



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.

AUTORES:

Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Gaona Quezada, Lorena Raquel, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
4 de mayo del año 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTOR



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**LORENA RAQUEL GAONA
QUEZADA**

f. _____

Lcda. Gaona Quezada, Lorena Raquel, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla, Mgs.

Guayaquil, 4 de mayo del año 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.** Previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 4 de mayo del año 2026

LA AUTORA

f. _____
Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 4 de mayo del año 2026

LA AUTORA:

f. _____
Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

REPORTE DE COMPILATIO

Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025
ID : 401ec1abcae72e015df7276d958b69d502f95a4f

5%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS GAMARRA BRAVO 1.0.txt Tamaño del archivo original : 580,57 kB Número de palabras : 18.750 Número de caracteres : 128939	Depositante : JOSELYNE AMARANTA GAMARRA BRAVO Autor : JOSELYNE AMARANTA GAMARRA BRAVO, JOSELYNE AMARANTA GAMARRA BRAVO Fecha de depósito : 4 de mayo de 2026 Tipo de carga : url_submission fecha de fin de análisis : 5 de mayo de 2026
---	--

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

- Similitudes** <1%
Sintáctica <1% Semántica No medido
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.
- Detección de IA** 5%
Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA. Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.
- Idiomas no reconocidos** 3%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

- Textos entre comillas** 4%
Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

TUTORA



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LORENA RAQUEL GAONA QUEZADA

f.

Lcda. Gaona Quezada, Lorena Raquel, Mgs.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme llegar hasta esta etapa de mi carrera, la cual solo él es testigo de todo lo que vive en el proceso que todo lo bueno y malo fue para crecimiento y aprendizaje profesional, los días, meses y años invertidos hoy al final llegan a su fin dando como fruto una profesional de la Patria.

Le dedico este triunfo a Dios y a mis Padres que fueron el pilar fundamental y el apoyo incondicional que con altas y bajas hicieron todo lo posible por verme vestida de blanco, con sudor y sacrificio todos luchamos por este momento siendo siempre un equipo. Gracias a mis Docentes que me ilustraron en toda dificultad y adversidad que se interpuso. Hoy puedo decir, fue tan pero tan difícil como una montaña rusa llena de emociones y aprendizajes, pero ¡se Logró!

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, por darme la vida, la fortaleza y la sabiduría para culminar esta etapa tan importante. A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser mi mayor motivación en cada momento de este camino. A mis padres, por sus sacrificios, consejos y por creer siempre en mí, incluso en los momentos más difíciles. A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a mi formación personal y profesional, brindándome ánimo y enseñanzas valiosas.

Este logro es también de ustedes.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____



Validar Únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:

**OLGA ARGENTINA
MUNOZ ROCA**

LCDA. OLGA MUÑOZ ROCA
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1. Planteamiento del Problema	4
1.1. Preguntas de Investigación	6
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General:	8
CAPÍTULO II	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Marco Conceptual	14
2.2.1. Cáncer colorrectal	14
2.2.2. Disposición para la prevención	23
2.2.3. Modelo de Información–Motivación–Habilidades Conductuales	36
2.2.4. Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura	37
2.2.5. Población de riesgo	38
2.3. MARCO LEGAL	40
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador	40
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	41

2.3.3. Ley de Derechos y Amparo del Paciente.....	42
2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales	43
2.3.5. Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS).....	44
CAPITULO III.....	45
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
3.1. Tipo de Estudio	45
3.2. Diseño de la investigación.....	46
3.3. Población y muestra.....	47
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	48
3.6. Procedimientos para la recolección de información	49
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	49
3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	49
3.9. Operacionalización de Variables	49
CAPÍTULO IV.....	52
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	52
5. DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS	67
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables	50
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Distribución demográfica.....	52
Figura 2	Dimensión Información y conocimiento.....	53
Figura 3	Dimensión habilidades objetivas	54
Figura 4	Dimensión medidas eficaces	55
Figura 5	Dimensión motivación	56
Figura 6	Niveles de disposición para la prevención del cáncer colorrectal	57

RESUMEN

El cáncer colorrectal constituye un problema de salud prevenible cuando se identifican de forma oportuna sus factores de riesgo y se fortalecen conductas protectoras en población expuesta. El objetivo del estudio fue determinar la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de 18 a 64 años que acuden a la consulta externa de coloproctología de un hospital del segundo nivel de Guayaquil, se usó el cuestionario IMB CRC. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo no experimental recopiló datos de encuestas con el cuestionario IMB-CRC de una muestra de 47 personas. De la muestra, el 59,6 % tenía un alto nivel de disposición preventiva, y el 40,4% tenía disposición baja e irregular. En cuanto al conocimiento, se identificaron vacíos en el reconocimiento de factores de riesgo del cáncer colorrectal, con proporciones entre 34,0% y 38,3% de participantes en categorías negativas. En la evaluación de habilidades objetivas, el mayor reto fue en la valoración del comportamiento de riesgo, con un 55,3%, mientras que el reconocimiento, la identificación de síntomas y la clarificación de lo que era fiable en la información fueron del 48,9%. En la dimensión de autoeficacia, el aspecto con menor consolidación fue el mantenimiento regular de pruebas de detección con 51,5% de neutralidad y desacuerdo. En el área de motivación, la menor influencia fue de la familia y amigos y esto fue del 48,9%. Se concluyó que la disposición preventiva fue favorable en términos generales, aunque conservó vacíos cognitivos y conductuales que limitaron su consistencia práctica.

Palabras Clave: autoeficacia, detección precoz del cáncer, disposición, factores de riesgo, neoplasias colorrectales, prevención primaria.

ABSTRACT

Colorectal cancer is a preventable health problem when its risk factors are identified early and protective behaviors are strengthened in the exposed population. The objective of this study was to determine the readiness for colorectal cancer prevention among individuals aged 18 to 64 years attending the coloproctology outpatient clinic of a secondary-level hospital in Guayaquil, Ecuador. The IMB CRC questionnaire was used. A non-experimental, descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted, collecting data from surveys using the IMB-CRC questionnaire from a sample of 47 people. Of the sample, 59.6% had a high level of readiness for prevention, while 40.4% had a low or inconsistent readiness. Regarding knowledge, gaps were identified in the recognition of colorectal cancer risk factors, with between 34.0% and 38.3% of participants falling into negative categories. In the assessment of objective skills, the greatest challenge was in evaluating risk behavior, at 55.3%, while recognition, symptom identification, and clarifying the reliability of information were at 48.9%. In the self-efficacy dimension, the least consolidated aspect was the regular maintenance of screening tests, with 51.5% expressing neutrality or disagreement. In the area of motivation, the least influential factor was family and friends, at 48.9%. It was concluded that preventive attitudes were generally favorable, although cognitive and behavioral gaps remained that limited their practical consistency.

Keywords: self-efficacy, early cancer detection, readiness, risk factors, colorectal cancer, primary prevention.

INTRODUCCIÓN

En la última década la incidencia del cáncer colorrectal (CCR) progresa de manera constante en diversas regiones del mundo y sorprende su aceleración en adultos jóvenes. Datos de Sung et al. (1) indican Ecuador hay una tendencia creciente de esta enfermedad en poblaciones cada vez más jóvenes, incluso, el aumento anual promedio fue mayor en adultos jóvenes en comparación con adultos mayores y se hizo más evidente en el sexo masculino. Además, el Observatorio Global del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (2) registró 2.531 diagnósticos nuevos de colorrecto en Ecuador durante 2022, cifra que sitúa al tumor colorrectal como el cuarto en frecuencia en la población general.

No obstante, la adherencia a las pruebas de detección continúa por debajo de los estándares recomendados, en perspectiva, Mojica et al. (3) describen barreras culturales como temor al procedimiento y escasa recomendación profesional como obstáculos determinantes en las comunidades latinoamericanas, con tasas de tamizaje que apenas alcanzan 60% en hombres hispanos de cincuenta años en adelante. Además, un estudio de Montalvan et al. (4) en pacientes latinos destacó demoras diagnósticas vinculadas a la falta de programas organizados y a las limitaciones en cobertura sanitaria.

Este estudio es relevante, dado que la prevención secundaria mediante tamizaje oportuno disminuye la mortalidad por CCR de forma importante, de hecho Han et al. (5) sugieren que la colonoscopia o la

sigmoidoscopia reducen la muerte atribuida al tumor en 26 % y la incidencia en 20 % respecto del cuidado habitual. De este modo, ante una tendencia que se inicia antes de los 50 años, se vuelve necesario investigar las disposiciones preventivas en sujetos con factores de riesgo elevados, para así anticipar diagnósticos avanzados y gestionar recursos hospitalarios con eficiencia.

En consecuencia, el presente estudio tiene como propósito determinar la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

El cáncer colorrectal se define como una neoplasia de origen epitelial que afecta colon y recto, escenario donde convergen factores de riesgo modificables como sedentarismo, dieta rica en procesados y obesidad; junto con antecedentes familiares y síndromes hereditarios. En este contexto, la población con alto riesgo de esta enfermedad comprende adultos menores de cincuenta años, exceso de peso y la inactividad física, en tanto, los factores clínicos son pólipos intestinales, enfermedad inflamatoria y antecedente familiar de cáncer (1,6,7). De igual forma, la disposición para la prevención exhibe la disposición consciente y continua que integra tanto la aceptación de acciones orientadas a disminuir la probabilidad de un evento adverso como la ejecución efectiva de prácticas de vigilancia y autocuidado.

A nivel mundial, la utilización de colonoscopia y pruebas fecales muestra alteraciones marcadas, en Europa, la participación fluctúa entre 20% y 70%, diferencia que se refleja en la mortalidad registrada en la región (8). Entretanto, un estudio nigeriano de Menkiti et al. (9) encontró que 57% de los pacientes se diagnostica en estadios avanzados y que 86% expresa PD-L1, situación que evidencia demoras diagnósticas y un componente biológico agresivo en entornos de recursos limitados.

En América Latina se identifican brechas importantes, un estudio de Eleazar et al. (10) incluyó casi 124.000 participantes, reportó una cobertura

promedio de tamizaje de 43% y dejó ver variedad de resultados entre países, con México por encima del 50% y Perú por debajo del 30%. De manera complementaria, Sorbello et al. (11) basado en prueba inmunoquímica fecal en Brasil mostró una positividad de 6,4% y reveló que sólo 58% de los casos positivos completó colonoscopia, indicador que evidencia desafíos logísticos y de acompañamiento clínico dentro de la región.

Mientras tanto, en Ecuador, el Registro de Cáncer de Base Poblacional de Quito documentó que el tumor colorrectal se sitúa entre los cinco más frecuentes en ambos sexos, mientras que datos nacionales de Globocan estiman 3.240 casos nuevos y 1.750 defunciones durante 2024, con una tasa de mortalidad de 76 por cada 100 000 habitantes (12,13). Aun así, las estadísticas hospitalarias disponibles reflejan variabilidad en la participación en tamizajes, situación que se intensifica en Guayaquil, donde la dinámica demográfica y los estilos de vida urbano-costero configuran un ambiente con exposición a factores de riesgo dietéticos como ingesta frecuente de carnes procesadas y grasas saturadas, junto con escaso consumo de fibra, frutas y verduras.

A nivel local, Guayaquil es una ciudad con variedad demográfica y hábitos alimentarios; en tanto, en el entorno hospitalario se observa un flujo constante de pacientes con factores clínicos importantes como antecedentes familiares con cáncer de colon, seguimiento limitado y consultas reiteradas por rectorragia. Asimismo, los pacientes suelen

cancelar las citas preventivas o suelen omitir detalles importantes en las consultas.

1.1. Preguntas de Investigación

¿Existe disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo que acuden a la consulta externa de coloproctología de un hospital del segundo nivel de Guayaquil, mediante la aplicación del cuestionario IMB CRC?

¿Qué conocimiento dispone la población sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal?

¿Qué habilidades objetivas se evidencian en la prevención del cáncer colorrectal de la población de riesgo de un hospital de Guayaquil?

¿Cuáles son las medidas consideradas eficaces que percibe la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal?

¿Cuál es la motivación que dispone la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal en un hospital de Guayaquil?

1.2. Justificación

En Guayaquil la incidencia creciente de cáncer colorrectal en adultos menores de cincuenta años converge con una participación irregular en los programas de tamizaje que ofrecen los hospitales. Analizar la disposición para la prevención dentro de esta población de riesgo podría revelar condicionantes contextuales que explican la brecha observable entre oferta tecnológica y prácticas efectivas de autocuidado.

Además, la evidencia científica presenta descripciones de barreras culturales y logísticas asociadas al tamizaje. Este estudio daría lugar a un conjunto de datos comparables con la región andina y con investigaciones globales, puesto que se aplicaría un instrumento validado en adultos con antecedentes familiares o patologías predisponentes; en consecuencia, podría ampliar la utilidad de la información para trabajos futuros en enfermería preventiva.

Por otra parte, en la práctica asistencial de Guayaquil las estancias prolongadas por cáncer colorrectal generan costes elevados y sobrecarga de camas quirúrgicas; de modo que describir la disposición preventiva de quienes integran el grupo de mayor riesgo esperaría evidenciar patrones susceptibles de ajuste mediante programas educativos y acompañamiento temprano. Esa información podría orientar campañas focalizadas y reajustes en la asignación de recursos, con la consiguiente expectativa de reducir la aparición de cuadros avanzados, mejorar la utilización de servicios endoscópicos y favorecer la continuidad laboral de los pacientes.

Asimismo, se seleccionó el rango etario de 18 a 64 años debido al incremento del cáncer colorrectal en adultos jóvenes observados en los últimos años, esto evidencia que la atención preventiva se debe centrar en los grupos de menor edad antes de que aparezcan sintomatologías de esta patología. Por ende se proyecta que los beneficiarios incluyan a adultos con predisposición hereditaria o comorbilidades digestivas, dado que los resultados podrían guiar intervenciones ajustadas a sus necesidades. La administración hospitalaria obtendría insumos para perfeccionar flujos de

atención y optimizar la agenda endoscópica, mientras el personal de enfermería integraría dichos conocimientos en planes de orientación y seguimiento.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo que acuden a la consulta externa de coloproctología de un hospital del segundo nivel de Guayaquil, mediante la aplicación del cuestionario IMB CRC.

1.3.2. Objetivos Específicos:

Identificar el conocimiento que dispone la población sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal.

Describir las habilidades objetivas que se evidencian en la prevención del cáncer colorrectal de la población de riesgo de un hospital de Guayaquil.

Determinar las medidas consideradas eficaces que percibe la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal.

Identificar la motivación que dispone la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal en un hospital de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación

Brezina et al. (14), evaluaron la eficacia de un programa de tamizaje colorrectal en Burgenland, Austria, frente al programa oportunista. El estudio fue cuantitativo, observacional y comparativo; incluyó residentes de 40 a 80 años invitados a prueba inmunoquímica fecal, con análisis de registros del programa, colonoscopias y registro nacional de cáncer. La muestra comparó 15.133 personas de B-PREDICT con 10.045 del programa oportunista. Entre 2003 y 2014, 56,6% participó una vez, 8,1% de 539.348 pruebas resultó positiva y 58,7% completó colonoscopia tras resultado positivo; la detección de cáncer colorrectal fue 1,34% frente a 0,54% y el descenso anual de incidencia fue -4,4% frente a -1,8%. Concluyeron que el tamizaje con prueba fecal y colonoscopia mejora la detección temprana y reduce la incidencia de la patología.

Alharbi et al. (15), buscaron identificar la modalidad de tamizaje colorrectal preferida por la población saudí adulta. Este estudio se basa en un diseño transversal, cuantitativo y descriptivo y se realizó de septiembre de 2021 a febrero de 2022 en la población adulta general con una muestra de 10,781 participantes, utilizando un cuestionario en línea elaborado por los autores. El estudio encontró que el 41,7% favorecía y el 33,5% consideraba más apropiado la prueba inmunoquímica fecal y el 50,4% declaró que la forma en que se debía realizar la prueba era la razón más

importante para su elección. La preferencia se inclinó hacia pruebas menos invasivas y de uso simple, mientras las técnicas endoscópicas recibieron menor aceptación relativa. Se concluyó que la estructura operativa del tamizaje influye en la elección poblacional.

Yehia et al. (16), tuvieron como propósito medir el nivel de conocimiento público sobre cáncer colorrectal en varias gobernaciones egipcias. Se trató de un estudio cuantitativo, transversal y analítico, aplicado entre julio de 2022 y marzo de 2023 en siete gobernaciones; participaron 940 adultos mediante la versión árabe adaptada del Bowel Cancer Awareness Measure v2.1. El puntaje medio de conocimiento fue 14,29 de 37 y 71% presentó conocimiento deficiente. Entre los participantes, 64,1% señaló colonoscopia como mejor prueba de tamizaje, 27,8% eligió tomografía abdominal y 15,5% prueba de sangre oculta en heces; 62% reconoció sangrado rectal como signo y 20,3% no identificó ningún factor de riesgo. El estudio señaló mayor conocimiento en residentes urbanos, personas con educación universitaria y no fumadores. La conclusión refirió una brecha amplia de información preventiva en la población egipcia.

Abdulelah et al. (17), plantearon determinar las barreras que limitan el uso del tamizaje colorrectal en población jordana de 45 años o más. La investigación fue cuantitativa, transversal y descriptiva; se aplicó un cuestionario autoadministrado en las regiones norte, central y sur del país a 1.477 adultos. Apenas 9% refirió haberse realizado colonoscopia de tamizaje. En el estudio, la razón más citada fue la falta de información, se

mencionaron barreras relacionadas con la aprensión respecto a la probabilidad de que surjan complicaciones en un 10%, la vergüenza ante la perspectiva de someterse a una colonoscopia en un 7,8%, y el miedo a resultados adversos en un 7,4%. La ausencia de miedo e ignorancia respecto al propósito de la prueba fueron posibles obstáculos para la realización voluntaria de la prueba de heces. El estudio concluyó que la razón por la baja tasa de detección en Jordania se debe a obstáculos emocionales e informativos persistentes.

El propósito del estudio realizado por Álvarez et al. (18), fue evaluar el conocimiento, percepción y prácticas de la comunidad de la Ciudad de México respecto al cáncer colorrectal. Este estudio fue cuantitativo, transversal y analítico, y se realizó entre los meses de marzo y abril del año 2023 en seis barrios de Tlalpan. El estudio se basó en la cumplimentación de una encuesta por parte de 349 adultos de entre 45 y 74 años, y la encuesta incluyó preguntas relacionadas con datos sociodemográficos, antecedentes familiares de cáncer, y conocimientos, actitudes y prácticas de detección del cáncer. Solo el 35.2% informó saber qué era el cáncer colorrectal, y el 23.8% tenía una actitud positiva respecto a la detección. Independientemente de lo mencionado, el 80,8% dijo que aceptaría someterse a una prueba de detección si se le ofreciera. Concluyeron que la educación sanitaria sigue siendo necesaria para convertir intención en práctica preventiva.

Ribeiro Jr. et al. (19), describieron la implementación de un programa organizado de tamizaje en una comunidad urbana de bajos ingresos de

São Paulo, Brasil. La investigación incluyó pacientes asintomáticos de entre 50 y 75 años de edad entre 2016 y 2019, que tenían una prueba inmunoquímica fecal cuantitativa positiva y colonoscopia. De un total de 10,057 muestras cuantitativas, 9,881 fueron válidas. La tasa de positividad de las pruebas fue del 7,8%. Se reportó un 68,9% de colonoscopías, el 63,2% de los participantes que tenían adenomas, el 31,4% tenía adenomas avanzados y el 5,9% tenía cáncer colorrectal. Entre los casos de cáncer, el 45,2% recibió tratamiento endoscópico con intención curativa. El estudio concluyó que la secuencia prueba fecal-colonoscopia fue factible y eficaz, incluso en regiones con limitaciones sociales.

Quezada et al. (20), estudiaron el valor de una prueba inmunoquímica fecal cualitativa para la triaje de colonoscopias en Chile. Fue un estudio de cohorte retrospectivo cuantitativo de 1.304 adultos con síntomas de cáncer colorrectal (CCR) en los años 2016-2024. La enfermera evaluó los factores involucrados según las pautas del NICE; 394 fueron catalogados como de alto riesgo y 910 evaluados como de riesgo bajo/moderado, con un total de 808 resultados de pruebas fecales. El Valor Predictivo Positivo (VPP) fue del 1,9%, la Sensibilidad fue del 96% y la Especificidad fue del 99,8%, valor predictivo negativo (VPN). Del grupo evaluado, hubo 24 casos verdaderos positivos y 1 falso negativo. Se encontró que los pacientes que dieron negativo en la prueba experimentaron una disminución en la mortalidad acumulada. El estudio estableció que en entornos de bajos recursos, una prueba fecal básica puede priorizar eficazmente quién requiere una colonoscopia.

Castañeda et al. (21), evaluaron conocimientos y actitudes de residentes de un cantón rural ecuatoriano frente a la prevención. Fue un estudio mixto, descriptivo y correlacional; se ejecutó entre octubre y diciembre de 2022 con 245 residentes y 238 respuestas, mediante una encuesta de 22 preguntas cerradas. Los hallazgos mostraron que el 74.8% eran conscientes de que la probabilidad de lograr una cura es mayor con un diagnóstico temprano, el 57.6% reconocieron el mayor riesgo de la enfermedad con la edad avanzada y el 50.8% entendieron que la enfermedad podría ser asintomática; el 63.9% identificaron una colonoscopia como la prueba preventiva más utilizada, sin embargo, solo el 31.9% estaban conscientes de la edad recomendada para el tamizaje y el 31.5% conocían la frecuencia recomendada para una prueba de sangre oculta en heces. Entre los mayores de 50 años, el 90.7% nunca había utilizado la colonoscopia subsidiada y gratuita. Afirmaron que todavía existe una falta de conocimientos y actitudes insuficientes.

Moreira et al. (22), intentaron evaluar algunos de los indicadores de calidad de la colonoscopia para la ciudad de Quito basándose en algunos informes endoscópicos y patológicos. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo en el que la población de estudio fue de 1,807 colonoscopias realizadas en el año 2022. De estos, a partir de una muestra probabilística inicial, se obtuvieron 282, y 208 fueron válidos para su análisis en relación con las hojas de extracción de datos clínicos e histológicos. La tasa de detección de adenomas fue del 43,27 % y la tasa de pólipos no adenomatosos fue del 42,31 %, mientras que el 14,42 % no

presentó lesiones. El diagnóstico histológico predominante fue pólipo hiperplásico, que representó el 41,35 %, y el adenoma tubular fue del 36,54 %; en futuras colonoscopias, la tasa de detección de adenomas fue del 65,52 %. La conclusión refirió que la colonoscopia mantiene capacidad alta para identificar lesiones precursoras en el medio local.

Tarupi et al. (23), estudiaron los casos y las muertes por cáncer en la ciudad capital de Ecuador utilizando un registro poblacional. Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y ecológico de la población de Quito, utilizando una muestra censal de 23,950 casos incidentes y 11,730 muertes relacionadas con el cáncer, según lo registrado en el Registro de Cáncer basados en la población y en los certificados de defunción. Respecto al cáncer colorrectal, hubo 762 casos registrados en mujeres y 679 en hombres, con una incidencia específica por edad de 14.1 para mujeres y 15.8 para hombres, y tasas de mortalidad de 8.0 para mujeres y 9.3 para hombres. La proporción de mortalidad/incidencia fue del 58.4 % para mujeres y del 59.9 % para hombres. Existe una carga persistente de la enfermedad en el país, lo que demuestra la necesidad de mejorar los sistemas de prevención de enfermedades y detección temprana.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Cáncer colorrectal

Corresponde a una neoplasia maligna originada en el colon o el recto, a partir de alteraciones celulares que rompen el control de proliferación, diferenciación y muerte programada. La definición clínica considera lesiones invasivas que muestran una variedad de

comportamientos biológicos. Estos comportamientos pueden verse afectados por la ubicación anatómica de las lesiones, la carga mutacional y la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Desde el punto de vista de la salud pública, constituye una enfermedad en gran medida prevenible debido a la asociación del estado patológico con lesiones precursoras detectables y riesgos ambientales/comportamientos modificables que existen durante años. Esta combinación de factores hace que el proceso neoplásico sea un problema dual oncológico y preventivo. (24).

La patología abarca los tumores moleculares que se desarrollan a través de las vías adenoma-carcinoma, inestabilidad de microsatélites y serradas. Con el rango, la velocidad de progresión, los perfiles histológicos y las respuestas al tratamiento que varían entre las vías, los conceptos más recientes de la patología del cáncer colorrectal van más allá de la visión de la enfermedad como una entidad única y homogénea. Con respecto a la atención, el término abarca procesos que comparten una región anatómica y similitudes en la presentación, pero poseen diferencias en comportamiento local, potencial metastásico y pronóstico. Esta perspectiva proporciona una mejor comprensión de las complejidades de la lesión tisular, la monitorización clínica y el perfeccionamiento de las estrategias para prevenir la enfermedad mediante medidas primarias específicas, adaptadas al riesgo individual y colectivo (25).

Su contextualización actual también abarca un cambio en la distribución por edad, con un aumento notable de casos en las poblaciones

de adultos jóvenes, aunque sigue siendo dominante en las poblaciones de edad media y mayores. En este cambio, el cáncer colorrectal está asociado con alteraciones en la dieta, comportamiento sedentario, aumento de la obesidad, factores ambientales y predisposición genética. La enfermedad adquiere significado sanitario amplio porque afecta funciones digestivas, estado nutricional, bienestar emocional y uso de servicios especializados. A la vez, demanda lectura continua de desigualdades territoriales y sociales, debido a que la detección oportuna, la confirmación diagnóstica y el tratamiento dependen del acceso a información, tamizaje y atención organizada (26).

2.2.1.1. Fisiopatología

El cáncer comienza con una ruptura gradual del equilibrio entre renovación epitelial, reparación del ADN y vigilancia inmunitaria en la mucosa intestinal. Este proceso se inicia desarrollando alteraciones a nivel genético y epigenético que promueven un crecimiento desregulado, evasión de la apoptosis e infiltración progresiva de la pared intestinal. La transformación maligna no es un evento singular, sino que implica una serie de eventos precursores en los que adenomas típicos o lesiones serradas precursoras adquieren una ventaja proliferativa y sufren ciertos cambios arquitecturales. Con el avance de la inestabilidad genómica, se desarrollan clones celulares que poseen una mayor supervivencia, capacidad para inducir angiogénesis y dispersarse a ganglios linfáticos y órganos distantes (27).

Otra pieza de fisiopatología proviene de un microambiente tumoral, que consiste en células inmunes, fibroblastos, matrices extracelulares, editores inflamatorios y microbiota intestinal. Las interacciones entre estos elementos transforman la permeabilidad epitelial, mantienen la inflamación crónica y establecen un entorno para la evasión inmunitaria. Cuando la señalización pro-tumor predomina, el tejido afectado pierde su capacidad de confinar las células transformadas, aumentando así la probabilidad de progresión local y distal. También intervienen metabolitos bacterianos, hipoxia y reprogramación metabólica, fenómenos que alteran la comunicación celular y el aprovechamiento energético del tumor. De esa manera, la fisiopatología incluye una relación dinámica entre lesión genética, inflamación, inmunidad y entorno tisular (28).

2.2.1.2. Etiología

Hay muchas razones para esta respuesta; es el resultado de interacciones prolongadas entre determinantes biológicos, conductuales y ambientales. El origen no es único, sino multifactorial; los orígenes son las exposiciones acumulativas que alteran la mucosa intestinal y aumentan la probabilidad de un cambio neoplásico. Entre los mecanismos causales figuran inflamación persistente, daño oxidativo, alteraciones metabólicas, cambios en la microbiota y susceptibilidad heredada. A partir de esa perspectiva, la etiología se interpreta como un proceso acumulativo donde dieta, adiposidad, sustancias tóxicas y enfermedades previas producen condiciones favorables para la aparición y progresión de lesiones precursoras y cáncer invasivo (29).

Los tipos hereditarios aseguran que también se puedan estructurar variantes germinales de alta penetrancia. Los síndromes como Lynch o la poliposis adenomatosa familiar muestran cambios en genes de reparación y supresión de tumores que provocan edades de aparición más tempranas y una mayor frecuencia de lesiones múltiples. Sin embargo, el factor genético no actúa por sí solo. La manifestación clínica depende de exposiciones cotidianas, el monitoreo de la salud y la historia familiar conocida. La etiología, vista desde esa integración, permite unir predisposición constitucional con hábitos, comorbilidades y trayectorias de atención, sin reducir el origen de la enfermedad a herencia o ambiente por separado (30).

2.2.1.3. Factores de riesgo

Se integran condiciones no modificables y exposiciones susceptibles de cambio que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal. Algunos de los primeros factores incluyen edad, sexo, antecedentes familiares, trastornos genéticos y enfermedad inflamatoria intestinal. Con respecto a los segundos factores, tenemos fumar, beber alcohol, consumir mucha carne procesada, aumentar de peso, tener diabetes y practicar actividades físicas. El verdadero valor de esta clasificación es ayudar a identificar el grupo de personas que debe ser monitoreado más de cerca, o definir el grupo de personas que debe ser cubierto por la intervención primaria. Con referencia al riesgo, el enfoque integrado aboga por el establecimiento de marcos educativos, clínicos y políticos adecuados a los factores de riesgo (31).

Al evaluar el riesgo, se consideran tanto los factores sociales como los metabólicos, y estos dos operan por encima de lo biológico. La grasa visceral, la resistencia a la insulina y la inflamación de bajo grado cambian el entorno sistémico y mantienen la proliferación anormal patológica de células. Por otro lado, el nivel educativo, económico y de seguro de salud, así como la distribución geográfica de los alimentos saludables, constituyen los determinantes sociales de la salud que pueden ser protectores o perjudiciales. Por lo tanto, el riesgo supera la agregación de componentes clínicos y encarna los determinantes socio-ecológicos de la salud y la distribución inequitativa de los recursos de salud. Esa perspectiva es útil para identificar población susceptible y planificar prevención con sentido contextual (24).

2.2.1.4. Manifestaciones clínicas

Dependen del sitio tumoral, del tamaño de la lesión, del grado de obstrucción y de la presencia o ausencia de enfermedad avanzada. Tumores del colon derecho suelen asociarse con anemia ferropénica, fatiga y sangrado oculto; en cambio, lesiones del colon izquierdo y del recto se relacionan con rectorragia, cambio del hábito intestinal, dolor abdominal y sensación de evacuación incompleta. Ningún síntoma aislado define la enfermedad, porque varios comparten presentación con trastornos benignos frecuentes. Por esa razón, la valoración clínica requiere integrar duración, intensidad, progresión y coexistencia de signos constitucionales o digestivos persistentes (25).

La enfermedad también puede cursar sin síntomas durante fases tempranas, condición que explica el valor preventivo del tamizaje en personas sin síntomas aparentes. Con la progresión, pueden ocurrir síntomas como pérdida de peso no intencionada, distensión abdominal, masa palpable, tenesmo, urgencia para defecar y/o síntomas relacionados con metástasis en el hígado y los pulmones. La forma de presentación sigue siendo clínicamente relevante porque guía la sospecha, aunque no reemplaza la confirmación diagnóstica. En pacientes de alto riesgo, se deben destacar los síntomas leves o intermitentes, ya que cuanto más tiempo pasen sin ser reconocidos, mayor será la espera para una colonoscopia y mayor la probabilidad de un diagnóstico en etapas más avanzadas (32).

2.2.1.5. Diagnóstico

Combina valoración clínica, pruebas de tamizaje, endoscopia, histopatología e imagenología para definir presencia tumoral, extensión y características biológicas. La prueba inmunoquímica fecal y otras técnicas no invasivas permiten seleccionar personas con mayor probabilidad de lesión sangrante, mientras la colonoscopia permite visualización directa, toma de biopsias y resección de pólipos. Una vez identificado el tumor, la anatomía patológica confirma tipo histológico, grado de diferenciación y profundidad de invasión. Los estudios de imagen y ciertos marcadores adicionales finalizan la estadificación. Por lo tanto, el diagnóstico es un proceso multidimensional que implica una secuencia de elementos en capas, que conduce a la detección, confirmación y perfil pronóstico (33).

El enfoque actual de diagnóstico integra biomarcadores tisulares y moleculares que especifican aún más el tipo de tumor y afectan las decisiones de tratamiento. Específicamente, la identificación de inestabilidad de microsatélites, mutaciones en RAS o BRAF, y otras alteraciones genómicas permiten la división de los tumores en subgrupos de comportamiento distintos y divergentes. De igual manera, la calidad del diagnóstico depende de preparación intestinal adecuada, colonoscopia completa, análisis histopatológico confiable y referencia oportuna. Vista como una cadena asistencial, la confirmación diagnóstica requiere coordinación entre consulta, laboratorio, endoscopia, patología e imagen. Cualquier interrupción en esa secuencia disminuye oportunidad de tratamiento y afecta resultados clínicos posteriores (34).

2.2.1.6. Tratamiento

Se define según estadio, localización, resecabilidad, condición funcional del paciente y perfil molecular del tumor. En enfermedad localizada, la cirugía con principios oncológicos constituye la base terapéutica, apoyada en algunos casos por quimioterapia adyuvante o, en tumores rectales, por radioterapia y tratamiento neoadyuvante. En enfermedad metastásica, la conducta incluye combinaciones de quimioterapia sistémica, terapias dirigidas, inmunoterapia y resección de metástasis seleccionadas. El concepto terapéutico actual supera la lógica de una sola modalidad y se organiza como manejo multidisciplinario. Esa visión articula control local, reducción de recaída, prolongación de supervivencia y preservación funcional cuando resulta posible (35).

La incorporación de biomarcadores ha transformado la selección terapéutica, debido a que ciertos perfiles moleculares anticipan beneficio o resistencia frente a tratamientos determinados. Tumores con alta inestabilidad de microsatélites pueden responder a inmunoterapia, mientras alteraciones en RAS limitan uso de algunos anticuerpos dirigidos. A la vez, la terapia incluye valoración nutricional, manejo del dolor, apoyo psicológico, rehabilitación y vigilancia de secuelas, sobre todo tras cirugía colorrectal. Desde esa perspectiva, tratar no equivale solo a eliminar masa tumoral; implica mantener funcionalidad, aliviar síntomas, prevenir complicaciones y ajustar intervenciones a la trayectoria clínica y social de cada persona (36).

2.2.1.7. Prevención

Se reúnen acciones primarias, secundarias y terciarias articuladas alrededor del control de exposiciones nocivas, la detección precoz y la reducción de recaídas. La prevención primaria incluye alimentación saludable, actividad física, control del peso corporal, limitación del alcohol y abandono del tabaco. La prevención secundaria se basa en pruebas de tamizaje y colonoscopia para detectar lesiones precursoras o tumores en fases iniciales. La prevención terciaria se orienta a seguimiento, manejo de secuelas y vigilancia de recurrencia. En conjunto, la prevención representa una continuidad de cuidado donde hábitos, información, acceso sanitario y adherencia se vuelven componentes inseparables (31).

La prevención adquiere sentido poblacional cuando se vincula con programas organizados, invitación activa, recordatorios, educación clara y

rutas accesibles de confirmación diagnóstica. En el caso del cáncer colorrectal, hay que abordar el estigma, la vergüenza, el miedo, la ignorancia y los costos indirectos de las pruebas. Las percepciones de riesgo, la confianza en el sistema y la capacidad para adherirse a las instrucciones previas/posteriores ayudan a entender cómo se aceptan los servicios de detección y pruebas. Esto explica por qué la prevención va más allá de la recomendación de estilos de vida saludables. Abarca los entornos socio-sanitarios que facilitan las decisiones, la asistencia, la finalización de los procedimientos y el seguimiento que pueden mantenerse (37).

2.2.2. Disposición para la prevención

Puede definirse como la preparación cognitiva, afectiva y práctica que permite a una persona valorar riesgos, aceptar recomendaciones sanitarias y orientarse hacia conductas protectoras. Dentro del cáncer colorrectal, esa disposición expresa un estado previo a la acción donde interactúan conocimientos, creencias, expectativas de beneficio, percepción de barreras y confianza para cumplir indicaciones preventivas. No se limita a intención declarada, porque también incluye apertura real para modificar hábitos, solicitar información y participar en pruebas de detección. Su contenido resulta útil para la investigación en Enfermería, dado que acerca la conducta preventiva a procesos observables y medibles (38).

Vista como variable de salud, la disposición para la prevención reúne componentes que conectan aquello que la persona sabe, siente, valora y

crea poder hacer frente a una amenaza futura. En sujetos con riesgo de cáncer colorrectal, la disposición puede mantenerse baja aun cuando exista información general sobre la enfermedad, si persisten miedo al diagnóstico, dudas sobre el procedimiento o percepción de poca utilidad del tamizaje. Por esa razón, su conceptualización exige integrar juicio racional y respuesta emocional. También supone una relación con el contexto familiar, la experiencia previa con servicios de salud y la accesibilidad de pruebas diagnósticas aceptables para la vida cotidiana (39).

La perspectiva operativa ve la anticipación de la prevención como la inmediata predecesora de la acción preventiva. Fomenta la búsqueda de ayuda, el cambio de mensaje, la demora, el asesoramiento y la persistencia cuando se requiere retroalimentación de detección y/o modificaciones en el comportamiento. En su ausencia, hay demora, negación del riesgo, desprecio por la seguridad, incumplimiento y continuación de comportamientos no saludables. En poblaciones en riesgo, la ausencia de disposición es la precursora de los umbrales de comportamiento que son más identificables. De ahí surge su utilidad analítica, porque ofrece un puente entre la susceptibilidad epidemiológica y la posibilidad concreta de adoptar medidas protectoras sostenidas. (40)

2.2.2.1. Conocimiento

Dentro de la disposición preventiva, corresponde al conjunto de nociones que permiten identificar la enfermedad, sus causas probables, signos de alerta, conductas de riesgo y medios de prevención disponibles. No se reduce a recordar datos aislados, debido a que implica organizar

información útil para tomar decisiones con sentido práctico. En cáncer colorrectal, conocer supone distinguir factores modificables, reconocer la utilidad del tamizaje y diferenciar síntomas que ameritan consulta. Su importancia radica en que orienta la interpretación del riesgo personal y ordena la respuesta frente a recomendaciones sanitarias. Sin una base cognitiva suficiente, la intención preventiva suele volverse inestable o imprecisa (41).

Como una habilidad aplicada, el conocimiento debe considerarse más que solo la acumulación de hechos. Considere a alguien que conoce el cáncer colorrectal, pero puede no ver el riesgo de tener que evaluar la situación debido a sangrado rectal, anemia o edad avanzada. Además, alguien puede conocer la palabra colonoscopia, pero no comprender la diferencia entre el procedimiento como preventivo o diagnóstico. Por lo tanto, el conocimiento es preventivo en el caso de la identificación, interpretación y aplicación del conocimiento en el contexto. En el campo comunitario y hospitalario, ese componente permite apreciar si la población reconoce mensajes sanitarios y si logra transformarlos en criterios válidos para el autocuidado (42).

2.2.2.1.1. Consumo de tabaco

Constituye un contenido que debe ser conocido por la población de riesgo debido a su relación con carcinógenos capaces de alterar la mucosa intestinal, favorecer inflamación persistente y aumentar la probabilidad de lesiones precursoras y cáncer invasivo. Enseñar sobre la exposición al tabaco en la educación para la salud es de suma importancia, y estos daños

no se limitan a daños en el sistema respiratorio: el complejo de humos del tabaco puede dañar otros órganos y modificar las funciones de ciertas células. Este tipo de comprensión permite apreciar la complejidad de la práctica de fumar y el daño que causa con el tiempo. Además, permite que el fumador vea el abandono del tabaquismo y el aplazamiento de fumar como una medida protectora no solo contra afecciones respiratorias, sino también contra el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (24).

2.2.2.1.2. Consumo de alcohol

Forma parte del conocimiento preventivo porque se asocia con alteraciones metabólicas, producción de acetaldehído, estrés oxidativo y cambios inflamatorios que favorecen carcinogénesis colorrectal. Su conceptualización no debe limitarse a dependencia o abuso visible, dado que la exposición repetida, aun incorporada como hábito social aceptado, puede influir sobre el riesgo cuando se combina con dieta inadecuada, tabaquismo y exceso de peso. En educación para la salud interesa que la persona vincule cantidad, frecuencia y duración del consumo con consecuencias digestivas de largo plazo. Esa relación permite situar al alcohol como conducta que requiere valoración consciente dentro de la prevención primaria (24).

2.2.2.1.3. Sobrepeso y obesidad

Representan contenidos centrales del conocimiento preventivo porque expresan alteraciones metabólicas asociadas con hiperinsulinemia, inflamación crónica de bajo grado, disfunción adipocitaria y cambios hormonales vinculados al desarrollo del cáncer colorrectal. El término

abarca mucho más que los elementos fácilmente identificables y tangibles y se refiere a los mecanismos biológicos que apoyan la proliferación de células y de un microambiente tisular que favorece la progresión neoplásica del tejido. Desde una perspectiva de prevención primaria, es fundamental que las personas reconozcan la adiposidad como un riesgo para la salud y no como un problema estético. Este reconocimiento es fundamental para orientar las decisiones, especialmente en relación con la alimentación, el ejercicio y el mantenimiento de un peso específico, que son todos factores que contribuyen a reducir el riesgo en el futuro (43).

2.2.2.2. Motivación

Dentro de la disposición para la prevención, alude a la fuerza interna que impulsa a una persona a iniciar, mantener o retomar comportamientos protectores frente al cáncer colorrectal. Surge de la valoración subjetiva del daño posible, del beneficio esperado y del sentido que cada individuo asigna a su salud, familia y proyecto de vida. A diferencia del conocimiento, la motivación moviliza la energía necesaria para actuar. En prevención, permite pasar de entender que un comportamiento es recomendable, a querer adoptarlo e internalizarlo. Por lo tanto, se refiere a la anticipación, sentimientos, prioridades cotidianas y compromisos previos con el sistema de salud (38).

La motivación también tiene aspectos relacionados y contextuales, entendiendo que puede aumentar o disminuir debido al apoyo social, la confianza que las personas tienen en los servicios disponibles, la facilidad de acceso a los servicios y la forma en que se enmarca el riesgo. Para las

personas en riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, una recomendación para la detección se refuerza más cuando la recomendación se presenta como realista, beneficiosa e integrable en las actividades cotidianas. En cambio, la recomendación pierde fuerza cuando se enmarca en términos de vergüenza, miedo, gasto o dificultad logística. La motivación, en este sentido, no se ve como un constructo estable ni como un rasgo fijo de la personalidad. Más bien, es una disposición más fluida que responde a tipos particulares de información, contextos relacionales, encuentros y factores situacionales del sistema de salud (44).

2.2.2.2.1. Influencia de familiares y amigos

Integra la motivación preventiva porque las decisiones de cuidado rara vez se toman en aislamiento. Comentarios, experiencias cercanas, historias de enfermedad, consejos y actitudes del círculo próximo pueden reforzar o debilitar la intención de consultar, modificar hábitos o aceptar una colonoscopia. Cuando el entorno valida el autocuidado y comparte información útil, la prevención gana legitimidad emocional y práctica. En sentido opuesto, creencias erróneas, relatos alarmantes o minimización del riesgo favorecen aplazamiento. Dentro de la población de riesgo, la red social actúa como filtro interpretativo de mensajes sanitarios y como apoyo para convertir intención en conducta sostenida (45).

2.2.2.2.2. Conciencia de las consecuencias de la inacción

Esto se refiere a la conciencia de que retrasar cambios de comportamiento o posponer citas de detección puede resultar en formaciones de tumores, diagnósticos posteriores, tratamientos más

intensivos y mayores impactos en las actividades diarias de la persona afectada. Tal conciencia convierte al tiempo en un elemento de riesgo en la prevención porque asocia una decisión presente con repercusiones futuras. En cuanto al cáncer colorrectal, considerar las repercusiones no se trata de fomentar el miedo, sino de promover una evaluación realista del costo de no hacer nada. Si la persona advierte que el silencio sintomático no equivale a ausencia de enfermedad, aumenta la probabilidad de aceptar medidas tempranas. Así, la prevención adquiere sentido antes de la urgencia clínica (46).

2.2.2.3. Habilidades objetivas

Dentro de la disposición para la prevención, corresponden a capacidades observables que permiten buscar, interpretar y aplicar información de forma útil para el autocuidado. A diferencia de las percepciones subjetivas, se expresan en acciones concretas como distinguir mensajes confiables, seguir instrucciones de preparación, comparar opciones de tamizaje o identificar signos que requieren consulta. Entre las poblaciones en riesgo, estas habilidades ayudan a convertir la información recibida en toma de decisiones en apoyo a comportamientos protectores de la salud. La dimensión motivacional abarca déficits de habilidades que impiden a las personas actuar de manera segura en respuesta a las recomendaciones de comportamiento protector (47).

Desde otra perspectiva, cada recurso podría considerarse útil en el contexto de la alfabetización en salud, el juicio conductual relacionado con la información y la gestión de la información. Las personas requieren

igualmente poseer una variedad de habilidades, como leer folletos, descifrar directrices clínicas, participar en consultas, encontrar un servicio o detectar un recurso digital que contenga desinformación. Esta dimensión es aún más relevante en el caso del cáncer colorrectal, dado que la información sobre la enfermedad ya está fragmentada con respecto a los síntomas, consideraciones dietéticas, pruebas fecales y colonoscopias. Una persona que carece de algunas de las habilidades básicas se vuelve susceptible a tomar decisiones basadas en el miedo, mal informadas o mal informadas. Medirlas ayuda a reconocer necesidades educativas más allá del simple desconocimiento declarativo (48).

2.2.2.3.1. Capacidad para identificar autenticidad de la información

Consiste en discriminar entre mensajes sanitarios confiables y contenidos inexactos, alarmistas o sin respaldo técnico. En prevención del cáncer colorrectal, esa capacidad permite valorar procedencia de una recomendación, coherencia con orientaciones profesionales y compatibilidad con normas de cuidado reconocidas. Su relevancia ha aumentado con la expansión de redes sociales y espacios digitales donde circulan consejos sobre dieta, síntomas y pruebas diagnósticas sin control de calidad. Una persona con mayor habilidad para verificar información reduce la probabilidad de adoptar conductas ineficaces o de rechazar el tamizaje por datos falsos (49).

2.2.2.3.2. Capacidad para juzgar comportamientos de riesgo

Corresponde a la aptitud para relacionar hábitos cotidianos con daño futuro y asignarles una gravedad razonable. El cáncer colorrectal implica reconocer que ciertos comportamientos, como fumar, ser sedentario, tener sobrepeso, consumir alcohol y llevar una mala alimentación, no son comportamientos neutrales, sino factores de riesgo acumulativos que aumentan las probabilidades de desarrollar la enfermedad. Esto implica un pensamiento concreto en lugar de abstracto y aplicar conocimientos generales a situaciones específicas. Una vez que la persona es capaz de hacer esa conexión interna, la probabilidad de que se enfoque en y realice los cambios aumenta considerablemente. Esta capacidad cognitiva, que desafortunadamente no es muy común o menospreciada, crea un escenario donde el riesgo de cáncer es muy abstracto, muy remoto, y no está alineado con los comportamientos diarios del individuo (44).

2.2.2.3.3. Capacidad para reconocer síntomas de riesgo

La capacidad para reconocer síntomas de riesgo permite identificar señales que, aun sin confirmar por sí mismas la enfermedad, justifican consulta y evaluación diagnóstica. Los signos de advertencia del cáncer colorrectal incluyen sangrado rectal, cambios en los hábitos intestinales, anemia inexplicada, pérdida de peso, dolor abdominal y la sensación de evacuación incompleta. Estas señales son motivos sensatos para buscar atención médica. Con el riesgo de sufrir cáncer colorrectal, la preocupación principal es desvalorizar el cuerpo y la decisión de buscar atención médica. En el caso de percepción de riesgo disminuida, el daño al cuerpo por el

cáncer se trivializa, y se demora la búsqueda de atención médica. Reconocer signos tempranos favorece prevención secundaria y menor demora diagnóstica (50).

2.2.2.4. Autoeficacia

Se define como la creencia de la persona en su capacidad para ejecutar conductas necesarias con el fin de proteger su salud frente al cáncer colorrectal. No se refiere a un optimismo abstracto, sino a un optimismo realista sobre la organización de acciones que pueden implicar cambiar los hábitos, hacer una reserva, realizar un análisis de heces o someterse a una colonoscopia. La disposición funcional en la medida en que apoya el comportamiento cuando existen obstáculos, incomodidades o dudas. La autoeficacia probablemente fomenta la persistencia y el control. Esto no ocurre cuando la autoeficacia de la persona es baja. Es probable que el individuo esté consciente de la recomendación y tenga predisposición hacia ella, pero hay una propensión a no actuar debido a la falta de convicción en la recomendación (39).

Su presencia también depende de experiencias previas de éxito, observación de otros, apoyo recibido y claridad de las instrucciones disponibles. En prevención del cáncer colorrectal, la autoeficacia aumenta cuando el procedimiento se explica de modo comprensible, la persona dispone de ayuda para resolver trámites y percibe que puede cumplir cada paso. Esa confianza favorece mantenimiento de hábitos y continuidad de pruebas periódicas. En cambio, disminuye frente a mensajes confusos, preparación compleja o antecedentes de fracaso en intentos anteriores.

Como dimensión analítica, permite valorar la distancia entre disposición favorable y ejecución real de conductas preventivas en población expuesta a riesgo (40).

2.2.2.4.1. Persistencia en mantener un peso normal

Este elemento expresa una forma concreta de autoeficacia, debido a que exige control sostenido de alimentación, actividad física y respuestas frente a contextos que favorecen ganancia ponderal. Con referencia al cáncer colorrectal, la investigación muestra que mantener un peso saludable requiere entender la grasa corporal excesiva como un problema metabólico que contribuye a la inflamación y la proliferación de células. Se trata más de hacer elecciones que sean coherentes con una buena salud intestinal y metabólica, y menos de lucir de una manera específica. Aquí se enfatiza la importancia de la persistencia porque mantener el peso bajo control rara vez es el resultado de un solo comportamiento. Es una combinación de factores conductuales, cognitivos, emocionales y psicosociales (43).

2.2.2.4.2. Cumplimiento de pruebas de detección regulares

El cumplimiento de pruebas de detección regulares representa otra manifestación de autoeficacia, pues demanda organización, seguimiento de indicaciones y capacidad para superar barreras emocionales o logísticas. En cáncer colorrectal, cumplir con tamizaje periódico supone reconocer intervalos recomendados, aceptar procedimientos preventivos y regresar cuando corresponde repetirlos o completar colonoscopia confirmatoria. Esa conducta expresa confianza para interactuar con el

sistema sanitario y asumir acciones aun en ausencia de síntomas. Su sentido preventivo reside en que la regularidad permite detectar lesiones precursoras y tumores iniciales dentro de ventanas de oportunidad favorables. Sin autoeficacia operativa, la recomendación tiende a quedar en intención pendiente (49).

2.2.2.4.3. Adherencia a hábitos saludables

Es vista como expresión de autoeficacia, implica mantener conductas protectoras de manera consistente a lo largo del tiempo. Una persona puede reducir su riesgo de desarrollar cáncer colorrectal haciendo cambios en su estilo de vida. Estos implican una dieta con mayor fibra, menor consumo de carne procesada y un nivel equilibrado de actividad física. El control del peso, la cesación del tabaco y la reducción del consumo de alcohol también forman parte de este cambio en el estilo de vida. La adhesión a estos cambios requiere un elemento conductual y perceptual. Una persona también debe afrontar los desafíos conductuales y sociales y debe tener auto convicción para cambiar las preferencias arraigadas en el trabajo y el estilo de vida. Por lo tanto, el enfoque aquí se centra en el cambio conductual necesario para desarrollar rutinas de autocuidado para controlar y gestionar las presiones sociales y laborales (51).

2.2.2.4. *Information–Motivation–Behavioral Skills for Colorectal Cancer Prevention (IMB-CRC)*

El IMB-CRC es un cuestionario diseñado para recopilar datos sobre la disposición a participar en comportamientos preventivos del cáncer colorrectal entre individuos en riesgo, basado en el Modelo de Información–

Motivación–Habilidades Conductuales (7). Este modelo combina el valor de la información que posee una persona, la orientación conductual que tiene, la motivación y la capacidad de la persona para implementar la decisión en el autocuidado. Este cuestionario, en el campo preventivo, demuestra la disposición cognitiva, motivacional y conductual a participar en comportamientos preventivos del cáncer colorrectal, que es el valor cognitivo del IMB-CRC, y por tanto, la valiosa contribución de este cuestionario es la capacidad de evaluar la disposición a participar en comportamientos preventivos del cáncer colorrectal.

El cuestionario está estructurado de modo que los encuestados puedan autoevaluar sus conocimientos sobre el cáncer colorrectal, su motivación para el autocuidado y su disposición a participar en comportamientos protectores. La medición se realiza en una escala Likert de 5 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", lo que proporciona una medición cuantificable de la percepción del riesgo, el nivel de comportamiento saludable, el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad y las prácticas de detección temprana. Los ítems del cuestionario están bien estructurados y diseñados para evaluar los diversos componentes de la disposición a participar en comportamientos preventivos frente al cáncer colorrectal.

La aplicabilidad del IMB-CRC en el marco teórico está vinculada a la comprensión de la prevención del cáncer colorrectal como una construcción multidimensional en lugar de una reacción unidimensional. El instrumento, a través de sus componentes constructivos, permite diferenciar entre las

distintas lagunas de conocimiento, las deficiencias motivacionales, las barreras subjetivas de falta de confianza en los comportamientos protectores y las habilidades conductuales. Esta delimitación aporta una contribución conceptual al estudio porque prevenir el cáncer colorrectal implica el reconocimiento por parte del individuo del riesgo involucrado y su interpretación de la información y la toma de decisiones respecto al comportamiento, la detección y el monitoreo de síntomas.

2.2.3. Modelo de Información–Motivación–Habilidades Conductuales

Sugerido por Jeffrey D. Fisher y William A. Fisher, explicó que el cambio de comportamiento por parte de un individuo es resultado de la interacción de información relevante relacionada con el problema, motivación personal y social, y las habilidades asociadas con el comportamiento preventivo. Esto significa que conocer una enfermedad no por sí solo provocaba un cambio de comportamiento, sino que el individuo necesitaba tener cierta motivación para apoyar ese cambio y habilidades de toma de decisiones para implementarlo. Esta teoría se ajustó al cáncer colorrectal, ya que permitió interpretar la disposición preventiva como conocer sobre una enfermedad, estar motivado para actuar y ser competente en el área particular de atención (52).

En el contexto de este estudio, este modelo tuvo implicaciones directas en las dimensiones analizadas. El conocimiento, en este caso, ayudó a identificar los factores de riesgo, la motivación se refería a la disposición del individuo hacia la prevención, y las habilidades conductuales hicieron posible evaluar la capacidad de transformar la

información en acción. Su valor práctico radicaba en permitir al autor adoptar un enfoque integrado sobre el tema de la prevención. Así, la disposición a prevenir el cáncer colorrectal se explicó como un constructo conductual multifacético determinado por la cantidad de información disponible, la motivación y la capacidad de implementar prácticas de autocuidado.

2.2.4. Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura

La autoeficacia se definió como la creencia que uno tiene en su capacidad para organizar y llevar a cabo las acciones necesarias para lograr un resultado deseado. Por lo tanto, la autoeficacia no era solo un sentimiento general de confianza, sino más bien la capacidad para hacer un juicio sobre la probabilidad de que una persona participe en comportamientos específicos en situaciones dadas. Lo más importante, la autoeficacia tiene gran valor en los campos relacionados con la salud, ya que proporciona una explicación de por qué algunos individuos continúan participando en actividades que promueven la salud y no se rinden, incluso cuando los comportamientos protectores enfrentan numerosos obstáculos y otros no, a pesar de conocer los beneficios del comportamiento protector (53).

El constructor de autoeficacia, basado en las teorías de Bandura, fue respaldado en el estudio actual como parte del constructo que define la dimensión de la autoeficacia en el comportamiento protector de la salud, específicamente en la predisposición preventiva contra el cáncer colorrectal. Según Bandura, para mantener un peso saludable, comer de

manera saludable, hacer ejercicio regularmente y realizar pruebas de detección preventiva, uno debe tener autoeficacia y confianza para llevar a cabo esas acciones. Por lo tanto, la autoeficacia explica el fenómeno de comportamientos persistentes en las actividades protectoras de la salud. Una baja autoeficacia en la adopción de acciones de autocuidado, junto con conocimientos previos y motivación hacia comportamientos protectores de la salud, explica la paradoja de la inactividad en dichos comportamientos.

2.2.5. Población de riesgo

Corresponde al conjunto de personas que presentan mayor probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal debido a características biológicas, antecedentes familiares, enfermedades previas o exposiciones conductuales acumuladas. Su definición se basa en criterios epidemiológicos y clínicos, lo que ayuda a determinar la detección, asesoramiento y vigilancia adecuados y específicos. La población objetivo incluye a individuos de extremos de edad más bajos y a aquellos con antecedentes familiares de primer grado, síndromes hereditarios, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes, y personas que fuman o consumen alcohol habitualmente. Al especificar estas categorías, se pueden implementar medidas preventivas mejor dirigidas y abordar la susceptibilidad de una comunidad sin tratarla de manera homogénea (24).

Algunos grupos poblacionales también están en riesgo. Estos son personas que tienen una predisposición genética o un historial de la enfermedad, que tienen una edad de inicio más temprana y una mayor

probabilidad de lesiones colorrectales. Es importante destacar las personas con síndromes hereditarios, aquellas con pólipos avanzados previos y familias con múltiples miembros afectados por la enfermedad en edades jóvenes. Estar en una población de riesgo no significa que una persona vaya a enfermar, pero sí que necesita ser más vigilante e informada. Desde una perspectiva de prevención, esto puede enfocar y reducir los mensajes dirigidos, el intervalo entre las pruebas y el nivel de apoyo, que va más allá de simplemente ofrecer las mismas medidas a personas con diferentes recorridos biológicos (30).

Una comprensión integral de la población en riesgo de cáncer colorrectal requiere entender el perfil de edad y social del cáncer colorrectal. El crecimiento en el número de cánceres colorrectales en la población adulta joven requiere analizar los estilos de vida y antecedentes familiares, así como evaluar los síntomas que anteriormente se consideraban improbables en edades más tempranas. Además, la percepción de vulnerabilidad no depende únicamente de factores individuales; también es una función de la disponibilidad de servicios, educación, atención médica y provisión de cuidados. Por lo tanto, la población en riesgo es tanto un constructo clínico como social. Esa lectura favorece intervenciones preventivas mejor ajustadas al contexto real de cada grupo (52).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Artículo 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 de 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.”

Artículo 362. “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”

La jerarquía superior del ordenamiento reconoce la salud como derecho exigible y obliga a asegurar prevención, diagnóstico, tratamiento, gratuidad, información y reserva de los datos del paciente. Esa base legitima una investigación centrada en prevención del cáncer colorrectal y respalda la valoración de disposición preventiva dentro de servicios públicos dirigidos a población de riesgo.

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

Artículo 3. “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.”

Artículo 10. “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”

La regulación sanitaria general concibe la salud como resultado compartido entre Estado, familia y sociedad, y ordena acciones de promoción y prevención dentro del sistema nacional. Desde esa lectura, el

trabajo adquiere sustento para examinar conocimientos, motivación, habilidades y autoeficacia como componentes vinculados con estilos de vida y prevención de enfermedad oncológica en personas expuestas a riesgo.

2.3.3. Ley de Derechos y Amparo del Paciente.

Artículo 4. “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.”

Artículo 5. “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.”

La protección jurídica de la persona atendida exige reserva de la información y comunicación comprensible antes de cualquier decisión clínica. Esa relación respalda un trabajo que recoge datos sensibles y, al

mismo tiempo, trata un tema donde el consentimiento informado y la comprensión de riesgos resultan inseparables del respeto a la dignidad humana durante todo el proceso investigativo.

2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales

Artículo 30. “Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y los profesionales de la salud pueden recolectar y tratar los datos relativos a la salud de sus pacientes que estén o hubiesen estado bajo tratamiento de aquellos, de acuerdo a lo previsto en la presente ley, en la legislación especializada sobre la materia y demás normativa dictada por la Autoridad de Protección de Datos Personales en coordinación con la autoridad sanitaria nacional. Los responsables y encargados del tratamiento de datos así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este, estarán sujetas al deber de confidencialidad, de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas organizativas apropiadas.”

Artículo 32. “Los datos relativos a salud que consten en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, podrán ser tratados por personas naturales y jurídicas privadas y públicas con fines de investigación científica, siempre que según el caso encuentren anonimizados, o dicho tratamiento sea autorizado por la Autoridad de Protección de Datos Personales, previo informe de la Autoridad Sanitaria Nacional.”

El uso científico de información sobre salud queda sometido a confidencialidad, anonimización o autorización previa, según corresponda. Esa exigencia aporta sustento directo al manejo de encuestas, bases de datos y variables personales de la investigación, y obliga a organizar recolección, almacenamiento, acceso y difusión bajo resguardo estricto de identidad y privacidad.

2.3.5. Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)

Artículo 4. “Los CEISH son los responsables de salvaguardar la dignidad, los derechos, la integridad, seguridad y el bienestar de los seres humanos participantes de investigaciones, mediante la evaluación (ética, metodológica y jurídica). Además, evaluarán y aprobarán las investigaciones observacionales, de intervención o ensayos clínicos en los que participen seres humanos, se utilicen muestras biológicas provenientes de seres humanos y/o se utilice información proveniente de seres humanos, previo a su ejecución; así como también del seguimiento de las investigaciones aprobadas, desde su inicio hasta su finalización.”

Artículo 8. “Todos los estudios que involucren la participación de seres humanos, previo a su ejecución en el país, deberán ser evaluados y aprobados por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) aprobado por la Autoridad Sanitaria Nacional.”

La investigación con seres humanos requiere evaluación ética, metodológica y jurídica antes de su ejecución. Ese mandato respalda la

necesidad de someter el protocolo a un comité autorizado y recuerda que la validez técnica del estudio debe avanzar junto con la protección de derechos, seguridad y bienestar de quienes participen.

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

Nivel: Descriptivo, dado que se orientó a caracterizar de manera detallada la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en una población de riesgo, mediante la identificación de patrones en variables como conocimiento, motivación, habilidades objetivas y autoeficacia. Ese nivel permitió organizar la información en frecuencias y porcentajes que reflejaron cómo se distribuyeron las respuestas dentro del grupo estudiado, sin establecer relaciones causales entre variables (53). Su utilidad se debió al hecho de que el objetivo principal era demostrar el estado de la disposición preventiva dentro del contexto hospitalario de Guayaquil, un aspecto que ayudó a identificar tendencias y particularidades relacionadas con la población estudiada.

Métodos: Es cuantitativo, ya que se basa en la evaluación objetiva de variables mediante instrumentos de medición que facilitan la recopilación de información evaluativa susceptible de tratamiento estadístico (54). En este caso, el método permitió al investigador transformar las percepciones y comportamientos respecto a la prevención

del cáncer colorrectal en diversos indicadores que pudieron ser medidos y expresados en términos de escalas tipo Likert. Las circunstancias y requisitos justificaron el método en relación con el deseo de obtener resultados estadísticos para describir el comportamiento de la población objetivo en relación con el riesgo de prevención, abordando a la vez la consistencia en la recopilación de información y el análisis estadístico.

3.2. Diseño de la investigación

Diseño: No experimental, que consiste en la observación de las variables tal como se presentaron en su contexto natural, sin manipulación ni intervención directa sobre los participantes (55). En esta investigación, se examinó la disposición para la prevención del cáncer colorrectal sin alterar las condiciones habituales de los sujetos, lo que permitió obtener una representación fiel de sus conocimientos, motivaciones, habilidades y percepciones. Este diseño resultó adecuado porque el interés se centró en describir fenómenos existentes dentro de la población de riesgo, evitando la introducción de factores externos que pudieran modificar las respuestas.

Según el tiempo: Prospectivo, que se trata de datos hacia adelante en el tiempo, a partir del momento en que se planteó el estudio (56). Bajo este criterio, la información se obtuvo directamente de los participantes en el periodo definido para la investigación, lo que permitió captar datos actuales sobre su disposición preventiva. Esa orientación favoreció la obtención de información vigente y contextualizada, alineada con las condiciones reales del entorno hospitalario y con las características presentes de la población estudiada.

Según la naturaleza de los hechos: Transversal, dado que la medición de las variables se realizó en un único momento temporal, sin seguimiento posterior (57). En este caso, se recogió información sobre la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en un punto específico, lo que permitió construir una fotografía del estado de la población de riesgo durante el periodo de estudio. Esta elección facilitó el análisis inmediato de los datos y resultó coherente con el objetivo de describir la situación observada, sin requerir observaciones prolongadas en el tiempo.

3.3. Población y muestra

La población fueron adultos de 18 a 64 años que cumplían con los criterios para el estudio y asistieron a la consulta ambulatoria de coloproctología de un hospital de nivel secundario en la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de recolección de datos en febrero y marzo de 2026, consistente en 47 individuos. Dado que el estudio se centró en una población con características clínicas específicas, y considerando el objetivo del estudio, no se utilizó un universo abierto general de usuarios, sino más bien individuos que tenían factores de riesgo relacionados con la prevención del cáncer colorrectal.

La muestra estuvo conformada por 47 participantes, basándose en la accesibilidad de los participantes durante su uso del servicio, en la necesidad de captar individuos que cumplían con criterios clínicos específicos. La selección se realizó en función de la asistencia de los usuarios durante el período del estudio, su disposición a responder al

instrumento y su consentimiento para participar en el estudio. Dado que esta investigación fue de carácter descriptivo, en un contexto hospitalario específico, no se realizó un muestreo más amplio.

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión: Se considera a las personas adultas de 18 a 64 años o más que acuden al servicio de consulta externa durante el periodo de junio a agosto de 2026; además, se incorpora a quienes poseen antecedente familiar de primer grado con diagnóstico confirmado de cáncer colorrectal; igualmente, ingresan quienes presentan historia personal de pólipos adenomatosos o enfermedad inflamatoria intestinal con al menos ocho años de evolución; finalmente, se acepta a quienes pueden leer y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Quedan excluidas las personas con diagnóstico previo de cáncer colorrectal o colectomía por neoplasia; del mismo modo, se descarta a quienes muestran limitaciones cognitivas que impiden completar el cuestionario; asimismo, se excluyen las personas con condición sistémica avanzada y expectativa de vida inferior a seis meses; mujeres con gestación confirmada; por último, se excluye a quienes expresan negativa a responder el instrumento o a firmar el consentimiento informado.

3.6. Procedimientos para la recolección de información

Técnicas: Encuesta

Instrumento: Cuestionario

Técnica	Instrumento
Encuesta	Cuestionario de preguntas: IMB-CRC, Cuestionario de Información-Motivación-Habilidades Conductuales para la Prevención del Cáncer Colorrectal en una Población de Alto Riesgo (7)

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para lo cual se utilizará la Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes.

3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Para preservar los datos de los sujetos en estudio se contemplará el uso del consentimiento informado.

3.9. Operacionalización de Variables

Variable General: Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo

Tabla 1
Operacionalización de Variables

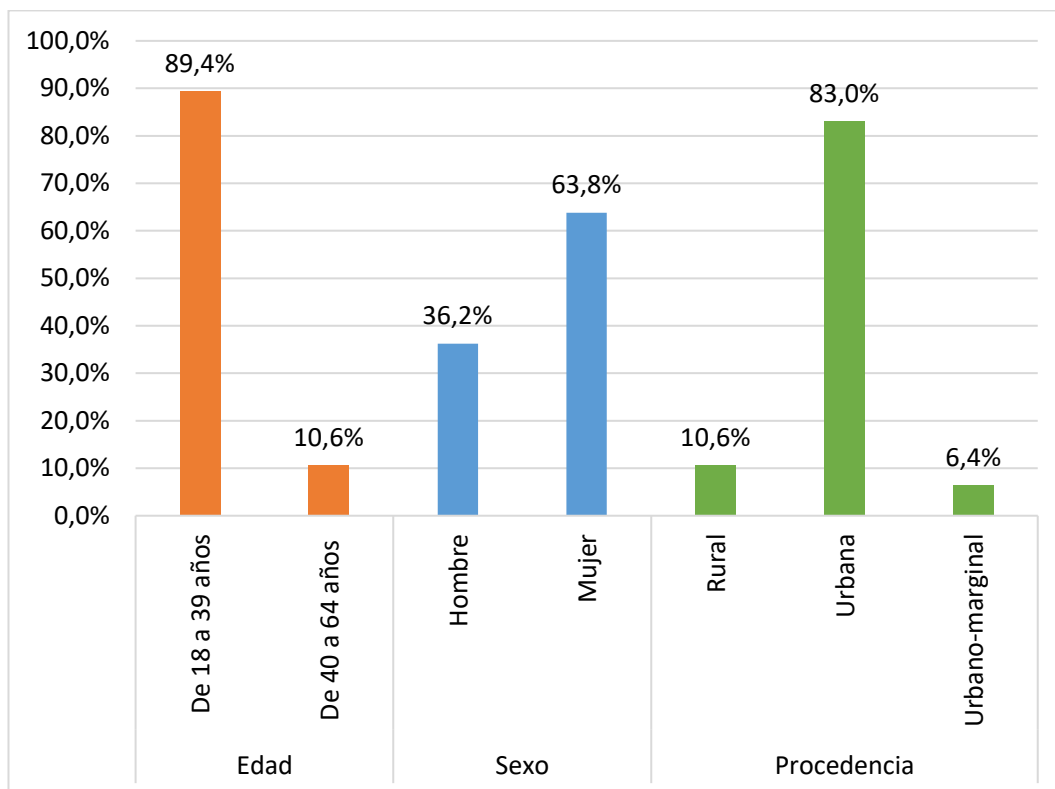
Variable General: Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo			
Dimensión	Indicador	Escala	Técnica e instrumento
Conocimiento	Fumar es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal	1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Neutral 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo	IMB-CRC, Cuestionario de Información-Motivación-Habilidades Conductuales para la Prevención del Cáncer Colorrectal en una Población de Alto Riesgo
	El sobrepeso es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal		
	El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal		
	Las dietas altas en grasas y azúcares son factores de riesgo para el cáncer colorrectal		
	Un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal		
	Las afecciones relacionadas con el colorrectal son factores de riesgo para el cáncer colorrectal		
	Los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el cáncer colorrectal		
Motivación	El alto riesgo de cáncer colorrectal me motiva a adoptar conductas de prevención	1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Neutral 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo	
	Mis familiares y amigos piensan que debo adoptar comportamientos saludables para prevenir el cáncer colorrectal		
	Si no tomo medidas de prevención, puede conducir a un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal		
	El concepto de responsabilidad		

	personal por la salud me motiva a participar en conductas de prevención del cáncer colorrectal		
	Creo que el cáncer colorrectal amenaza mi salud		
Habilidades objetivas	Puedo identificar la autenticidad de la información sobre la prevención del cáncer colorrectal	1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Neutral 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo	
	Puedo juzgar los comportamientos que conducen al cáncer colorrectal		
	Puedo reconocer los síntomas de riesgo del cáncer colorrectal		
	Puedo convertir la información de prevención en comportamientos reales		
	Puedo adoptar enfoques de comportamiento saludable para prevenir el cáncer colorrectal		
Medidas eficaces	Puedo insistir en mantener un peso normal	1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Neutral 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo	
	Puedo mantenerme al día con las pruebas regulares de detección de cáncer colorrectal		
	Puedo adherirme a comer de manera saludable		
	Puedo mantener un estado emocional positivo		
	Puedo ceñirme al ejercicio físico		

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 1
Distribución demográfica



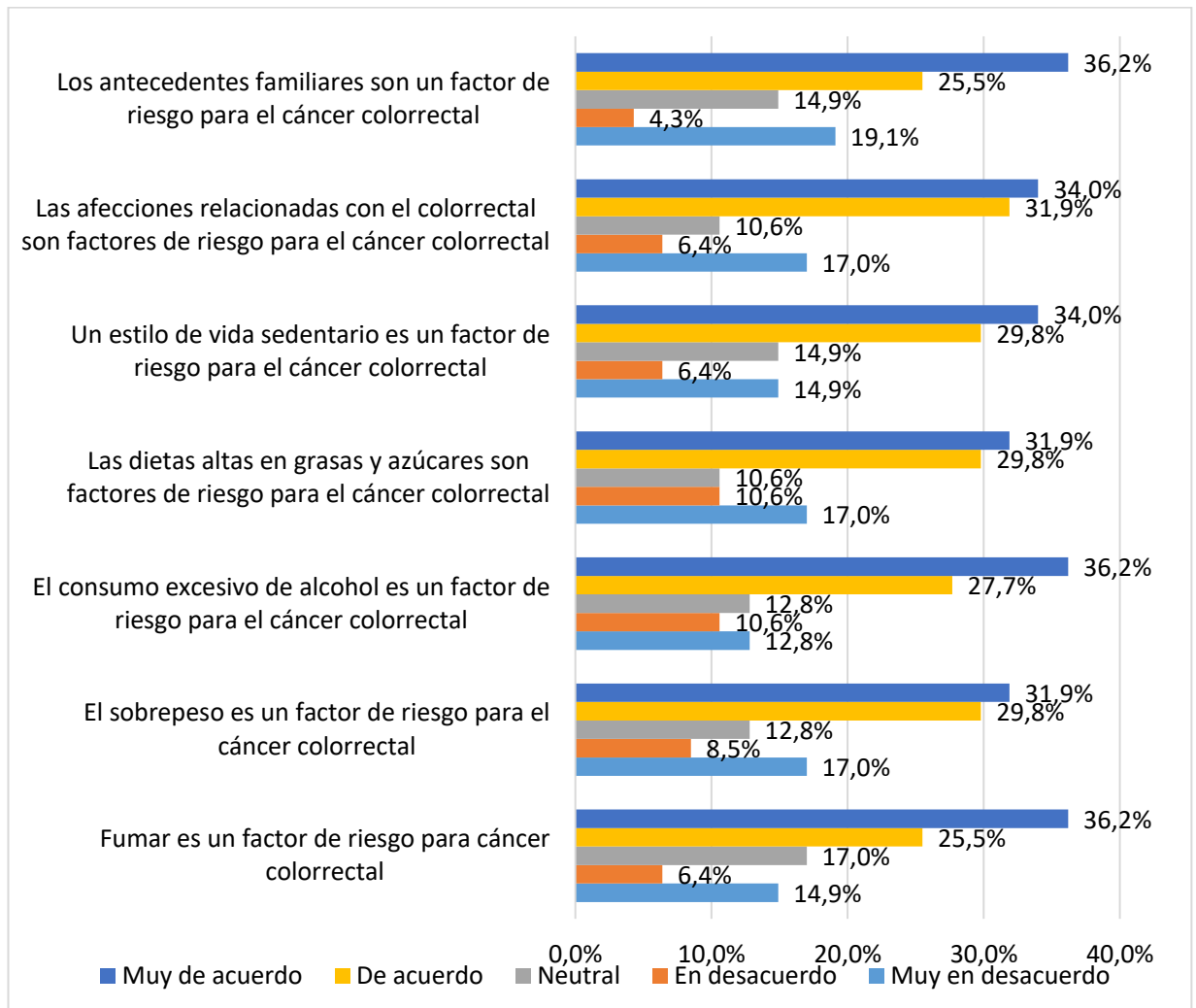
Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

La distribución etaria mostró una concentración marcada en el grupo de 18 a 39 años, con 89,4%, mientras la franja de 40 a 64 años apenas alcanzó 10,6%. Las mujeres representaron 63,8%, frente a 36,2% de hombres, mientras la procedencia urbana concentró 83,0% de los casos. En contraste, la representación rural fue 10,6% y la urbano-marginal 6,4%, proporciones reducidas para examinar con amplitud contextos de residencia distintos. Esa concentración señaló un grupo femenino y urbano, con menor presencia de segmentos que podrían enfrentar barreras diferenciales de acceso, información o continuidad preventiva dentro del entorno sanitario local actual (17).

Dimensión 1. Conocimiento que dispone la población sobre el estado de los factores de riesgo del cáncer colorrectal

Figura 2

Dimensión Información y conocimiento



Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

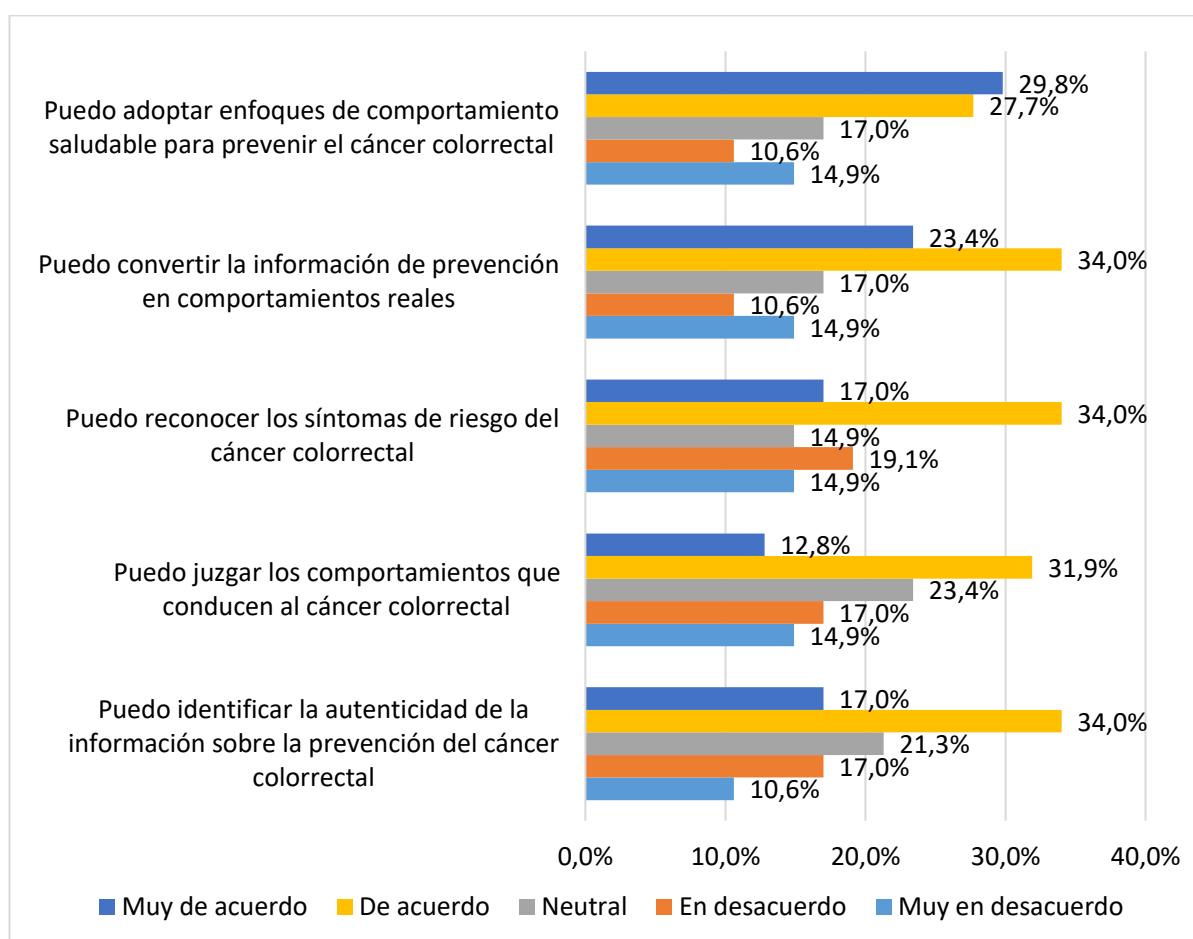
En la dimensión información y conocimiento se observaron vacíos importantes en factores de riesgo modificables. Para el tabaquismo, el sobrepeso y el consumo excesivo de alcohol, el 38,3%, 38,3% y 36,2% de los encuestados permanecieron neutrales, en desacuerdo o en completo desacuerdo. Los alimentos ricos en azúcar y grasa tenían una tasa de respuestas neutrales y de desacuerdo del 38,2% y el sedentarismo tenía

un 36.2% en esa misma categoría. Algunos de los malos hábitos pueden llevar al desarrollo del cáncer colorrectal (14), con reconocimiento inadecuado de los factores de riesgo personales y clínicos que conducen a una autoevaluación del riesgo que es demasiado permisiva.

Dimensión 2. Habilidades objetivas que se evidencian en la prevención del cáncer colorrectal de la población de riesgo

Figura 3

Dimensión habilidades objetivas



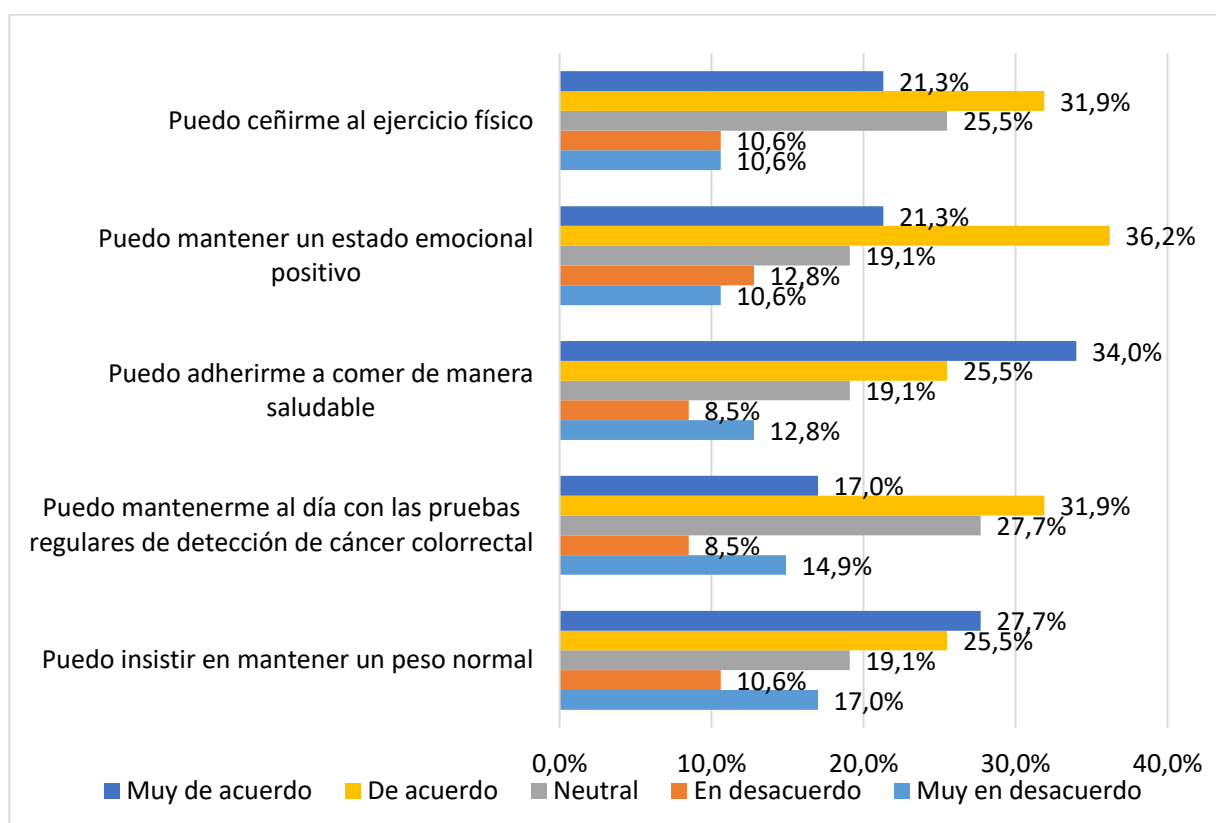
Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

En las habilidades objetivas, el mayor déficit apareció en la capacidad para juzgar comportamientos que conducen al cáncer colorrectal, donde 55,3% se concentró entre neutral, en desacuerdo y muy

en desacuerdo. La información mostró dificultades para identificar síntomas de riesgo, situando al 48.9% en las mismas categorías. El reconocimiento de información real de prevención también. Estos hallazgos se deben a un aumento en la diferencia de la brecha de modificación conductual respecto al mensaje de prevención y al cambio de comportamiento en el mensaje (53).

Dimensión 3. Autoeficacia que percibe la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal

Figura 4
Dimensión medidas eficaces



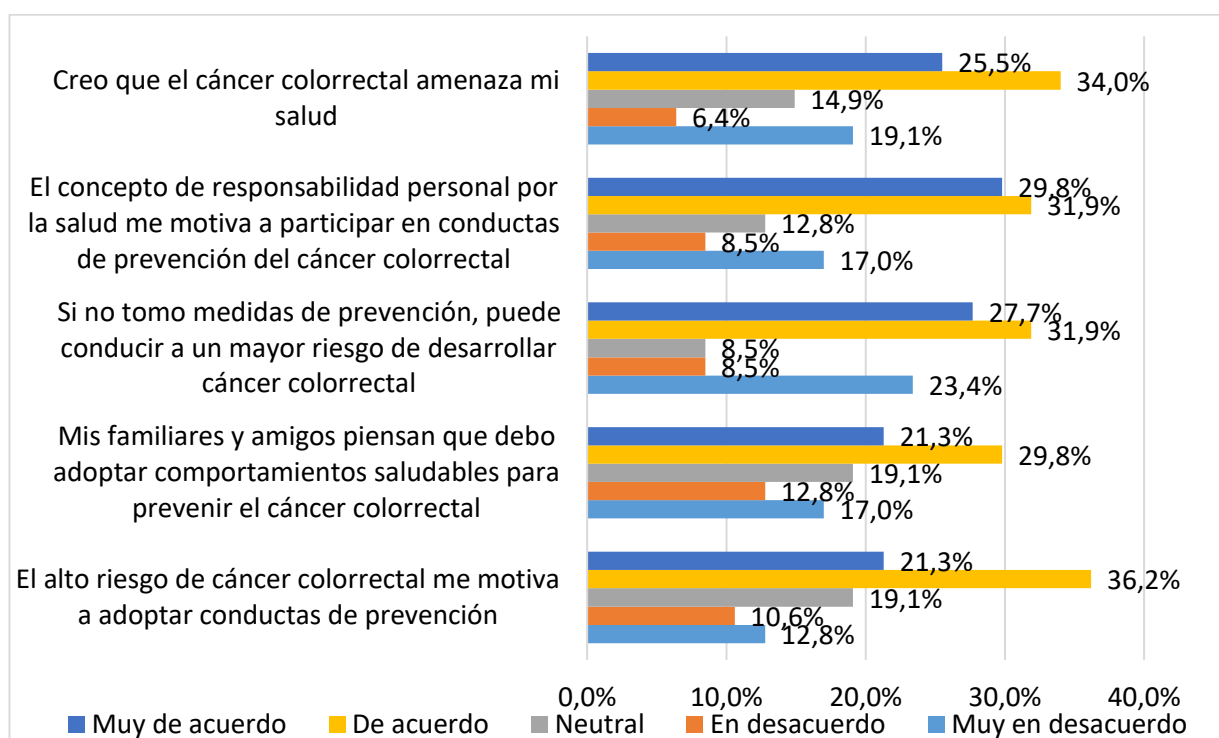
Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

En la dimensión autoeficacia surgieron elementos importantes respecto a la capacidad de mantener las conductas preventivas en el tiempo. Mantenerse al día con las pruebas regulares de detección reunió

51,1% entre neutral, en desacuerdo y muy en desacuerdo, la proporción problemática más alta de la dimensión. Mantener un peso normal también mostró una carga relevante de duda o desacuerdo, con 46,7%. De este modo, la dificultad abarca varios componentes de autocuidado cuya continuidad depende de disciplina, convicción y capacidad de mantener los cambios (4).

Dimensión 4. Motivación que dispone la población de riesgo sobre la prevención del cáncer colorrectal

Figura 5
Dimensión motivación



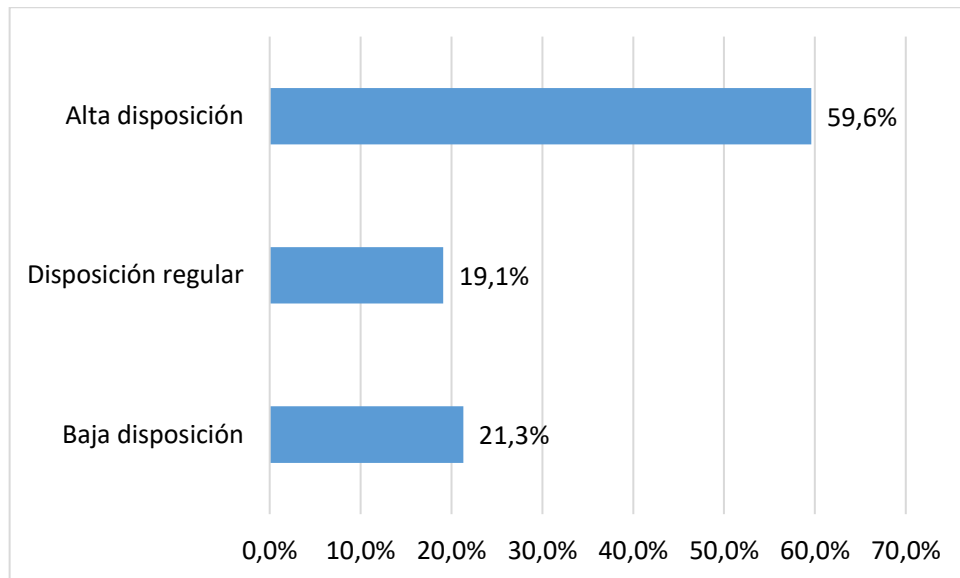
Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

En la dimensión motivación se identificó una debilidad notable en el influjo del entorno cercano. Sobre la familia y los amigos que fomentan comportamientos saludables, el 48,9% estuvo neutral, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo. La responsabilidad personal por la salud

también obtuvo un 38,3% en estas categorías. La afirmación de que el alto riesgo es una razón para la prevención capturó el 42.5% para neutral y en desacuerdo, y la afirmación de que no hacer algo aumenta el riesgo fue del 40.4%, el mismo porcentaje mencionado para la amenaza a la propia salud. Esta falta de percepción se debe a una motivación debilitada, temporal y mal enfocada hacia los comportamientos reales (11).

Figura 6

Niveles de disposición para la prevención del cáncer colorrectal



Elaborado por: Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta

Los niveles de disposición para la prevención del cáncer colorrectal se definieron a partir del puntaje total obtenido en el cuestionario, cuyo rango posible osciló entre 22 y 110 puntos. Para su clasificación se tomó como referencia la puntuación mínima y máxima del instrumento, y se establecieron intervalos de amplitud similar que permitieron ordenar los resultados en tres categorías: baja disposición, disposición regular y alta disposición. De esta manera, los puntajes menores de 52 se clasificaron

como baja disposición, los comprendidos entre 52 y 80 como disposición regular, y los iguales o mayores de 81 como alta disposición.

La distribución general de niveles mostró que 21,3% presentó baja disposición y 19,1% disposición irregular. Un total del 40,4% del grupo mostró un patrón de disposición preventiva lo suficientemente bajo como para reflejar una considerable falta en relación con las expectativas de la materia estudiada. Esto muestra que casi cuatro de cada diez participantes estaban deficientes en su preparación respecto a la prevención del cáncer colorrectal.

Al examinar la última distribución más de cerca, la escasa preparación superó a la preparación regular en 2,2 puntos porcentuales; aunque pequeña, esta diferencia es un nivel de señal de una preparación preventiva insuficiente. El nivel regular, por otro lado, mostró un grado de ambivalencia o falta de cohesión en los conocimientos, motivación, habilidades y autoeficacia. El porcentaje de individuos con niveles de baja y regular disposición, mostró que la prevención del cáncer colorrectal aún enfrenta limitaciones importantes dentro del grupo estudiado.

5. DISCUSIÓN

En relación con el conocimiento sobre factores de riesgo modificables, la investigación mostró vacíos visibles, pues 38,3% mantuvo posiciones de neutralidad o desacuerdo frente al tabaquismo y al sobrepeso, mientras 36,2% expresó la misma situación respecto al consumo excesivo de alcohol. Esto coincide con una referencia de Egipto, donde 71% presentó conocimiento deficiente y 20,3% no identificó ningún factor de riesgo (16). Sin embargo, la diferencia no expresó un dominio suficiente en la muestra local; más bien, sugirió un reconocimiento parcial de esos factores, con nociones presentes, pero todavía inestables, incapaces de consolidar una comprensión preventiva firme dentro del grupo evaluado.

La comprensión de factores clínicos y familiares tampoco quedó por completo resuelta, dado que 38,3% no reconoció con claridad el peso del antecedente familiar y 34,0% mostró la misma indefinición frente a afecciones relacionadas con el colorrectal. Esto coincide con un cantón rural ecuatoriano descrito por Castañeda et al. (21), examinaron, solo el 31,9% conocía el inicio del tamizaje de edad y el 31,5% estaba al tanto del intervalo de prueba recomendado para las pruebas de sangre oculta en heces. Asimismo, el 35,2% de los encuestados del estudio en Ciudad de México conocía qué era el cáncer colorrectal (18). Esta convergencia demuestra el déficit generalizado en el conocimiento sobre el cáncer y la detección temprana, independientemente del contexto y la población.

Considerando habilidades específicas, las mayores brechas se encontraron en el juicio conductual del riesgo de cáncer, con un 55,3% neutral o en desacuerdo, y un 48,9% en presencia de déficits en el reconocimiento de síntomas de cáncer. el 62% identificó el sangrado rectal como una señal de peligro. Esto se diferencia con una cifra mayor que la practicidad empírica en la muestra local (16), eso mostró que simplemente acudir a una consulta no garantizaba una comprensión funcional del riesgo, por lo que parte del grupo aún enfrentaba desafíos para convertir riesgos generalizados en decisiones específicas relacionadas con los cambios dentro del cuerpo o los hábitos dañinos que tenían.

También surgieron límites en la evaluación y operacionalización de la información, ya que el 48.9% no articulaba de manera inequívoca el dominio en el reconocimiento de la autenticidad del contenido de la prevención y el 42.5% demostraba falta de convicción en la acción respecto a esa información. Esto coincide con un estudio en Arabia Saudita, 50,4% señaló que la forma de realizar la prueba definía su elección (15), mientras en Chile una prueba fecal cualitativa alcanzó 96% de sensibilidad y 99,8% de valor predictivo negativo (20). Ambas referencias mostraron que los recursos preventivos pueden ser simples y útiles; sin embargo, su aprovechamiento pierde fuerza cuando la persona duda del contenido recibido o no logra traducirlo en una conducta de salud.

En la dimensión de autoeficacia, la mayor fragilidad se concentró en el seguimiento de pruebas regulares de detección, con 51,1% entre neutralidad y desacuerdo, acompañado por 46,7% con dudas para

mantener un peso normal. En comparación con el estudio de Austria, el programa B-PREDICT registró 58,7% de colonoscopias completadas tras un resultado positivo, dato que reflejó una capacidad de continuidad superior a la percibida en la muestra hospitalaria (14). La comparación sugirió que la confianza personal para sostener el control preventivo no dependió solo de convicción individual, sino también de circuitos organizados que acompañaran cada paso hasta la confirmación diagnóstica.

Las dificultades para mantener hábitos protectores aparecieron de forma extendida, debido a que 46,7% manifestó inseguridad para ceñirse al ejercicio físico, 46,7% para mantener un peso normal y 40,4% para adherirse a una alimentación saludable. A diferencia del estudio de Brasil, 68,9% completó colonoscopia tras una prueba positiva y 31,4% de quienes accedieron presentó adenomas avanzados (19); en México, 80,8% aceptaría tamizarse si la prueba fuera ofrecida, aunque solo 23,8% mostró actitudes favorables (18). Esa combinación dejó ver que aceptar una medida o completar un proceso puntual no equivale a mantener la disciplina cotidiana frente a factores de riesgo persistentes.

La motivación presentó una base favorable, aunque inestable, pues 42,5% no mostró una posición firme frente a la idea de que el alto riesgo impulsara conductas preventivas y 40,4% mantuvo igual vacilación ante las consecuencias de no actuar. En Jordania, la razón más citada para no realizarse un procedimiento endoscópico fue la ausencia de información adecuada, reportada por el 29,1 %. Le seguían a distancia el miedo a

complicaciones (10 %) y la vergüenza por la colonoscopia (7,8 %) (17). La percepción deficiente del riesgo y los miedos relacionados con brechas cognitivas, así como los antecedente mencionados, eran los más propensos a neutralizar la motivación y obstruir el proceso de toma de decisiones preventivas antes del procedimiento.

El impacto de la unidad social proximal fue el menos motivador, ya que el 48,9 % no consideraba la presencia de personas cercanas que brindaran apoyo como un factor motivador, y un 38,3 % no respondió a la pregunta como un patrón de responsabilidad en la salud propia. En Quito se registraron 762 casos de cáncer colorrectal en mujeres y 679 en hombres, con razón mortalidad/incidencia cercana a 60% (23); a la vez, en el Hospital Metropolitano la detección de adenomas alcanzó 43,27% y llegó a 65,52% en colonoscopias de seguimiento (22). Independientemente de la carga local, la amenaza parecía no convertirse en un impulso de afecto impulsado por relaciones suficientes.

Respecto a los méritos y desventajas del estudio, los resultados ofrecieron una comprensión ordenada de la disposición preventiva mediante un instrumento que delineaba conocimientos, habilidades objetivas, autoeficacia y motivación. El contexto hospitalario ofreció una oportunidad para acceder a una población en riesgo y recopilar retroalimentación en un contexto auténtico de atención sanitaria. Entre las limitantes, incidieron el tamaño muestral reducido, la concentración de la población en la zona urbana y femenina y la naturaleza auto informada de las respuestas.

CONCLUSIONES

En relación con el primer objetivo específico, se ha establecido que el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal estaba insuficientemente articulado en la población estudiada. Respecto a los factores predominantes, se reconocieron brechas en cuanto al tabaquismo, el sobrepeso, el consumo de alcohol, el estilo de vida sedentario, ciertas condiciones relacionadas con el colón y el historial familiar. Por lo tanto, el conocimiento que existía era insuficiente para constituir un conocimiento preventivo uniforme, ya que una parte del grupo era neutral o no estaba de acuerdo con los factores de riesgo centrales, lo que resultó en imprecisión en el conocimiento preventivo en la evaluación general.

El segundo objetivo específico describe las habilidades objetivas relacionadas con la prevención del cáncer colorrectal, manifestándose mayores deficiencias en el juicio del riesgo, el reconocimiento de signos de advertencia y la identificación de información preventiva, así como en la traducción de la información en prácticas de atención reales, que también fue menos coherente. Por lo tanto, las habilidades objetivas no alcanzaron el nivel de uniformidad, ya que existía una ausencia notable de una base operativa lo suficientemente consolidada en una parte sustancial del grupo, que les permitiera actuar con suficiente confianza en situaciones que involucraran riesgos y medidas preventivas.

Respecto con el tercer objetivo específico, la percepción estimada de autoeficacia tendía a ser más pronunciada en el estado emocional

positivo, la alimentación saludable y, de manera más marcada, en el caso de las pruebas de tamizaje regulares, el control del peso corporal y la actividad física. A partir de esta distribución, se definió que la autoeficacia percibida era más pronunciada en algunas de las medidas preventivas descritas que en otras. En este sentido, la autoeficacia no se definió como un componente singular y uniforme, sino que presentaba una dimensión casi claramente definible en algunas prácticas y una inconstancia igualmente definible en otras.

En relación con el cuarto objetivo específico, la motivación hacia la prevención del cáncer colorrectal fue orientada de manera positiva en términos de percepción del riesgo y responsabilidad personal de cuidar la propia salud; en contraste, la influencia de la familia y los amigos, junto con la evaluación de las posibles consecuencias de no tomar medidas preventivas, se caracterizó por una relativa inconsistencia en el grupo estudiado. A partir de esto, la motivación fue definida, aunque en algunas dimensiones más que en otras, con una diferencia significativa en la intensidad. En este sentido, la motivación preventiva no fue expresada de manera igual en todos los factores que influyen en la decisión de cuidar la propia salud.

RECOMENDACIONES

A la jefatura de consulta externa de coloproctología se sugiere incorporar un tamizaje corto de disposición preventiva durante la admisión, con apoyo del personal de enfermería y una hoja de clasificación simple, para ubicar de forma precoz a quienes llegaban con preparación baja o irregular y orientar consejería focalizada dentro de la misma visita.

Al personal de enfermería del servicio se propuso desarrollar sesiones cortas en sala de espera, apoyadas en material visual de una página, dirigidas a explicar factores de riesgo modificables, antecedentes familiares y señales de alarma, con el fin de corregir vacíos conceptuales detectados sin exigir recursos adicionales ni alterar el flujo habitual de consulta.

Se recomienda a la unidad de educación para la salud del hospital, que desarrolle una guía sobre verificación de la información, disponible en formato impreso y en línea, que detalle información sobre cómo verificar, reconocer síntomas y leer riesgos/comportamientos. Esta guía ayudaría a los usuarios a integrar la información proporcionada en la guía de salud y a convertir las prácticas preventivas en parte de sus rutinas diarias.

Se recomienda a la coordinación del servicio de enfermería que inicien sistemas de recordatorio mediante llamadas o mensajes de texto para los intervalos de revisiones y para el logro de pequeños objetivos relacionados con el peso, la dieta y el ejercicio que serían evaluados en

cada consulta. Esto dará a la comunidad la confianza que necesita para seguir practicando la prevención y cumplir con los requisitos de pruebas.

El equipo de trabajo social y el personal de enfermería deben ser instruidos para sugerir a los familiares del paciente el seguimiento después de la consulta, con la implementación de mensajes de riesgo en el hogar y consecuencias de la inacción para reforzar el apoyo desde el hogar, aumentar el compromiso personal y proporcionar una motivación preventiva más duradera.

REFERENCIAS

1. Sung , Siegel , Laversanne , Jiang , Morgan , Zahwe , et al. Colorectal cancer incidence trends in younger versus older adults: an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet Oncol.* 2025 Enero; 26(1).
2. OMS. Statistics at a glance, Ecuador. Organización Mundial de la Salud, Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer; 2022.
3. Mojica , Vargas , Bradley , Parra. Barriers and Facilitators of Colonoscopy Screening Among Latino Men in a Colorectal Cancer Screening Promotion Program. *Am J Mens Health.* 2023 Junio; 17(3).
4. Montalvan , Beas , Karkash , Godoy , Argean , Dougherty. Delays in Colorectal Cancer Screening for Latino Patients: The Role of Immigrant Healthcare in Stemming the Rising Global Incidence of Colorectal Cancer. *Gastroenterology Res.* 2024 Febrero; 17(1).
5. Han , Wu , Xu. Effectiveness of sigmoidoscopy or colonoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Front Oncol.* 2024 Marzo; 14(1364923).
6. American Cancer Society. Colorectal Cancer Risk Factors. [Online].; 2025 [cited 2025 Junio 6. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>.
7. Xin , Zhao , Chen , Ma , Su , Jiang. Development and validation of an information-motivation-behavioral skills questionnaire for colorectal cancer prevention in a high-risk population. *BMC Psychology.* 2025 Abril; 13(375).
8. Ola , Cardoso , Hoffmeister , Brenner. Utilization of colorectal cancer screening tests across European countries: a cross-sectional analysis

- of the European health interview survey 2018–2020. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024 Junio; 41(1).
9. Menkiti , Okani , Onyiaorah , Ukah , Menkiti , Ihekwoaba , et al. Immunohistochemical expression of PD-L1 in colorectal carcinoma among black patients and the clinicopathological correlates: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterol*. 2025 Abril; 25(1).
 10. Montalvan , Norwood , Doughherty , Beas , Guranizo , Ramirez , et al. Colorectal Cancer Screening Programs in Latin America. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology and Hepatology*. 2024 Febrero; 7(2).
 11. Sorbello , Júnior , Eluf , Pfuetzenreiter , Sousa , Kawaguti , et al. Feasibility and Colonoscopy Yield Using the Fecal Immunochemical Test (FIT)-Based Colorectal Cancer Screening in a Latin America Country. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024 Agosto; 22(8).
 12. Tarupij , Abril , Cabrera , Imbaquingo. Cáncer en Quito: análisis de base poblacional de las principales localizaciones, 2015-2019. *Metro Ciencia*. 2024 Septiembre; 32(3).
 13. El Comercio. Ecuador tuvo más de 30 000 casos de cáncer en 2024. [Online].; 2025 [cited 2025 Junio 6. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador/cancer-ealidad-que-afecta-miles-ecuador/>.
 14. Brezina S, Leeb G, Baierl A, Gräf E, Hackl M, Hofer P, et al. Evaluation of the “Burgenland PREvention trial of colorectal cancer Disease with ImmunologiCal Testing” (B-PREDICT)—a population-based colorectal cancer screening program. *BMC Gastroenterology*. 2024 Abril; 24(149). <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03242-7>.
 15. Alharbi M, Alsaleem L, Alrashid M, Alutaibi H, Mahjari A, Alabdrabulrida S, et al. Preferences for Colorectal Cancer Screening Modalities Among the General Population in Saudi Arabia. *Cureus*. 2023 Marzo; 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.36020>.

16. Yehia S, Alborai M, Ashour R, Hassan D, Ezzat R, El-Raey F, et al. Enhancing colorectal cancer prevention: a national assessment of public awareness in Egypt. *BMC Public Health*. 2024 Mayo; 24(1415). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18746-w>.
17. Abdulelah Z, Abdulelah A, Alqaisieh M, Khanfar A, Hammad N, Al Masoud E, et al. National survey of barriers to colorectal cancer screening in Jordan. *East Mediterr Health J*. 2024 Abril; 30(2). <https://doi.org/10.26719/emhj.24.028>.
18. Álvarez D, Morales G, Aguilar F, Pérez L, Hernández J, Reynoso N. Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices towards Colorectal Cancer in a Community in Mexico City: A Cross-Sectional Study Based on Surveys. *J Cancer Educ*. 2025 Agosto; 40(4). <https://doi.org/10.1007/s13187-024-02535-5>.
19. Ribeiro U, Safatle-Ribeiro A, Sorbello M, Kishi P, Mattar R, Castilho V, et al. Implementation of an organized colorectal cancer screening program through quantitative fecal immunochemical test followed by colonoscopy in an urban low-income community: Guidance and strategies. *Clinics (Sao Paulo)*. 2023 Agosto; 78(100278). <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2023.100278>.
20. Quezada F, Acevedo J, González M, Tello A, Castillo R, Morales C, et al. Assessing the impact of a single qualitative fecal immunochemical test on colonoscopy prioritization and mortality in risk-stratified patients with suspected colorectal cancer: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Am*. 2025 Agosto; 50(101201). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101201>.
21. Castañeda C, Estrella B, Vaca D. Conocimientos y actitudes de los habitantes de un cantón rural sobre la prevención del cáncer colorrectal. *Revista Finlay*. 2023 Noviembre; 13(3).
22. Moreira D, Arias V, Chediak E, Ayala V. Tasa de detección de adenomas y pólipos: Indicadores de calidad colonoscópica en el

- Hospital Metropolitano. Revista MetroCiencia. 2023 Junio; 31(2).
<https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/41-48>.
23. Tarupi W, Abril A, Cabrera F, Imbaquingo V. Cáncer en Quito: análisis de base poblacional de las principales localizaciones, 2015-2019. Revista MetroCiencia. 2024 Septiembre; 32(3).
<https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol32/3/2024/24-34>.
24. Roshandel G, Ghasemi F, Malekzadeh R. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Cancers (Basel). 2024 Abril; 16(8). <https://doi.org/10.3390/cancers16081530>.
25. Marcellinaro R, Spoletini D, Grieco M, Avella P, Cappuccio M, Troiano R, et al. Colorectal Cancer: Current Updates and Future Perspectives. J Clin Med. 2023 Diciembre; 13(1).
<https://doi.org/10.3390/jcm13010040>.
26. Matsuda T, Fujimoto A, Igarashi Y. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Public Health Strategies. Digestion. 2025 Febrero; 106(2). <https://doi.org/10.1159/000543921>.
27. Pierantoni C, Cosentino L, Ricciardiello L. Molecular Pathways of Colorectal Cancer Development: Mechanisms of Action and Evolution of Main Systemic Therapy Compounds. Dig Dis. 2024 Marzo; 42(4).
<https://doi.org/10.1159/000538511>.
28. Kennel K, Greten F. The immune microenvironment of colorectal cancer. Nat Rev Cancer. 2025 Diciembre; 25(12).
<https://doi.org/10.1038/s41568-025-00872-1>.
29. Paduraru D, Palcau A, Dinca V, Ciuc D, Constantinescu A. The Role of Gut Microbiota in Colorectal Cancer Pathogenesis: A Comprehensive Literature Review. Int J Mol Sci. 2025 Diciembre; 26(24).
<https://doi.org/10.3390/ijms262411870>.
30. Gómez R, Martínez R, Suárez M, Peña A, Calderón M, Mateo J. Lynch syndrome and colorectal cancer: A review of current perspectives in molecular genetics and clinical strategies. Oncol Res. 2025 Junio; 33(7). <https://doi.org/10.32604/or.2025.063951>.

31. Tsukanov V, Vasyutin A, Tonkikh J. Risk factors, prevention and screening of colorectal cancer: A rising problem. *World J Gastroenterol*. 2025 Febrero; 31(5). <https://doi.org/10.3748/wjg.v31.i5.98629>.
32. Ebert M, Reichermeier S, Klug L, Jansen P, Pox C. Colorectal Cancer. *Dtsch Arztebl Int*. 2025 Diciembre; 122(26). <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0196>.
33. Ko B, Rojanasopondist P, Grady W. Top advances of the year: Noninvasive colorectal cancer screening tests. *Cancer*. 2025 Octubre; 131(20). <https://doi.org/10.1002/cncr.70115>.
34. Bichalski B, Bichalska M, Waniczek D. Diagnostic Pathways and Molecular Biomarkers in Colorectal Cancer: Current Evidence and Perspectives in Poland. *Curr Issues Mol Biol*. 2025 Diciembre; 47(12). <https://doi.org/10.3390/cimb47121047>.
35. Fadlallah H, Masri J, Fakhereddine H, Youssef J, Chemaly C, Doughan S, et al. Colorectal cancer: Recent advances in management and treatment. *World J Clin Oncol*. 2024 Septiembre; 15(9). <https://doi.org/10.5306/wjco.v15.i9.1136>.
36. Puzzo M, De M, Morelli C, Leggio A, Catalano S, Pasqua L. Colorectal Cancer: Current and Future Therapeutic Approaches and Related Technologies Addressing Multidrug Strategies Against Multiple Level Resistance Mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2025 Febrero; 26(3). <https://doi.org/10.3390/ijms26031313>.
37. Kava C, Smith J, Kobernik E, Eberth J, French C, Nash S, et al. Interventions to Increase Colorectal Cancer Screening Uptake in Rural Settings: A Scoping Review. *Prev Chronic Dis*. 2025 Julio; 22(e44). <https://doi.org/10.5888/pcd22.250025>.
38. Estebansari F, Latifi M, Ghorbanzadeh S, Rahimi Z. Health Belief Model in Predicting Screening Behavior among Population at Risk of Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2025 Julio; 54(7). <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i7.19147>.

39. Gholian M, Behrouzi B, Jamali J. Predicting the Determinants of Colorectal Cancer Screening Behaviors Using Protection Motivation Theory: A Cross-Sectional Partial Least Squares Structural Equation Modeling Analysis. *Health Sci Rep*. 2025 Septiembre; 8(10). <https://doi.org/10.1002/hsr2.71295>.
40. Mohammadi M, Mohammadnabizadeh S. Investigating predictive factors of participation in colorectal cancer screening based on the Preventive Health Model (PHM) and health literacy. *BMC Prim Care*. 2026 Febrero; 27(83). <https://doi.org/10.1186/s12875-026-03203-x>.
41. Lee S. Knowledge, Beliefs, and Behaviors Regarding Colorectal Cancer Screening Among Koreans. *Healthcare (Basel)*. 2026 Enero; 14(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare14030344>.
42. Kincaid G, Headley C, Jaffee A, Marlowe B, Moehring A, Murphy W, et al. Colorectal Cancer Messaging and Gaps in Knowledge Among Screening-Eligible Individuals. *Health Promot Pract*. 2026 Enero; 27(1). <https://doi.org/10.1177/15248399241306409>.
43. Molla M, Symonds E, Winter J, Debie A, Wassie M. Metabolic risk factors of colorectal cancer: Umbrella review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2024 Diciembre; 204(104502). <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2024.104502>.
44. Sundell E, Hedström M, Nihlén J, Johansson J, Grauman Å. Colorectal cancer risk: stereotypical assumptions and competing values – a qualitative study with the general public. *BMC Public Health*. 2026 Febrero; 26(706). <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26737-2>.
45. Alsadhan N, Brennan C, Alhurishi S, Shuweihdi F, West R. Factors influencing colorectal cancer screening decisions among Saudi women: A qualitative study. *PLoS One*. 2025 Abril; 20(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321086>.
46. Lin Y, Fan S, Chai W, Zheng N, Wang X, Wang Y, et al. Barriers and facilitators to population participation in colorectal cancer screening: an

- umbrella review. *BMC Health Serv Res.* 2026 Enero; 26(288).
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13879-z>.
47. Boirot A, Addamiano M, Casanova C, Redmond N, Cazorla G, Rotily M, et al. Acceptability and implementation potential of a health literacy intervention to increase colorectal cancer screening in deprived areas: A qualitative study of patients and general practitioners participating in a cluster randomized controlled trial. *PLoS One.* 2025 Agosto; 20(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329639>.
48. Zubair N, Nawi A, Hassan M, Daud A, Sarakarn P, Sutan R. Multilevel factors influencing colorectal cancer screening adherence: A systematic literature review. *PLoS One.* 2026 Febrero; 21(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0342184>.
49. Ariyabuddhiphongs K, Carey T, Wolfson E, Rittner S, Li J, Amat M, et al. Implementing a Colorectal Cancer Screening Decision Aid via Text Messaging in a Large Massachusetts Health Care System. *MDM Policy Pract.* 2026 Marzo; 11(1).
<https://doi.org/10.1177/23814683261425607>.
50. Ghanayem A, Elewa M, Abu H, Owais T, Ghanayem R, Almokdad H, et al. Public awareness of colorectal cancer symptoms and risk factors, and exploring screening barriers across nine countries: A multi-national cross-sectional study. *PLOS Glob Public Health.* 2026 Marzo; 6(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0005986>.
51. Shen C, Cai C, Zhang Y, Xu H, Wu Y, Xu T, et al. Global burden of colorectal cancer and associated risk factors in young-older adults: Trends from 1990 to 2021 with projections to 2050. *Medicine (Baltimore).* 2026 Febrero; 105(6).
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000047448>.
52. Ailawadi S, Kaelber D, Elangovan A. Early-Onset Colorectal Cancer: A Review of Current Insights and a Call for Action. *Biomedicines.* 2025 Junio; 13(7). <https://doi.org/10.3390/biomedicines13071572>.

53. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023.
54. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta: McGraw-Hill Education; 2023.
55. Barbosa A, Orozco C, Orozco J. Metodología de la investigación. Métodos y técnicas: Patria Educación; 2020.
56. Rebollo PÁE. Metodología de la Investigación/Recopilación: Editorial Autores de Argentina; 2022.
57. Iglesias. Metodología de la investigación científica Diseño y elaboración de protocolos y proyectos: Noveduc; 2021.

ANEXOS

Guayaquil, 16 de marzo del 2026



Srta. Joselyne Amaranta Gamarra Bravo
Estudiante de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
En su despacho. -

De mis consideraciones:



Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería a la vez comunico a usted que el tema presentado: "**Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025**", ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera. Su tutora asignada es la Lic. Lorena Gaona Quezada.

Me despido deseándoles éxitos en el desarrollo de su trabajo de titulación.

Atentamente,

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física



Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Anexo 2. Carta de autorización del hospital

DI **docencialosceibos IESS** ...

Para: JOSELYNE AMARANTA GAMARRA BRAVO
Mar 05/05/2026 13:17


Estimado:

Por medio de la presente, se autoriza el tema requerido de :
Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en
población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.
Para que puedan usar los datos del hospital en el cumplimiento
de su proyecto de tesis .

Saludos cordiales.



DOCENCIA
SUBD. DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS LOS
CEIBOS
IESS - Guayaquil

✉ docencialosceibos@iess.gob.ec
☎ 04 380 5130 

Anexo 3. Formulario de encuesta

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Tema: Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025

Objetivo: Recolectar información sobre la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025

Instrucciones para la/el encuestado/a:

La encuesta es anónima no requiere incluir sus datos personales, sea lo más sincero/a posible para la veracidad de los datos que se requiere. Escriba una "X" en los casilleros de las preguntas que a continuación se detallan. Gracias por la colaboración

Escala:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Dimensión	Ítem	Escala				
		1	2	3	4	5
Información	Fumar es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal					
	El sobrepeso es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal					
	El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal					
	Las dietas altas en grasas y azúcares son factores de riesgo para el cáncer colorrectal					
	Un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal					
	Las afecciones relacionadas con el colorrectal son factores de riesgo para el cáncer colorrectal					
	Los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el cáncer colorrectal					
Habilidades	Puedo identificar la autenticidad de la información					

objetivas	sobre la prevención del cáncer colorrectal					
	Puedo juzgar los comportamientos que conducen al cáncer colorrectal					
	Puedo reconocer los síntomas de riesgo del cáncer colorrectal					
	Puedo convertir la información de prevención en comportamientos reales					
	Puedo adoptar enfoques de comportamiento saludable para prevenir el cáncer colorrectal					
Autoeficacia	Puedo insistir en mantener un peso normal					
	Puedo mantenerme al día con las pruebas regulares de detección de cáncer colorrectal					
	Puedo adherirme a comer de manera saludable					
	Puedo mantener un estado emocional positivo					
	Puedo ceñirme al ejercicio físico					
Motivación	El alto riesgo de cáncer colorrectal me motiva a adoptar conductas de prevención					
	Mis familiares y amigos piensan que debo adoptar comportamientos saludables para prevenir el cáncer colorrectal					
	Si no tomo medidas de prevención, puede conducir a un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal					
	El concepto de responsabilidad personal por la salud me motiva a participar en conductas de prevención del cáncer colorrectal					
	Creo que el cáncer colorrectal amenaza mi salud					

Niveles de disposición según las sumatorias de puntuación de cada dimensión:

Bajo: Menor a 33% del puntaje máximo

Medio: Entre 33% a 67% del puntaje máximo

Alto: Mayor de 67% del puntaje máximo

Fuente: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-025-02700-5>

Anexo 4. Consentimiento informado

Título del estudio:

Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.

Investigadora:

Joselyne Amaranta Gamarra Bravo

Carrera de Enfermería, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Por medio del presente documento, se invita a participar en una investigación académica cuyo propósito es determinar la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo que acude a consulta externa de coloproctología. La participación consistirá en responder un cuestionario, actividad que tomará aproximadamente entre 10 y 15 minutos. La participación es voluntaria. La persona participante podrá retirarse en cualquier momento, sin necesidad de explicar su decisión y sin que ello afecte su atención en el establecimiento de salud. La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. No se registrará información que permita identificar de manera pública a la persona participante. Los datos serán tratados con confidencialidad y se emplearán solo para el análisis del estudio. Este trabajo no representa riesgos mayores a los de la vida cotidiana. No existe pago por participar ni gasto económico para quien responda el instrumento. Se ha explicado el propósito del estudio, el procedimiento, el carácter voluntario de la participación y el manejo confidencial de la información. Luego de haber leído este documento y de haber aclarado mis dudas, acepto participar de manera libre en esta investigación.

Datos de la persona participante

Nombres y apellidos: JOSELYNE AMARANTA GAMARRA BRAVO

Cédula de identidad: 0954148029

Edad: 26 AÑOS

Fecha: ABRIL/ 2026

Firma de la investigadora:



Joselyne Amaranta Gamarra Bravo

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta**, con C.C: # **(0954148029)** autor/a del trabajo de titulación: **Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** 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, 04 de mayo del 2026



f. _____

Nombre: **Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta**

C.C: **0954148029**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo de un hospital de Guayaquil, 2025.		
AUTORA	Gamarra Bravo, Joselyne Amaranta		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Gaona Quezada, Lorena Raquel, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de mayo del 2026	No. DE PÁGINAS:	78 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública, Neoplasias Colorrectales, Oncología, Conductas preventivas, Factores de riesgo		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	autoeficacia, detección precoz del cáncer, disposición, factores de riesgo, neoplasias colorrectales, prevención primaria.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El cáncer colorrectal constituye un problema de salud prevenible cuando se identifican de forma oportuna sus factores de riesgo y se fortalecen conductas protectoras en población expuesta. El objetivo del estudio fue determinar la disposición para la prevención del cáncer colorrectal en población de 18 a 64 años que acuden a la consulta externa de coloproctología de un hospital del segundo nivel de Guayaquil, se usó el cuestionario IMB CRC. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo no experimental recopiló datos de encuestas con el cuestionario IMB-CRC de una muestra de 47 personas. De la muestra, el 59,6 % tenía un alto nivel de disposición preventiva, y el 40,4% tenía disposición baja e irregular. En cuanto al conocimiento, se identificaron vacíos en el reconocimiento de factores de riesgo del cáncer colorrectal, con proporciones entre 34,0% y 38,3% de participantes en categorías negativas. En la evaluación de habilidades objetivas, el mayor reto fue en la valoración del comportamiento de riesgo, con un 55,3%, mientras que el reconocimiento, la identificación de síntomas y la clarificación de lo que era fiable en la información fueron del 48,9%. En la dimensión de autoeficacia, el aspecto con menor consolidación fue el mantenimiento regular de pruebas de detección con 51,5% de neutralidad y desacuerdo. En el área de motivación, la menor influencia fue de la familia y amigos y esto fue del 48,9%. Se concluyó que la disposición preventiva fue favorable en términos generales, aunque conservó vacíos cognitivos y conductuales que limitaron su consistencia práctica.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593979619010	E-mail: joselyne.gamarra@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Rivera Salazar Geny Margoth Mgs.		
	Teléfono: +593-3095069		
	E-mail: geny.rivera@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):			