (51,9%); frecuencia con que se realiza PAP (55,6%). Conclusiones: La mayoría de las mujeres en el estudio mostraron desconocimiento lo que eventualmente puede alertar a las autoridades de salud y reforzar el programa de prevención. Por lo que es necesario realizar una estrategia educativa que permita modificar el conocimiento acerca de los factores de riesgo.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0967496538	E-mail: drapatylopez84@yahoo.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: 042206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavierlandivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			