



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS. LANGOS
PANAMERICANA Y JUNTÚS, GUANO, ENERO A JUNIO 2016.”**

AUTORA: JENNY PATRICIA OROZCO YANZA

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación** modalidad **Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS. LANGOS PANAMERICANA Y JUNTÚS, GUANO, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Médico Jenny Patricia Orozco Yanza, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal:

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa; MSc

PRESIDENTE

Dra. Niurka Ginorio Suárez; Esp

DIRECTORA DE TESIS

Dr. Delvis Oliva de León; Esp

MIEMBRO

Dr. Reinerio Rubio Rojas; MSc

MIEMBRO

Riobamba, Diciembre 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Jenny Patricia Orozco Yanza, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Dra. Jenny Patricia Orozco Yanza,
No. Cédula: 0604251421

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Jenny Patricia Orozco Yanza, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Dra. Jenny Patricia Orozco Yanza

No. Cédula: 0604251421

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María Inmaculada por ser mi fortaleza y escudo, pues con su apoyo espiritual he llegado a la culminación de esta tesis y de mi especialidad.

A mis padres por ser promotores ejemplares de mi vida, por su apoyo constante, confianza y consejos acertados ya que de ellos aprendí los valores de respeto, responsabilidad, dedicación y amor, hasta llegar a cumplir uno de mis grandes sueños hoy hecho realidad.

A mis hermanos, esposo y amado hijo Santiago por su apoyo incondicional y comprensión en todo momento de mi vida.

Jenny

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.

A los Doctores; Niurka Ginorio, Delvis Oliva y Reinerio Rubio, tutores de la presente, quienes con sus conocimientos, tiempo, experiencias y calidad humana supieron guiarme en la elaboración de la presente investigación.

Jenny

INDICE

	Pág.
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	3
1.2 Justificación de la investigación	3
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.4 Hipótesis	5
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del problema	6
2.2 Bases teóricas	8
2.2.1 <i>Definiciones</i>	8
2.2.2 <i>Importancia de la detección del cáncer de cuello uterino</i>	9
2.2.3 Cáncer cervicouterino	9
2.2.3.1 <i>Epidemiología</i>	9
2.2.3.2 <i>Etiopatogenia y Factores de Riesgo</i>	10
2.2.3.3 <i>Cuadro clínico</i>	11
2.2.3.4 <i>Detección de las mujeres asintomáticas</i>	11
2.2.3.5 <i>Sistema de estadificación</i>	12
2.2.3.6 <i>Tratamiento</i>	13
2.2.3.7 <i>Prevención</i>	15
2.2.4 Citología cervicovaginal	15
2.2.4.1 <i>Indicaciones para la toma de muestra del Papanicolaou</i>	16
2.2.4.2 <i>Técnica de Papanicolaou</i>	16
2.2.4.3 <i>Validez de la técnica del Papanicolaou</i>	17
2.2.4.4 <i>Efectividad</i>	17
2.2.4.5 <i>Periodicidad</i>	17

2.2.5	<i>Conocimiento</i>	18
2.2.5.1	<i>Conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cérvicouterino</i>	20
2.2.6	<i>Estrategia de intervención educativa</i>	20
CAPÍTULO III		
3.	METODOLOGÍA	26
3.1	Tipo y diseño de la investigación	26
3.2	Localización y temporalización	26
3.3	Población de estudio	26
3.4	VARIABLES DE ESTUDIO	27
3.4.1	<i>Identificación</i>	27
3.4.2	<i>Operacionalización</i>	28
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	30
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>	30
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>	31
3.6	Estrategia de intervención educativa	32
3.7	Procedimientos	33
3.8	Procesamiento y análisis de datos	34
3.9	Aspectos éticos	34
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1	Resultados y Discusión	35
CAPÍTULO V		
5.	PROPUESTA	49
CONCLUSIONES		59
RECOMENDACIONES		60
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 – 2: Clasificación lesiones cérvix uterino.	18
Tabla 1 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	35
Tabla 2 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento detección oportuna de cáncer cervicouterino. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	41
Tabla 3 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento detección oportuna de cáncer cervicouterino. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	42
Tabla 4 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento concepto de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	43
Tabla 5 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento concepto de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	44
Tabla 6 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento importancia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	45
Tabla 7 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento importancia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	45

	Pág
Tabla 8 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento indicaciones de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	46
Tabla 9 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento indicaciones del Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	47
Tabla 10 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento frecuencia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	47
Tabla 11 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou conocimiento frecuencia del Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	48
Tabla 1 – 5: Distribución semanal del tiempo de la actividad educativa según las estrategias de enseñanza aprendizaje.	53

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización del Papanicolaou. Langos Panamericana– Juntús, enero a junio 2016.	36
Figura 2 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.	38
Figura 3 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según dimensiones de conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino Langos Panamericana- Juntús, enero a junio 2016.	39

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años, en las comunidades Langos Panamericana y Juntús del cantón Guano, enero a junio 2016. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, transversal y cuantitativo. Se aplicó una entrevista con cuestionario validado por un grupo de expertos al universo conformado por 61 mujeres de 30 a 64 años. El conocimiento fue evaluado según la puntuación obtenida, considerándolo satisfactorio si responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. El análisis se realizó con el programa SPSS y para la relación entre las variables se utilizó la prueba de Fisher con un nivel de significación del 5% ($p < 0.05$). El grupo de estudio que predominó fue de 30 a 36 años con el 37,7% (23), 60,6% fueron casadas (37); el 80,3% tenía nivel primario de instrucción (49), el 70,5% no se realizó el Papanicolaou en los últimos 12 meses (43). Predominó el nivel de conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino no satisfactorio en 85,2% (52). No se observó relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las variables estudiadas. Se concluye que el nivel de conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino es no satisfactorio por lo que es necesario implementar la estrategia diseñada para concientizar sobre la prevención del cáncer cervicouterino mediante pruebas de tamizaje como el Papanicolaou y con ello mejorar la cobertura del DOC cervicouterino.

PALABRAS CLAVE: <TECNOLOGIA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <DETECCIÓN OPORTUNA>, <CÁNCER CÉRVICOUTERINO>. <PAPANICOLAOU (EXAMEN GINECOLOGICO)>, <LANGOS PANAMERICANA (COMUNIDAD)> <JUNTÚS (COMUNIDAD)>, <GUANO (CANTÓN)>.

ABSTRACT

An educational strategy about opportune detection of cervical cancer in women aged 30-to- 64 in *Langos Panamericana* and *Juntús* of *Guano* canton from January to June 2016 has been designed. A descriptive correlational, cross section and quantitative study was carried out. An interview with questions validated by a group of experts was applied to 61 women aged 30-to-64. The knowledge was evaluated according to the gotten score that means if the survey respondents answer 60% or more of the questions correctly, it will be satisfactory. The analysis was carried out with the Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) program and Fisher's test was used for the relation between the variables with a level of meaning of 5%. The group of prevailing study was women aged 30-to-36 with 37.7% (23), 60,6% were married women (37), 80.3% had primary level of instruction (49), el 70.5% of women have not made pap test for the past 12 months (43). The level of knowledge about the opportune detection of cervical cancer was not satisfactory in 85.2% (52). There was no relation meaningful statistically between the level of knowledge and the studied variables. It is concluded that the level of knowledge about the opportune detection of cervical cancer is no satisfactory and it is related with the low coverage in the realization of pap test that is why it is necessary to implement this present strategy to beware the women about the prevention of cervical cancer by screening tests as pap test, so that the coverage of opportune detection of cancer can improve.

KEY WORDS: <TECNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES> <FAMILIAR MEDICINE> <OPPORTUNE DETECTION> <CERVICAL CANCER> <PAP TEST (GYNECOLOGICAL TEST) > <LANGOS PANAMERICANA (COMMUNITY) > <JUNTÚS (COMMUNITY) > <GUANO (CANTON)>

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino o cáncer del cuello del útero tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar y el más prevenible de todos los cánceres. Es una de las patologías que ha incrementado en incidencia y mortalidad con el transcurrir de los años en países en vías de desarrollo.

El cáncer del cuello del útero, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial y la mayoría de los casos están relacionados con la infección genital por el virus del papiloma humano (VPH). Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos económicos. (Ministerio de salud pública [MSP], 2015)

Ecuador no escapa a esta realidad, por lo que el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC), mediante la toma de muestra de la citología o Papanicolaou que constituye una herramienta efectiva, eficiente y gratuita que se realiza en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública.

A pesar de esto la cobertura de realización del Papanicolaou es muy baja en Ecuador y en la Provincia Chimborazo, problema identificado durante la realización del análisis de la situación de salud en las comunidades Langos Panamericana y Juntús, pertenecientes al Cantón Guano de la Provincia Chimborazo.

1.1 Planteamiento del problema

El cáncer cervicouterino, a nivel mundial es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por

esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos económicos. (Ministerio de salud pública, 2015)

En el año 2012 fallecieron en el Ecuador 9709 personas por cáncer, de ellas 4255 en el grupo de edad de 30 a 69 años; siendo los más frecuentes en el sexo femenino, el cáncer de cuello uterino y el de mama. (Ministerio de salud pública, 2015)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC), mediante la toma de muestra de la citología o Papanicolaou que constituye una herramienta efectiva, eficiente y de bajo costo utilizada ampliamente y desde hace tiempo para realizar el tamizaje del cáncer de cérvix uterino. Existen diversos factores que limitan la realización del Papanicolaou como: el desconocimiento de la prueba y sus beneficios, actitudes negativas hacia la realización, la insatisfacción con los servicios de salud, el estado civil; además está ligado a temas culturales como el miedo al dolor, vergüenza y diferentes presiones familiares que les impiden solicitar atención sanitaria. (Roque, 2014)

El Papanicolaou es actualmente la principal estrategia para la prevención secundaria del cáncer cervicouterino, sin embargo en Ecuador la cobertura de la citología es muy baja, apenas 28% según OPS. (Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia [SEPTGIC], 2013)

Dentro de los problemas identificados con participación comunitaria durante la realización del Análisis de la Situación Integral de Salud del 2014 (ASIS) en las comunidades a cargo de la Médico Posgradista, se encuentra la baja cobertura en la detección oportuna del cáncer cervicouterino, debido a que existen doscientas cincuenta y cuatro (254) mujeres incluidas en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino, de ellas solamente veintiocho (28) tienen realizado el Papanicolaou durante el año 2014, lo que representa el 11 %, de las cuales cinco (5) mujeres fueron identificadas con Neoplasia Cervical Intraepitelial I (NIC I) lo que representa que el 17,9% de las pacientes con citología realizada presentaron positividad en su resultado; en las comunidades rurales Langos Panamericana y Juntús, existen un total de 61 mujeres en el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino, de ellas apenas

catorce (14) se realizó la citología en el año 2014 lo que representa el 23,3%; además cuatro (4) de las 5 mujeres que presentaron NIC I pertenecen a estas comunidades.

Durante la actividad extramural del posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, en las visitas domiciliarias programadas e intercambios realizados con las familias y líderes comunitarios, se evidenció cualitativamente el bajo conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino y la existencia de diversos factores que limitan la realización del Papanicolaou como: la falta de tiempo, la desinformación, el desinterés, el estado civil, temor y diferentes presiones familiares que les impiden solicitar atención sanitaria.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino, realización del Papanicolaou, edad, estado civil y nivel de instrucción en mujeres de 30 a 64 años, de las comunidades Langos Panamericana y Juntús durante el período enero a junio 2016?

¿Qué aspectos pueden ser incluidos en una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años, de las comunidades Langos Panamericana y Juntús?

1.2 Justificación de la investigación

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina, en el que se encuentran involucrados el personal médico y la población en riesgo, por lo tanto, resulta imprescindible identificar los conocimientos previos de la población sobre la problemática existente, desde esta perspectiva es importante actuar sobre el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y la manera de detectarlo a tiempo mediante la realización del Papanicolaou, tomando en consideración que se trata de un método eficiente, asequible y efectivo en la detección de cambios en la citología del cuello uterino; está ampliamente disponible y es utilizado rutinariamente en la mayoría de los centros de salud de forma gratuita.

El cáncer cervicouterino, constituye una clase común de cáncer en la mujer. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2012, más de 83 mil mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36 mil fallecieron por esta enfermedad en América Latina. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en la región aumentará en un 45% para el 2030.

En Ecuador el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar, según estudios realizados recientemente en el país mueren aproximadamente 7 mujeres con cáncer cervicouterino cada semana, además el Registro Nacional de Tumores de la Sociedad de lucha contra el Cáncer (SOLCA), reporta que existen de 25 a 30 mujeres con cáncer de cuello uterino, por cada 100.000 habitantes.

Las dos principales estrategias utilizadas para prevenir el cáncer cervical son: la detección de lesiones precancerosas (Papanicolaou), y la vacunación contra el VPH, principal agente etiológico de este cáncer. Si estas dos estrategias de prevención se realizaran de manera efectiva, se podría evitar una gran cantidad de muertes causadas por esta enfermedad. En el caso de la detección oportuna, si se realiza de manera efectiva el tamizaje de cáncer cervicouterino mediante el examen Papanicolaou (PAP), alcanzando una cobertura del 80% se podrían evitar el 75% de las muertes causadas por esta enfermedad. Y en el caso de la vacuna contra el VPH, su implementación puede llegar a prevenir el 70% de los casos. (OPS, 2014)

Existe una fuerte asociación de este tipo de cáncer con las condiciones precarias de vida, los bajos índices de desarrollo humano, la ausencia o fragilidad de las estrategias de educación comunitaria (promoción y prevención de la salud) y con la dificultad de acceso a servicios públicos de salud para el diagnóstico precoz y el tratamiento de lesiones precursoras, partiendo del desconocimiento por parte de las mujeres, en relación al cáncer cervicouterino, sus consecuencias sobre la salud, así como, los factores que las condicionan y las desencadenan.

En la provincia de Chimborazo no se han ejecutado proyectos similares, de ahí la importancia de realizar esta investigación, pues precisamente con ella nos proponemos

determinar los niveles de conocimiento que permiten un abordaje más integral del problema y por ende lograr cambios favorables en las actitudes y prácticas frente a la realización del Papanicolaou que permita la prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad, favoreciendo de esta forma la salud y contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para mejorar la salud de la mujer.

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino, en mujeres de 30 a 64 años, en las comunidades Langos Panamericana y Juntús, en el período de enero a junio de 2016.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años.
3. Identificar la posible relación entre el conocimiento, realización del Papanicolaou y las variables biosociodemográficas seleccionadas.
4. Diseñar estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino.

1.4 Hipótesis

Existe una relación directa y significativa entre el conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino, realización del Papanicolaou, edad, estado civil y nivel de instrucción en mujeres de 30 a 64 años, de las comunidades Langos Panamericana y Juntús.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

Zambrano et al. en el año 2013 realizaron el estudio titulado “Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos” con el objetivo de relacionar el nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino con los hallazgos encontrados en citologías cervico-vaginales de mujeres pertenecientes a estratos sociales bajos atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”. Aplicaron una investigación correlacional, donde se estudiaron 50 mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, se utilizó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y se tomó una muestra para citología cervico-vaginal. Dentro de sus resultados encontraron que la mayoría de las mujeres demostraron un nivel de conocimiento suficiente, concluyendo que no existe una asociación significativa entre el nivel de conocimientos y los hallazgos citológicos en las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos evaluadas.

Huamani et al. en el año 2008 realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil. Realizaron un estudio transversal en una muestra de 502 mujeres a las que les aplicaron un cuestionario validado por expertos, llegando a la siguiente conclusión: “Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolaou de Lima”

Beltrán Romero en el año 2010, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2009”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el

nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación de la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional con una muestra de 384 mujeres en edad fértil y sexualmente activas; el instrumento utilizado fue una encuesta estructurada, arribando a la siguiente conclusión: “El nivel de conocimiento acerca de la prueba influye en el grado de aceptación de la toma de muestra”

Seminario-Pintado et al. en el año 2015 realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. Utilizó el método de estudio descriptivo y transversal, consideró una muestra de 116 mujeres y el instrumento utilizado fue el cuestionario llegando a las siguientes conclusiones: “El nivel de conocimientos fue bajo, el nivel de actitudes fue desfavorable y el nivel de prácticas inadecuados en la población Lambayecana. Se encontró asociación entre el nivel de actitudes y el grado de instrucción. El principal motivo por el cual las mujeres no se habían realizado el test, fue por falta de tiempo”

Una investigación realizada por Bazán, Posso y Gutiérrez en el año 2013, tuvo como objetivos: determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al Paptest; determinar si existe asociación entre nivel de conocimiento, prácticas y actitudes frente a la edad y el grado de instrucción, y describir las características sobre la práctica periódica del Papanicolaou. Utilizaron un método analítico de corte transversal en una muestra representada por 501 mujeres; el instrumento empleado fue el cuestionario estructurado, autodesarrollado, llegando a las siguientes conclusiones: los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, en nuestra población, son bajos. El mayor nivel de conocimiento no está relacionado con la práctica correcta del Pap. Existe poca difusión sobre el Pap por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se tomen el Pap son principalmente psicológicas.

López Cristian, Calderón Manuel, González María, en el año 2012, en Colombia realizaron una investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia”, tuvieron por objetivo determinar los conocimientos,

actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino. El método fue de corte transversal, con muestreo por conveniencia en mujeres entre 14 y 19 años, en total se entrevistaron 100 mujeres. Los resultados demostraron que el 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Definiciones

Según la norma oficial mexicana (2007), para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, se distinguen las diversas definiciones que permitirá el desarrollo del posterior trabajo.

- **Cáncer:** Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.
- **Carcinoma:** Cáncer que se origina en los tejidos epiteliales.
- **Citología cervical:** Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou
- **Colposcopia:** Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.
- **Displasia:** Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.
- **Factor de riesgo:** Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.

Principales problemas de salud y retos socio-sanitarios

Durante el siglo XXI, existen diversos retos socio sanitarios a solucionar, considerados por la organización mundial de la salud (OMS), dentro de los más importantes, la violencia, trastornos del comportamiento, enfermedades crónicas, el cáncer entre otros, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública y una de las preocupaciones más importantes de la sociedad debido a su elevada morbi-mortalidad.

2.2.2 Importancia de la detección del cáncer de cuello uterino

Las pruebas de detección brindan la oportunidad de identificar el cáncer cervical en etapas tempranas, debido a que permite la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino, con ello actuar mediante un tratamiento precoz y prevenir el cáncer cervical, tomando en consideración que el intervalo de 10 a 20 años entre las lesiones precancerosas y el cáncer ofrece amplias oportunidades de proceder a un tamizaje, detectar y tratar las lesiones precancerosas y de esta forma evitar su evolución hacia un cáncer.

2.2.3 Cáncer cervicouterino

La OPS (2016), manifiesta que la infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la principal causa del cáncer cervicouterino. El 90% de los cánceres cervicouterinos son cánceres de células escamosos y se inician en la zona de transformación del exocérvix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix.

2.2.3.1 Epidemiología

En la actualidad se sabe que los canceres que más afectan a la mujer a nivel mundial son el de mama, el cervicouterino y el de ovario, los cuales provocan miles de muertes prematuras. El cáncer cervicouterino a nivel mundial es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres y cada año más de 270, 000 mujeres mueren por este tipo de cáncer y el 85% de estas defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2013)

Hacker (2011), manifiesta que el cáncer cervicouterino mata a cerca de 250.000 mujeres cada año en el mundo, cerca del 80% de los casos nuevos informados cada año ocurre en países en vías de desarrollo. En países desarrollados, la detección regular con frotis de Papanicolaou ha disminuido la incidencia de la enfermedad, y ahora la mayor parte de los casos se presenta en mujeres que no se realizan Papanicolaou con regularidad. (p.402)

En Ecuador el cáncer de cérvix, ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama, sobre todo en las mujeres en edad fértil. En un reporte del 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), dio a conocer que 664 ecuatorianas fallecieron por causa del cáncer de cérvix, lo cual ha obligado al Ministerio de Salud Pública (MSP) y a SOLCA a trabajar mancomunadamente para reducir la incidencia y la tasa de mortalidad por esta enfermedad. (Cevallos, 2014)

2.2.3.2 Etiopatogenia y factores de riesgo

Desde hace varias décadas, varios estudios mantienen la hipótesis que la transmisión sexual es el factor de riesgo más importante que desencadena el cáncer cervicouterino, además se asocia a otros factores como edad de la paciente, inicio de su vida sexual, número de parejas sexuales, entre otras, así como cofactores relacionados al hábito de fumar, condiciones sociales, dieta, alcohol entre otros. (Pérez, 2006)

Pérez (2006), manifiesta que dentro de los principales factores asociados al cáncer cervicouterino se encuentran:

Factores vinculados a la transmisión sexual

- Infecciones genitales: virus del papiloma humano (HPV), Chlamydia Trachomatis, Herpes simple 2 (HSV-2), Trichomona vaginalis, Citomegalovirus, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), entre otros.
- Paridad
- Contraceptivos hormonales orales
- Edad de las primeras relaciones sexuales: en la adolescencia las células metaplásicas jóvenes, presentan propiedades fagocíticas cerca de la unión escamocelular, en consecuencia las mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana, cuando el

proceso metaplásico es más activo, presentarían una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activarían la transformación de esas células.

- Número de compañeros sexuales.

Cofactores

- Tabaco
- Inmunodeficiencia

Otros factores

- Dieta
- Radicales libres
- Alcohol

2.2.3.3 Cuadro clínico

Pérez (2006), indica que la etapa inicial de neoplasia intraepitelial (NIC) generalmente no causa síntomas, y no se detecta a menos que una mujer se realice un examen ginecológico o una prueba de Papanicolaou. Cuando el cáncer avanza generalmente presenta uno o más de estos síntomas:

- Sangrado intermenstrual
- Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o del examen pélvico
- Períodos menstruales más prolongados y más abundantes
- Sangrado después de la menopausia
- Mayor secreción vaginal
- Dolor pélvico
- Dolor durante las relaciones sexuales

2.2.3.4 Detección de las mujeres asintomáticas

El American College of Obstetricians and Gynecologists recomendó que todas las mujeres se sometieran a una exploración física anual que incluya Papanicolaou en tres

años siguientes al inicio de la vida sexual. La detección anual debe continuarse hasta los 30 años. Si se obtiene tres pruebas consecutivas negativas, la detección puede realizarse cada dos o tres años. Es necesario obtener una muestra del conducto endocervical y el ectocérvix cuando se realice el examen de Papanicolaou. (Hacker, 2011)

Existen varias pruebas de diagnóstico en la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino entre las que se encuentran:

- Pruebas que determinan la presencia de virus del papiloma humano (VPH)

La prueba de ADN para el virus del papiloma humano (VPH) es una prueba de cribado primario, es más sensible que la prueba de Papanicolaou y tiene un valor predictivo negativo mejor. Se recomienda la prueba de Papanicolaou en aquellas mujeres que resultaren positivas de la prueba de ADN para VPH por captura híbrida II y en aquellos establecimientos de salud que aún no se introduce la nueva técnica (test de ADN para VPH). (MSP, 2015)

- Pruebas que determinan directamente una lesión presente en el epitelio cervical.

Estas son las que detectan lesiones cervicales de transformación neoplásica que sin seguimiento adecuado y tratamiento oportuno pueden progresar al cáncer, entre ellas se encuentran:

- Citología exfoliativa cervicovaginal teñida con la técnica de Papanicolaou.
- Colposcopia y el estudio histopatológico directo de la estructura del tejido bajo el microscopio mediante la obtención de una muestra por biopsia, conización cervical o de histerectomía. (Rodríguez et al., 2009)

2.2.3.5 Sistema de estadificación

La OMS (2015), manifiesta que se usan diversos sistemas de estadificación del cáncer cervicouterino. El más usado es la de FIGO, que se encuentra basado en el tamaño del tumor y el grado de propagación de la enfermedad dentro de la pelvis y a órganos distantes.

- Estadio I: La enfermedad se limita al cuello uterino (incluye las subetapas IA1, IA2, IB1 y IB2).

- Estadio II: El cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino a la parte superior de la vagina al tejido próximo al cuello uterino (parametrio), pero no a una pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIA1, IIA2 y IIB).
- Estadio III: El cáncer se ha diseminado a la parte inferior de la vagina o completamente a través del parametrio a alguna pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIIA y IIIB).
- Estadio IV: El cáncer se ha propagado a órganos circundantes o a tejido distante, como pulmones y ganglios linfáticos distantes (incluye las subetapas IVA y IVB).

2.2.3.6 Tratamiento

La OMS (2007) indica los siguientes tratamientos:

Principios de tratamiento

- Lesiones de tipo CIN 1: tienden a resolverse de forma espontánea; estas pacientes pueden ser objeto de un seguimiento con colposcopia y citología cada seis meses hasta que la lesión regrese a la normalidad o se tengan indicios de la progresión de la anomalía. Cuando se observe progresión, o en los casos en que el seguimiento sea problemático, así como en las mujeres mayores cuya remisión espontánea es menos probable, se ha de considerar la posibilidad de proceder a un tratamiento de inmediato.
- Lesiones de tipo CIN 2 y CIN 3 confirmadas por biopsia deben recibir tratamiento, pues casi todas ellas persisten y con el tiempo pueden transformarse en un cáncer invasor.

Métodos de tratamiento

- Exeréticos (con destrucción de los tejidos anormales por medio de calor o frío).
- Escisionales (con extirpación quirúrgica de los tejidos anómalos).

La mayor desventaja de los primeros es que, a menos de tomar una biopsia antes del tratamiento, no se dispone de ninguna pieza de tejido para el examen histológico y la confirmación de la lesión. (OMS, 2007)

Crioterapia: La crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación. Consiste en aplicar la criosonda sobre el cuello uterino y congelar las áreas

anormales cubiertas, generalmente es bien tolerada y se asocia con un malestar leve. Por consiguiente, se puede realizar sin anestesia. Después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal. (OMS, 2015)

Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP): La escisión electroquirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electroquirúrgica. El asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación. Mediante la escisión electroquirúrgica con asa se procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. Esta técnica tiene un doble fin: extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos. Sin embargo, después de la escisión electroquirúrgica con asa la paciente debe permanecer en el establecimiento ambulatorio unas pocas horas para verificar que no haya hemorragia. (OMS, 2015)

Conización con bisturí frío (CKC): es la remoción de una porción cónica del cuello uterino del exocérnix y del endocérnix. Una CKC se hace generalmente en un hospital, con la infraestructura, el equipo y los suministros necesarios y con dispensadores capacitados El procedimiento lleva menos de una hora y se realiza con anestesia general o regional (raquídea o epidural). (OMS, 2015)

Histerectomía simple: consiste en la remoción quirúrgica de todo el útero, incluido el cuello uterino, sea mediante una incisión en el abdomen inferior o por la vagina, con o sin laparoscopia. Las trompas y los ovarios no se extirpan sistemáticamente, pero se lo puede hacer en mujeres posmenopáusicas, o si aparecen anormales. Está indicada para el tratamiento de los cánceres cervicouterinos microinvasores tempranos en mujeres posmenopáusicas y mujeres más jóvenes que no están interesadas en preservar su fecundidad. (OMS, 2015)

Histerectomía radical: es la operación quirúrgica más frecuente para un cáncer en estadio invasor inicial, en la que se extirpan los tejidos vecinos al útero y a menudo los ganglios linfáticos de la pelvis y alrededor de la aorta. Las trompas y los ovarios no se extirpan sistemáticamente a menos que parezcan anormales. (OMS, 2015)

2.2.3.7 Prevención de la infección por HPV y el cáncer cervicouterino

La OMS (2013), indica tres niveles de prevención:

Prevención Primaria:

- Niñas de 9 a 13 años: Vacunación contra el VPH
- Niñas y niños, según corresponda:
 - Información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco
 - Educación sobre la sexualidad, adaptada a la edad y la cultura
 - Promoción o suministro de condones entre quienes sean sexualmente activos
 - Circuncisión masculina.

Prevención Secundaria

- Mujeres de más de 25 años de edad

Detección y tratamiento según sea necesario

La detección y el tratamiento temprano de las lesiones precancerosas pueden prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterino

Tres tipos diferentes de pruebas están actualmente disponibles, a saber:

- Citología convencional (Papanicolaou).
- Inspección visual con ácido acético (IVA).
- Detección de la presencia de tipos de VPH de alto riesgo

La vacunación contra el VPH no reemplaza las pruebas de detección del cáncer cervicouterino. En los países donde se introduzca la vacunación contra el VPH, tal vez sea necesario desarrollar o fortalecer los programas de detección.

Prevención Terciaria

- Todas las mujeres según sea necesario
- Tratamiento del cáncer invasor a cualquier edad
 - Cirugía ablativa
 - Radioterapia
 - Quimioterapia

2.2.4 Citología cervicovaginal

Fico (2014) indica que la prueba de elección es la citología de Papanicolaou, que se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación espontánea o inducida del epitelio cervical. No se trata de una técnica diagnóstica y por ello el

hallazgo de una citología positiva o sospechosa sólo debe ser el punto de partida para una investigación más profunda.

Se obtiene una vez introducido el espéculo y bajo el control visual del cérvix. Para la muestra endocervical se utiliza un hisopo (seco o húmedo) o un cepillo endocervical. La espátula de Ayre clásica o modificada sirve para la toma exocervical y la vaginal.

2.2.4.1 Indicaciones para la toma de muestra del Papanicolaou.

- Ausencia de menstruación o de sangrado.
- No uso de lubricantes.
- No realizar durante el uso de tratamientos intravaginales desde una semana antes.
- Evitar lavados o duchas vaginales y el coito en las 24 horas anteriores.

2.2.4.2 Técnica del Papanicolaou.

La toma endocervical se realiza introduciendo una pequeña torunda de algodón o un cepillo en el canal endocervical al que se le imprime un movimiento circular. Esta muestra permite recoger células endocervicales y metaplásicas, sobre todo si la unión escamocilíndrica se encuentra por dentro del orificio cervical externo, como puede ocurrir en la menopausia.

La toma exocervical se hace mediante la espátula de Ayre de madera o plástico, que presenta un extremo lobulado para la muestra cervical y otro redondeado para la vaginal. La toma exocervical se obtiene girando el borde de la espátula, tras apoyarla sobre el exocérvix, tomando el material de esta zona y de la unión escamocilíndrica si es visible.

Las muestras se extienden sobre una lámina de cristal, separadas y señalizadas, dejando la toma endocervical para el final. Tras la extensión debe fijarse rápidamente para evitar su desecación.

En la valoración del resultado citológico se tendrá en cuenta si la muestra es adecuada y si existen signos inflamatorios o infecciosos que puedan alterar el resultado. Para considerar una muestra citológica como adecuada para su estudio es necesaria la presencia de células endocervicales y moco con células metaplásicas de la unión escamocilíndrica. (Fico, 2014)

2.2.4.3 Validez de la prueba del Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad del 74% y el 97,6% y una especificidad entre el 50% y el 91%. (Fico, 2014)

2.2.4.4 Efectividad

No se han realizado ensayos aleatorios controlados para evaluar la eficacia del cribado con la prueba de Papanicolaou. La evidencia científica sobre la efectividad de la detección precoz del cáncer de cérvix no proviene de estudios aleatorios sino de estudios observacionales de casos y controles, y de cohortes realizados en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos, en los que se han comparado las tendencias temporales de incidencia y mortalidad en distintas poblaciones. Estos estudios ponen de manifiesto que la implantación de programas de cribado bien organizados se acompaña de una reducción muy importante en la incidencia de la enfermedad invasiva con una fuerte asociación negativa entre cribado y cáncer invasivo, lo que sugiere su efecto protector. (Fico, 2014)

2.2.4.5 Periodicidad

Existe controversia en cuanto a la frecuencia del cribado. Después de evaluar 8 programas a nivel mundial, que incluían 1.800.000 mujeres, la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) llega a la conclusión que realizar la exploración cada 3 o 5 años no ofrece una protección significativamente menor que hacerlo anualmente. (Fico, 2014)

El principal objetivo de la citología diagnóstica no es buscar células cancerosas de casos ya avanzados, sino más bien el de detectar y diagnosticar los que se consideran como precursores de un cáncer avanzado. (Ybaseta y Flores, 2014)

Díaz (2011), expone la clasificación de lesiones de la citología cervical.

Tabla 1 – 2: Clasificación lesiones cérvix uterino.

Bethesda	Normal	L-SIL		H-SIL			Ca. Invasivo
Papanicolau	I	II	III		IV		V
Richart	Normal	Condiloma	CIN 1	CIN 2		CIN 3	Ca. Invasivo
Reagan	Normal	Condiloma	Displasia leve	Displasia Moderada	Displasia severa	CIS	Ca. Invasivo

Tabla 1. Clasificación lesiones cérvix uterino.

2.2.5 Conocimiento

El conocimiento suele concebirse como la información adquirida por una persona a través de la educación, la experiencia y la comprensión de un hecho referente a la realidad. Este término ha sido históricamente abordado por filósofos, psicólogos y pedagogos, pues es el eje central en el que descansa la ciencia.

El termino conocimiento, del latín cognosco, significa conocer o saber. Según el Diccionario de la Real Academia Española, se refiere a la acción y el efecto de conocer, al entendimiento, a la inteligencia, a la razón natural, a la ciencia y sabiduría, y a la verdad aprehendida. Desde el punto de vista filosófico fue estudiado por Platón, Aristóteles, Descartes, Kant, entre otros, siendo considerado como un término polisémico cuyos significados dependen de la doctrina epistemológica que lo sustente. Algunas acepciones lo consideran como un hecho o como un proceso. Psicológicamente se le concibe como un proceso cognitivo que consiste en la transformación de los materiales sensibles del entorno por parte del individuo, quien es capaz de codificarlos empleando: la percepción, la imaginación y la reflexión, siendo capaz de conservarlos a través de la memoria. Según Piaget, el conocimiento consiste en el desarrollo de estructuras cognitivas que son el resultado del enlace entre acciones y operaciones intelectuales. (Saavedra, 2008)

El Glosario de Filosofía puntualiza que “podemos entender por conocimiento todo saber que se puede justificar racionalmente y que es objetivo. En este sentido distinguimos el conocimiento de la mera opinión, de la creencia, de la fe o de las ilusiones de la imaginación”.

El Diccionario Pedagógico de la Asociación Mundial de Educadores Infantiles (2003) define al conocimiento como “1. Sistema de conceptos o habilidades que tienen en cuenta las operaciones mentales como reflejo de la realidad objetiva, 2. Informaciones que ya tiene el alumno como consecuencia de los contenidos incluidos en sus experiencias de aprendizaje anteriores y que, de acuerdo con la teoría constructivista del aprendizaje, son necesarios tanto para la evaluación inicial, como para determinar los contenidos, para establecer un conflicto cognitivo, y para brindar la ayuda adecuada, entre otras posibilidades”.

El conocimiento posee un carácter individual y social, cada individuo interpreta la información que percibe sobre la base de su propia experiencia, influenciada por el grupo o los grupos sociales a los que pertenece o perteneció y por la cultura y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida.

Elizondo (2002) afirma que “el conocimiento es la captación que el entendimiento humano efectúa de los fenómenos que lo circundan. Dicho conocimiento se utiliza para transformar el mundo y para subordinar la naturaleza a las necesidades del hombre”; cita a Cendejas y Rico (1978) al expresar que "El conocimiento debe revisarse y perfeccionarse, acrecentarse y no sólo acumularse o conservarse".

De acuerdo con Rafael Linares (2009), Vygotsky refiere que el conocimiento no solo se construye de modo individual como propuso Piaget, sino que se construye entre las personas en la medida en que interactúan, considerando que el medio social en el que se desenvuelven es crucial para el aprendizaje. El entorno social influye en el desarrollo cognitivo, pues las interacciones sociales constituyen el medio principal del desarrollo intelectual. El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente.

2.2.5.1 Conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino

El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino es de vital importancia pues permite concientizar a las mujeres sobre la necesidad del tamizaje y con ello prevenir el cáncer o identificarlo en estadios tempranos, debido a que constituye una herramienta esencial que favorece eliminar tabúes sociales, barreras propias de la sociedad y con ello superar los desafíos que impiden el acceso a la atención preventiva.

La educación sanitaria consiste en un intercambio de información enfocado a concientizar y promover conocimientos sobre estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, además de socializar los recursos disponibles y los beneficios de acceder a los servicios de salud.

2.2.6.- Estrategia de intervención educativa

La Organización Mundial de la Salud en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) definió la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores, desarrollando un nuevo horizonte de la salud. Considerar el enfoque de salud de modo diferente al tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: comprender la salud holísticamente, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y posibilita incidir en la capacidad de los actores sociales para afrontar los problemas de salud, no solo desde el punto de vista biológico, ni de la organización de los servicios de salud, sino en las condiciones de vida y formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social.

La OMS (1983) define la educación para la salud como la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad, con respecto a la salud. La inclusión de aspectos de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud y la educación constituye el instrumento socialmente más extendido para ello.

La educación para la salud es, antes que nada, educación y lo fundamental de las investigaciones sobre ella no afecta tanto a los contenidos del saber a transmitir como a los mecanismos de transmisión de ese saber y a los efectos socioculturales que de ahí se derivan. No basta afrontar los problemas de salud cuando se producen, sino que se hace preciso abordarlos desde los primeros momentos formativos (familia y escuela). (García Martínez, 2000)

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud) ha sido notoria la importancia otorgada a las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, porque sus acciones son costo-efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud (OPS, 2007). En estas iniciativas se han incluido, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población.

La Secretaria General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo (2003), entiende por educación para la salud las “oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva.” (p.15)

La educación para la salud constituye una de las herramientas de la promoción de salud que facilita el aprendizaje, supone la comunicación de información con el objetivo de modificar conocimientos permitiendo que desempeñen un papel activo y transformador, en sentido positivo, de las actitudes y los comportamientos de salud de los individuos, las familias y las comunidades.

La elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo, se logra educar en salud en la medida en que se gana en sistematicidad con intervenciones desde edades tempranas en las que se propicien cambios en los estilos de vida y se empleen estrategias que incidan en los miembros de la comunidad.

La promoción de la salud es el resultado de las acciones emprendidas por los sectores sociales para mejorar las condiciones de salud individual y colectiva de la población, provee a las personas de los medios necesarios para mejorar la salud al adoptar estilos de vida saludables. La especialidad se implementa en la Atención Primaria de Salud que presenta enfoque integral e integrado, observada a la mujer como un ente bios-psico-social de forma individual, familiar y comunitaria.

La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades. Para abordarlas, se consideran tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos de la formación, pues son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados. (Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

Valentín (2014, p.32) cita a Barreras (2004) al definir una estrategia como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia.

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores, puede determinar cambios de actitudes y de creencias, puede facilitar la adquisición de competencias, incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Metodología en la educación sanitaria, 2004)

La estrategia tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. La estrategia ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos. (Mayel, 2007)

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la situación existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas. (Planeación Estratégica en las organizaciones, 2004)

Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Diagnosticar la situación actual, o sea, informarse sobre el estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se diseña la estrategia.
2. Describir el estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Planear estrategia que identifique las actividades y las acciones que respondan a los objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. Implementación de la estrategia, que consiste en explicar cómo, en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. Evaluación de la estrategia, a través de indicadores e instrumentos de medición o medios de verificación.

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

De modo que entenderemos como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa”; es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. (Jordán Padrón, 2011)

La planificación de estrategias de intervención educativa deben constituir herramientas de aportación de elementos cognitivos y experienciales de forma tal que suscite que los cambios en los estilos de vida se produzcan de forma voluntaria. (García Martínez, 2000)

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador está aplicando el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC), sin embargo, existe una baja cobertura en la detección oportuna de este cáncer; el limitado conocimiento de la población en cuanto a su detección oportuna y la ausencia de una estrategia diseñada para darle solución a este problema de salud, valieron de motivación para la realización de esta investigación, con la finalidad de diseñar una estrategia de intervención educativa que contribuya con su aplicación a incrementar la cobertura en la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Para este trabajo asumiremos el diseño sistematizado por Jordán Padrón, M (2011) en su estudio “Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud.

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

3.1.- Tipo y diseño de la investigación

Se realizó un estudio cuantitativo con alcance descriptivo – correlacional, diseño no experimental y transversal. Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada. (Artiles, 2008).

3.2.- Localización y temporalización

La investigación se realizó en las comunidades Langos Panamericana y Juntús, pertenecientes al Distrito Guano Penipe de la Provincia Chimborazo, en el período comprendido de enero a junio de 2016.

3.3.- Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por el universo de mujeres comprendidas entre 30 y 64 años de las comunidades Langos Panamericana y Juntús, representadas por un total de 61 mujeres.

Criterios de selección de la población:

Criterios de inclusión:

- Mujeres comprendidas entre los 30 y 64 años de edad, que acepten participar en la investigación por medio del consentimiento informado.
- Residir en la población asignada al momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que posean alguna enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual.

Criterios de salida:

- Abandono del estudio por cualquier causa.

3.4.- Variables de estudio

3.4.1 Identificación

- Conocimiento.
- Realización del Papanicolaou.
- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Realización del Papanicolaou

Definición conceptual

Conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino: información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación.

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

- Conocimiento sobre concepto de detección oportuna de cáncer cervicouterino.
- Conocimiento sobre la importancia del Papanicolaou.
- Conocimiento sobre las indicaciones del Papanicolaou.
- Conocimiento sobre la frecuencia de realización del Papanicolaou.

3.4.2.- Operacionalización.

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	30 a 36 años 37 a 43 años 44 a 50 años 51 a 57 años 58 a 64 años	Según años cumplidos	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años por grupos de edad.
Estado civil	Cualitativa Nominal	Sin relación de pareja actual Con relación de pareja actual	Condición de unión o vínculo de un individuo con otra persona. Sin relación de pareja actual: soltera, divorciada o viuda. Con relación de pareja actual: casada, unión libre.	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años por estado civil
Nivel de instrucción	Cualitativa Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Según el último año de educación vencido	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años por nivel de instrucción
Realización del Papanicolaou	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Si No	Según realización del examen de citología en los últimos 12 meses.	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según realización del Papanicolaou en los últimos 12 meses

Dimensiones para evaluar la variable: conocimiento

<p>Conocimiento sobre concepto de Papanicolaou</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a concepto Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre concepto Papanicolaou</p>
<p>Conocimiento sobre importancia del Papanicolaou</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a importancia Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre importancia Papanicolaou</p>
<p>Conocimiento sobre indicaciones Papanicolaou</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a indicaciones Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	<p>Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre indicaciones Papanicolaou</p>

Conocimiento sobre frecuencia Papanicolaou	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a la pregunta referida a frecuencia Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de la pregunta realizada No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de la pregunta realizada	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre frecuencia Papanicolaou
Conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Según puntuación final obtenida de todas las preguntas realizadas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino

3.5.- Técnica e instrumento de recolección de datos.

Se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario (Anexo A) diseñado por el investigador, que fue sometido a la consideración de expertos con el objetivo de comprobar validez de apariencia y contenido.

3.5.1.- Características del instrumento

El cuestionario está estructurado en dos partes, una parte inicial que recoge los datos sobre variables biosociodemográficas y otra que contempla un test de conocimientos. El conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple. El sistema de

puntuación se realizó a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados. (Anexo B)

3.5.1.1.- Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino. Se seleccionaron 6 jueces expertos, todos docentes universitarios: 2 especialistas en Ginecología y Obstetricia, 1 Psicólogo y 3 especialistas en Medicina General Integral.

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

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

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

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

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

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos.

En la validación de contenido, se encontró que el 33,3% de los ítems obtuvo todas las calificaciones de mucho, el 66,7% restante fue corregido y sometido nuevamente a la valoración de los expertos. Posterior a la segunda revisión el 75% obtuvo todas las calificaciones de mucho, por lo que el 25% fue reformulado y evaluado nuevamente por los expertos que manifestaron su acuerdo con la totalidad de los ítems (Anexo C).

3.6.- Estrategia educativa

Un programa educativo en salud debe ser concebido teniendo en cuenta los elementos básicos de planificación de un proceso docente, debe ser concebido a partir de un modelo de enseñanza y en correspondencia con las demandas sociales, las necesidades de aprendizaje y las características de la población.

Las bases teóricas expuestas en el marco teórico definen las posibilidades que aportan las estrategias como herramientas útiles y prácticas para realizar intervenciones orientadas a modificar determinados problemas y en este caso en particular contribuir a elevar el conocimiento de los sujetos de investigación para el abordaje del tema: detección oportuna del cáncer cervicouterino, logrando modificar actitudes y prácticas de autocuidado.

El diseño metodológico de la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos etapas o fases:

1. Etapa de introducción.

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

- Definir la realidad social y el contexto de la problemática a resolver.
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a los conocimientos de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Etapa de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología en relación con los objetivos definidos y las condiciones presentes: métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera.
- Explicar estrategias de acción establecidas.
- Temporalización de las actuaciones.

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas y de educación para la salud. Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. El curriculum de la estrategia de intervención educativa aparece en capítulo V.

3.7.- Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con las mujeres entre 30 y 64 años, las cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejan los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado. (Anexo D)

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables biosociodemográficas seleccionadas y se determinó el conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino y las variables biosociodemográficas seleccionadas.

A partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino, que incluyó acciones de

información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.8.- Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes. Se emplearon los estadísticos Fisher para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia 5% ($p < 0.05$). Los resultados se reflejaron en tablas y figuras para su mejor representación y comprensión.

3.9.- Aspectos éticos

Se explicó a los participantes los objetivos de la investigación y se solicitó la autorización de participación a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información recolectada será utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki.

El protocolo se aprobó por el comité de ética de la institución vinculada.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión

En la tabla 1 - 4 se presenta la distribución de mujeres según variables demográficas. En la misma se evidencia que predominó el grupo de edad de 30 a 36 años con el 37,7 % (23); el estado civil casada con el 60,7% (37) y el nivel de instrucción primario 80,3% (49).

Tabla 1 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	N=61	
	Nº	%
Grupos de edad (años)		
30 a 36 años	23	37,704
37 a 43 años	13	21,311
44 a 50 años	7	11,475
51 a 57 años	11	18,032
58 a 64 años	7	11,475
Estado Civil		
Casada	37	60,656
Soltera	12	19,672
Unión Libre	5	8,197
Divorciada	4	6,557
Viuda	3	4,918
Nivel de instrucción		
Ninguno	8	13,115
Primaria	49	80,328
Secundaria	3	4,918
Superior	1	1,639

Un estudio de Beltrán Romero (2010), presenta resultados similares con relación al estado civil, en la investigación predominan las casadas con 59,38%.

Huamani (2008) también encontró un predominio del estado civil casada/conviviente (48,5%) y resultados contrarios en relación con el nivel de instrucción, al encontrar un predominio del nivel de instrucción secundario (54,4%).

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

Un estudio realizado en un barrio de la comuna 10 de la Ciudad de Armenia en Colombia, realizado por López, Calderón y González (2012) muestra resultados contrarios, pues encontraron predominio de las mujeres en unión libre (41%) y bachillerato como nivel educativo (49%).

La figura 1 - 4 refleja la distribución de mujeres entre 30 y 64 años según la realización del Papanicolaou, observándose que del total de mujeres entrevistadas (61), 43 no se realizaron el examen de Papanicolaou durante el año 2015, lo que representó el 70,5 %.

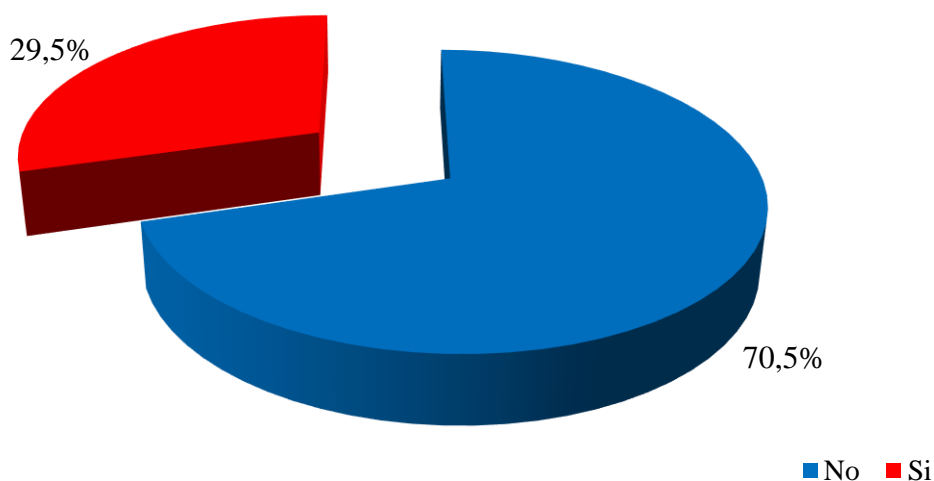


Figura 1 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización del Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Estos resultados se corresponden con los encontrados por la Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia quienes refieren que la cobertura de la citología en Ecuador es muy baja.

Algunas investigaciones muestran resultados similares como la realizada por Seminario-Pintado et al. (2010), quien encontró que 27 mujeres (31,9%) nunca se habían realizado un examen de Papanicolaou y 16 (13,8%) se lo había realizado solo una vez en su vida. Los resultados obtenidos por Zambrano et al. (2013) también coinciden pues reporta que el 52% de las mujeres en edad reproductiva no se realizan la citología cervicovaginal anualmente. Flores (2012), señala que más del 50% de las mujeres no se realizan el examen de Papanicolaou.

Datos similares, se observan en el estudio de Romero y Rojas (2012), donde la cobertura de la toma de Papanicolaou es del 21%, por otro lado el 32% indican tener solamente una muestra de Papanicolaou y el 25% nunca se lo ha realizado.

Díaz (2013), también reporta concordancia con la investigación realizada, pues refiere que el 73,2% de la población en estudio no se ha realizado el Papanicolaou.

Otros estudios muestran resultados contrarios, Bazán et al. (2013) refiere que 63,3% de las mujeres encuestadas se realizan una prueba de Pap, con una frecuencia adecuada, mientras que 16% solo se había realizado un Pap en toda su vida y 11% nunca se la había realizado. López- Castillo (2012) encuentra que del total de mujeres estudiadas el 72% se ha tomado alguna vez la citología. De estas, el 90,3% se la toma cada año.

En la figura 2 - 4 se refleja la distribución de mujeres entre 30 y 64 años según el conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino, del total de mujeres entrevistadas (61), 52 presentaron un conocimiento no satisfactorio lo que representó el 85,2%.

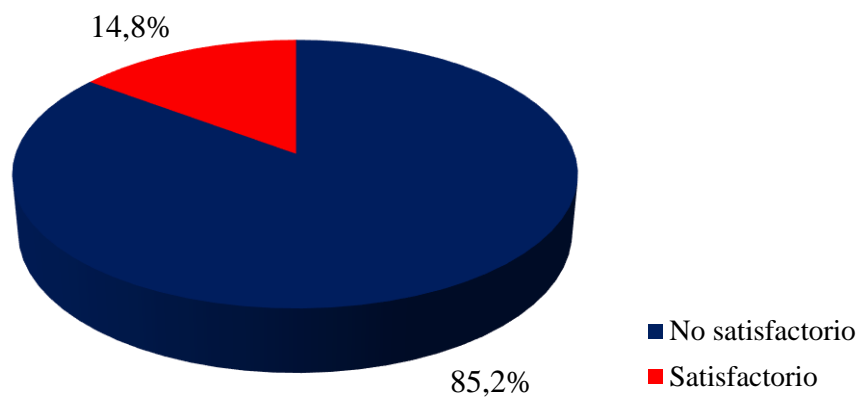


Figura 2 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Los resultados obtenidos en la investigación, señalan bajos conocimientos sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino, los cuales podrían deberse a que aún existen en la población general barreras principalmente de tipo culturales.

Algunos estudios muestran resultados similares, Bazán et al. (2013) encontraron que solo el 10,6% de la población estudiada tiene conocimientos altos sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino, mientras que 89,4% tienen conocimientos bajos e intermedios.

Los resultados encontrados por Humani et al. (2008) también coinciden teniendo en cuenta que solo el 23% de las mujeres encuestadas tienen conocimientos altos.

Otros estudios muestran resultados diferentes como el realizado por Zambrano et al. (2013), pues la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación demuestran un nivel de conocimiento suficiente (64%). Beltrán Romero (2010), también halló un nivel de conocimiento alto en el 65,10% de la muestra estudiada.

En la figura 3 - 4 se representa el conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino teniendo en cuenta las dimensiones propuestas para su estudio. Del total de mujeres entrevistadas (61), 53 tuvieron un conocimiento no satisfactorio sobre el concepto de Papanicolaou, lo que representó un 86,9%; con relación al conocimiento

sobre importancia del Papanicolaou, predominó el conocimiento no satisfactorio en un 95,1% (58); 54 tuvieron un conocimiento no satisfactorio sobre las indicaciones del Papanicolaou lo que representó un 88,5%; 37 tuvieron un conocimiento no satisfactorio sobre frecuencia de realización del Papanicolaou, lo que representó un 60,7%.

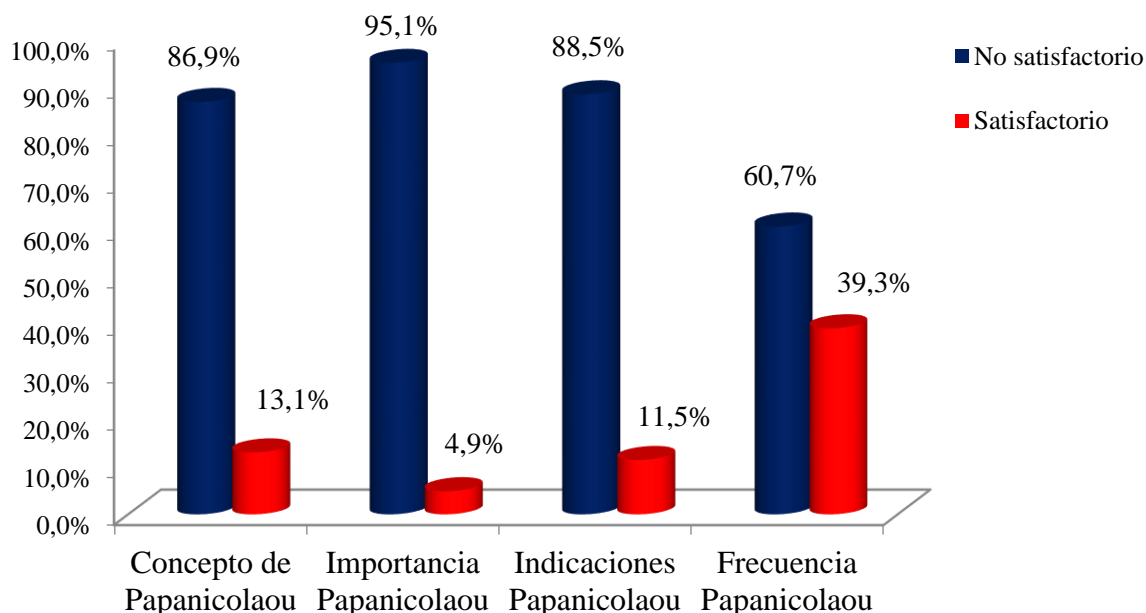


Figura 3 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según dimensiones de conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino Langos Panamericana-Juntús, enero a junio 2016.

Teniendo en cuenta el conocimiento sobre concepto de Papanicolaou (Pap), solo el 13,1% respondió correctamente a la pregunta sobre la definición de este estudio y el 4,9% identificó correctamente de donde se toma de muestra. El estudio realizado por Huamani et al. (2008) muestra resultados similares, solo el 22,7% se consideró que presentaron un conocimiento alto. Seminario-Pintado et al. (2010), encontraron que la respuesta incorrecta más frecuente (23,3%) fue creer que “la muestra para el Pap proviene de la secreción vaginal” y el 13,8% respondieron que sirve para la detección temprana del cáncer vaginal. López et al. (2013), también reportaron resultados similares, dado que el 89% de las mujeres entrevistadas poseían un conocimiento bajo.

Otras investigaciones muestran resultados inversos en este sentido, Bazán et al. (2013) encontraron que el 48,9% respondió correctamente esta pregunta.

Al considerar el conocimiento sobre la importancia del Papanicolaou el 86,7% de las mujeres entrevistadas desconocen la utilidad de este examen. Bazán et al. (2003), encontraron que el 54,3 % de mujeres respondió incorrectamente, siendo el principal error (37%) responder que el Pap detecta cualquier cáncer ginecológico. En un estudio realizado por Seminario – Pintado et al. (2010), expusieron resultados contrarios, todas las mujeres entrevistadas respondieron que era importante realizarse el Pap periódicamente. Zambrano et al. (2013), también reportan resultados contrarios, la mayoría de las mujeres reconocen los principales factores predisponentes para presentar cáncer cervicouterino y a la citología cervico-vaginal como el método idóneo para la detección oportuna del cáncer cervicouterino (84%).

Teniendo en cuenta el conocimiento sobre la frecuencia de realización del Pap el 41,7% de las mujeres entrevistadas contestó correctamente esta pregunta (25). En tal sentido Bazán et al. (2013) encontraron que el 69% respondió correctamente. Huamani et al. (2008) encontraron que el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma del Pap; Seminario-Pintado et al. (2010) hallaron que el 90% de las mujeres conocían con qué frecuencia deben realizarse el examen de citología cervico-vaginal y Zambrano et al. (2013), refieren que el 82% conoce que debe realizarse el Papanicolaou anualmente y los requisitos previos que deben cumplir para realizarse este examen.

El desconocimiento puede constituir una barrera para acceder al examen y por ende al diagnóstico precoz, datos que ponen en alerta al personal de salud para trabajar en la educación y elevar el conocimiento del paciente, tomando en consideración que el cáncer cervical no sólo puede ser una enfermedad curable sino que se puede prevenir con el tamizaje precoz que es gratuito y fundamental para la salud femenina.

El Instituto Nacional de Cáncer (2015), manifiesta que la frecuencia de realización del Papanicolaou debe ser anual en las mujeres sexualmente activas o a partir de los 21 años y pueden dejar de realizarse después de los 65 años (INC, 2015).

En la tabla 2 - 4 se refleja la relación del conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino con las características de las mujeres, observándose que no existió relación estadísticamente significativa entre las variables biosociodemográficas y el conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Tabla 2 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas conocimiento detección oportuna de cáncer cervicouterino Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio N=52		Satisfactorio N=9		N=61		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edad							
30 - 36 años	19	36,538	4	44,444	23	37,705	0,366
37 - 43 años	9	17,309	4	44,444	13	21,312	
44 a 50 años	7	13,461	0	0,000	7	11,475	
51 a 57 años	10	19,231	1	11,112	11	18,033	
58 a 64 años	7	13,461	0	0,000	7	11,475	
Estado civil							
Con pareja	37	71,2	5	55,6	41	31,1	0,441
Sin pareja	15	28,8	4	44,4	19	68,9	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	15,4	0	0,0	8	13,1	0,185
Primaria	41	78,8	8	88,9	49	80,3	
Secundaria	3	5,8	0	0,0	3	4,9	
Superior	0	0,0	1	11,1	1	1,7	

Estudios como el de Seminario- Pintado et al. (2010) muestra resultados similares, al no encontrar relación significativa entre la edad y el nivel de instrucción con el nivel de conocimientos.

Otros estudios muestran lo contrario, Bazán et al. (2013) hallaron que existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y los conocimientos ($p=0,001$), por lo que se entiende que a mayor nivel de instrucción, mayor conocimiento.

La tabla 3 - 4 evidencia la relación del conocimiento sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino con la realización del Papanicolaou, observando que no existió relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la realización del Papanicolaou ($p=0,5$).

Tabla 3 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento detección oportuna de cáncer cervicouterino Langos Panamericana - Juntús, enero a junio 2016.

Realización Papanicolaou	Conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	37	71,154	6	66,667	43	70,492
Si	15	28,846	3	33,333	18	29,508
Total	52	100,0	9	100,0	61	100,0

p=0,533

Otros estudios muestran resultados similares como el realizado por Bazán et al. (2013), quienes no encontraron relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y la realización del Papanicolaou. Beltrán Romero (2010) muestra resultados contrarios, encontró relación altamente significativa, entre el nivel de conocimiento acerca del Papanicolaou y la aceptación de la toma de muestra. (p=0,0011)

En la tabla 4 - 4 se refleja la relación del conocimiento sobre el concepto de Papanicolaou con las características estudiadas, observándose que no existió relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y el conocimiento sobre el concepto de Papanicolaou.

Tabla 4 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento concepto de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=61		
	N=53		N=8		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 - 36 años	19	35,849	4	44,444	23	37,705	0,647
37 - 43 años	10	17,309	3	44,444	13	21,312	
44 a 50 años	7	13,461	0	0,000	7	11,475	
51 a 57 años	10	19,231	1	11,112	11	18,033	
58 a 64 años	7	13,461	0	0,000	7	11,475	
Estado civil							
Con pareja	37	69,811	5	62,500	42	68,852	0,695
Sin pareja	16	30,189	3	37,500	19	31,148	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	15,094	0	0,000	8	13,115	0,150
Primaria	42	79,245	7	87,500	49	80,328	
Secundaria	3	5,661	0	0,000	3	4,918	
Superior	0	0,0	1	12,500	1	1,639	

Una investigación realizada por Huamani et al. (2008) muestra resultados similares, pues no encontraron una relación entre el conocimiento y la edad.

Fajardo (2014), en su estudio indica que de las mujeres que dijeron saber cómo prevenir la aparición de cáncer de cuello uterino el 58,7% se toman una citología anual, el 27,5% se realizan la citología en lapsos de tiempo diferentes (dos años u ocasionalmente). De las mujeres que manifestaron tomarse la citología anualmente, sólo el 85,3% la reconocen como la forma de prevenir la aparición de cáncer de cuello uterino, y el 13,3% de ellas manifiestan que el cáncer de cuello uterino se previene con chequeos médico regulares. No se encontró asociación entre la frecuencia de la toma de la citología y el conocimiento de cómo prevenir el cáncer de cuello uterino ($p=0,9134$).

El examen de Papanicolaou ha sido un éxito histórico en los países desarrollados detectando a tiempo anomalías en el cuello uterino, en el Ecuador el acceso a

este examen es completamente gratuito en entidades públicas que permite a la mujer acceder fácilmente y diagnosticar y tratar a tiempo la enfermedad. (Salazar, 2016)

La tabla 5 - 4 presenta la relación del conocimiento sobre el concepto de Papanicolaou con la realización de este examen, encontrándose que no existió relación estadísticamente significativa entre la realización del Papanicolaou y conocimiento sobre el concepto del Papanicolaou. Otros estudios muestran resultados similares como el de Humani et al. (2008), quienes encontraron que no existió asociación entre la historia inadecuada de Pap y el nivel de conocimiento sobre esta prueba.

Tabla 5 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento concepto de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Realización Papanicolaou	Conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	37	69,811	6	75,000	43	70,492
Si	16	30,189	2	25,000	18	29,508
Total	53	100,0	8	100,0	61	100,0

p = 0,563

Datos similares se observaron en el estudio de Salazar (2016), donde la muestra en estudio en el 58% no se han realizado la prueba de Papanicolaou, lo que alerta al sector salud, tomando en cuenta que es un método asequible y gratuito que oferta el MSP y que favorece la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

La tabla 6 - 4 refleja la relación del conocimiento sobre la importancia del Papanicolaou con las características estudiadas, observándose que no existió relación estadísticamente significativa del conocimiento con las características sociodemográficas estudiadas.

Tabla 6 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento importancia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=61		
	N=58		N=3		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 - 36 años	21	36,206	2	66,667	23	37,705	0,909
37 - 43 años	12	20,690	1	33,333	13	21,312	
44 a 50 años	7	12,069	0	0,000	7	11,475	
51 a 57 años	11	18,966	0	0,000	11	18,033	
58 a 64 años	7	12,069	0	0,000	7	11,475	
Estado civil							
Con pareja	41	70,690	1	33,333	42	68,852	0,226
Sin pareja	17	29,310	2	66,667	19	31,148	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	13,793	0	0,000	8	13,115	0,697
Primaria	46	79,311	3	100,000	49	80,328	
Secundaria	3	5,172	0	0,000	3	4,918	
Superior	1	1,724	0	0,000	1	1,639	

En la tabla 7 - 4 se observa la relación del nivel de conocimiento con la realización del Papanicolaou, observándose que no existe relación estadísticamente significativa entre la realización del Papanicolaou y el conocimiento sobre la importancia del mismo.

Tabla 7 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento importancia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Realización Papanicolaou	Conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		N°	
	N°	%	N°	%	N°	%
No	41	70,690	2	66,667	43	70,492
Si	17	29,310	1	33,333	18	29,508
Total	58	100,0	3	100,0	61	100,0

P = 0,657

En la tabla 8 - 4 se refleja la relación del conocimiento sobre indicaciones del Papanicolaou con las características sociodemográficas estudiadas, evidenciándose que no existió relación estadísticamente significativa entre las características estudiadas y el conocimiento sobre indicaciones del Papanicolaou.

Tabla 8 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento indicaciones de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	Conocimiento				Total		P
	No satisfactorio N=54		Satisfactorio N=7		N=61		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 - 36 años	20	37,705	3	42,857	23	37,705	0,972
37 - 43 años	11	20,370	2	28,571	13	21,312	
44 a 50 años	6	11,111	1	14,286	7	11,475	
51 a 57 años	10	18,519	1	14,286	11	18,033	
58 a 64 años	7	12,963	0	0,000	7	11,475	
Estado civil							
Con pareja	38	70,370	4	57,143	42	68,852	0,667
Sin pareja	16	29,630	3	42,857	19	31,148	
Nivel de instrucción							
Ninguno	8	14,815	0	0,000	8	13,115	0,147
Primaria	43	79,630	6	85,714	49	80,328	
Secundaria	3	5,555	0	0,000	3	4,918	
Superior	0	0,0	1	14,286	1	1,639	

La tabla 9 - 4 presenta la relación del conocimiento sobre indicaciones del Papanicolaou con la realización del Papanicolaou, observándose que no existió relación estadísticamente significativa ($p=0,6$) entre la realización del Papanicolaou y el conocimiento sobre las indicaciones del Papanicolaou.

Tabla 9 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou y conocimiento indicaciones del Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Realización Papanicolaou	Conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	38	70,370	5	71,429	43	70,492
Si	16	29,630	2	28,571	18	29,508
Total	54	100,0	7	100,0	61	100,0

p= 0,663

En la tabla 10 - 4 se representa la relación del conocimiento sobre frecuencia del Papanicolaou con las características sociodemográficas, observándose que no existió una relación estadísticamente significativa entre las características estudiadas y el conocimiento sobre frecuencia del Papanicolaou.

Tabla 10 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según características demográficas y conocimiento frecuencia de Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Características	Conocimiento				Total		p
	No satisfactorio		Satisfactorio		N=61		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edad							
30 - 36 años	14	37,838	9	37,500	23	37,705	0,181
37 - 43 años	7	18,919	6	25,000	13	21,312	
44 a 50 años	4	10,811	3	12,500	7	11,475	
51 a 57 años	5	13,513	6	25,000	11	18,033	
58 a 64 años	7	18,919	0	0,000	7	11,475	
Estado civil							
Con pareja	26	70,270	16	66,667	42	68,852	0,299
Sin pareja	11	29,730	8	33,333	19	31,148	
Nivel de instrucción							
Ninguno	7	18,919	1	4,167	8	13,115	0,180
Primaria	28	75,676	21	87,500	49	80,328	
Secundaria	2	5,405	1	4,167	3	4,918	
Superior	0	0,00	1	4,167	1	1,639	

La tabla 11 - 4 presenta la relación del conocimiento sobre frecuencia de realización del Papanicolaou y la realización de este examen, apreciándose que no existió relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la realización del Papanicolaou.

Tabla 11 – 4: Mujeres de 30 a 64 años según realización Papanicolaou conocimiento frecuencia del Papanicolaou. Langos Panamericana – Juntús, enero a junio 2016.

Realización Papanicolaou	Conocimiento				Total	
	No satisfactorio		Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	28	75,676	15	62,500	43	70,492
Si	9	24,324	9	37,000	18	29,508
Total	37	100,0	24	100,0	61	100,0

p= 0,389

En el estudio de Fajardo (2014), se observó que a pesar de conocer lo que significa la citología vaginal, un 18,3% de las mujeres se realizan el examen ocasionalmente y el 12,8% cada dos años. La mayoría de las mujeres 68,8% lo hacen anualmente. No se encontró asociación entre la frecuencia de la toma de la citología y el conocimiento que se tiene hacia éste examen frente a la periodicidad de la toma de citología, el 57% de las mujeres entrevistadas consideran que realizar la citología vaginal periódicamente previene la aparición del cáncer de cuello uterino.

CAPITULO V

5.- PROPUESTA

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA INCREMENTAR EL CONOCIMIENTO SOBRE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Currículo para el desarrollo de la estrategia de intervención educativa en la población.

Fundamentos

La estrategia de intervención educativa se fundamenta en tres perspectivas que se articulan para sustentarla: filosófica, sociológica y psicológica. Desde una perspectiva filosófica se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura, conduce a abordar la relación que existe entre la educación, la cultura y la sociedad. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia educativa se incluye desde la epistemología pedagógica en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y

teniendo en cuenta las capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad, el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, actitudes, prácticas y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y la liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas.

El cáncer cervicouterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial, constituyendo un importante problema de salud pues una proporción alta de muertes por esta causa se registran en países de bajos ingresos económicos, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador ha desarrollado el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC Cervicouterino), mediante la toma de muestra de la citología o Papanicolaou, sin embargo en el análisis de la situación de salud de las comunidades Langos Panamericana y San José de Juntús pertenecientes al Distrito Guano Penipe de la Provincia Chimborazo se puso de manifiesto que la cobertura del Papanicolaou para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino es muy baja.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos en esta investigación se pudo determinar un limitado conocimiento de la población en cuanto a importancia, indicaciones y frecuencia de realización del Papanicolaou, quedando conformado el diagnóstico de la situación inicial.

Diagnóstico educativo

A partir del limitado conocimiento de la población sobre cáncer cervicouterino, factores de riesgo, diagnóstico y programa de detección oportuna, y considerando la educación para la salud como una de las estrategias en la promoción de salud, capaz de

elevar el conocimiento y con ello el cambio de prácticas y actitudes que redunden en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población se diseña la estrategia de intervención educativa.

Objetivos

Objetivo general educativo

Desarrollar en los participantes conocimientos, valores y conductas que sustenten un cambio de actitud que favorezca el incremento de la cobertura de Papanicolaou que permita el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

Objetivos específicos

- 1.- Elevar el conocimiento sobre cáncer cervicouterino, concepto, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y acciones preventivas.
- 2.- Incrementar el conocimiento sobre Programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino; concepto, importancia, indicaciones y frecuencia de realización del Papanicolaou.
- 3.- Propiciar el desarrollo de actividades comunitaria con participación activa de la población y los sectores sociales.
- 4.- Propiciar el análisis individual y colectivo en el reconocimiento de problemas de salud y la forma de desarrollar estilos de vida saludables.

Límites

La intervención educativa consta de 5 sesiones, con una frecuencia semanal.

Espacio: Comunidad

Universo de personas beneficiarias del programa educativo: adultos de 30 a 64 años del sexo femenino.

Estrategia

La estrategia para el desarrollo de las actividades educativas se sustenta en la participación activa de las mujeres en el proceso enseñanza aprendizaje, al utilizar la información recibida en las diferentes estrategias de aprendizaje para la creación individual y colectiva del conocimiento.

Está conformada por acciones de tipo instructivo-educativas, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y la forma de evaluación.

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

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

Las formas organizativas docentes programadas son: socio-drama, método del caso, taller y discusión grupal.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecieron permanentemente vínculos con la práctica y la cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

Los materiales didácticos empleados serán diapositivas, láminas y computadoras y se utilizarán técnicas que permitieran actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos. Concluiremos cada actividad con una técnica participativa de reflexión.

Tabla 1 – 5: Distribución semanal del tiempo de la actividad educativa según las estrategias de enseñanza aprendizaje.

No	Tema	TP	PP	MC	T	SD	DG	TD	Total
I	Introducción programa educativo	30 min			30 min			20 min	80 min
II	Cáncer cervicouterino. Concepto, Factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, acciones preventivas y complicaciones.		45 min				60 min	15 min	120 min
III	Programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino: concepto, importancia, indicaciones y frecuencia de realización del Papanicolaou.			20 min	80 min			20 min	120 min
IV	Experiencias personales. Acciones preventivas y de promoción de salud.					40 min	60 min	20 min	120 min
V	Estilos de vida saludables					40 min	60 min	20 min	120 min
Total minutos		30 min	45 min	20 min	110 min	80 min	180 min	95 min	560 min

Leyenda

TP: Técnica de presentación

PP: Presentación en Power Point

MC: Método del caso

T: Taller

SD: Socio-drama

DG: Discusión grupal

TD: Técnica de despedida

Actividades

Las actividades se seleccionan y organizan, teniendo en cuenta los objetivos, conjugando adecuadamente los recursos y los contenidos con el tipo de mensaje; la selección de las técnicas, los espacios y los medios están en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

Recursos

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos (soportes para el aprendizaje), el universo y la estrategia seleccionada, respondiendo a las normas que para ese tipo de soporte en particular, estén establecidas.

Evaluación

La evaluación comprenderá dos momentos: procesual y final.

La evaluación procesual tiene la finalidad de analizar y evaluar el proceso de intervención en distintos momentos de la ejecución del proyecto, con el fin de detectar posibles deficiencias y poder introducir los cambios necesarios para el logro de los objetivos propuestos. Comprenderá la evaluación de actividades y la evaluación del proceso.

- Evaluación de actividades: se realizará al concluir cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.
- Evaluación de proceso: en la última sesión del programa se aplicará una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), la adecuación de los recursos, las técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador.

La evaluación final comprende la evaluación del producto o los resultados obtenidos, tiene la finalidad de valorar en qué nivel se lograron los objetivos propuestos, extrapolando su repercusión.

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

Orientaciones metodológicas y de organización de la estrategia de intervención educativa.

Tema I: Introducción al programa educativo.

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

FOE: Taller

Técnica de presentación

“Los nombres escritos” (modificada).

Procedimiento: Los participantes forman un círculo y cada uno se prende en el pecho una tarjeta con su nombre. Se da un tiempo para que traten de memorizar el de los demás compañeros. Al terminar el tiempo estipulado, todos se quitan la tarjeta y al ritmo de la música las hacen circular hacia la derecha hasta que el coordinador detenga la música. Como cada persona se queda con una tarjeta que no es la suya, buscará su dueño y debe entregársela. El que porte una tarjeta ajena, ofrecerá una prenda o cumplirá una tarea. El ejercicio continúa hasta que todos los participantes se aprendan los nombres de sus compañeros.

Comienza la actividad con la presentación de los temas que serán abordados durante el desarrollo de la estrategia, seguidamente se aplicará la encuesta para determinar el conocimiento sobre cáncer cervicouterino y detección oportuna.

Se concluye la actividad con una técnica participativa de despedida

Duración: 80 minutos

Recursos: esfero, papel, equipo de música, infocus.

Tema II: Cáncer cervicouterino.

Objetivo:

Reconocer los factores de riesgo, las acciones preventivas y complicaciones del cáncer cervicouterino, que le permitan concientizar la necesidad de realizarse el Papanicolaou como método de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

Contenido: Cáncer cervicouterino. Definición, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, acciones preventivas y complicaciones.

FOE: conferencia interactiva

Duración: 120 minutos

Recursos: papel, pizarrón, infocus.

Desarrollo: El facilitador motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Seguidamente explicará en forma de charla los aspectos claves del cáncer cervicouterino, teniendo en cuenta el contenido; posteriormente solicitará a los

participantes que intenten sintetizar en una palabra o frase corta los elementos esenciales del tema, a continuación se escribirán en un papel o pizarrón las expresiones seleccionadas, se darán 5 minutos para reflexionar sobre las expresiones y luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

Conclusiones: se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados.

Evaluación: serán evaluadas las respuestas de cada uno de los participantes.

Se termina la actividad con una técnica de despedida. Se aplicará PNI.

Tema III. Programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino

Objetivo:

Explicar concepto, importancia, indicaciones y frecuencia de realización del Papanicolaou.

Contenidos:

Papanicolaou: concepto, importancia, indicaciones y frecuencia de realización.

FOE: Taller

Duración: 120 minutos

Recursos: infocus

Desarrollo

El facilitador o coordinador iniciará la actividad presentando al grupo un caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad, el mismo será descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Para esto dividiremos el grupo en subgrupos de 4-6 personas.

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

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

El coordinador o facilitador que conduce la sesión ayudará al grupo a efectuar la síntesis, centrar el tema y resaltar los elementos importantes que han podido ser olvidados.

Es importante que el grupo obtenga sus propias conclusiones.

Evaluación: serán evaluadas las respuestas de cada uno de los participantes.

Se termina la actividad con una técnica de despedida. Se aplicará PNI.

Tema IV. Experiencias personales: Acciones preventivas y de promoción de salud.

Objetivos

1.- Enunciar los conceptos de promoción de salud y prevención de enfermedades.

2.- Identificar estilos de vida que favorecen el cáncer cervicouterino.

Contenidos

Promoción de salud. Concepto

Prevención. Concepto, niveles de prevención.

FOE: Discusión grupal

Duración: 120 min

Desarrollo

Se inicia la actividad aplicando la técnica del sociodrama representando una situación relacionada con la realización del Papanicolaou. Posteriormente se desarrollará la discusión grupal del tema para profundizar los conocimientos sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Evaluación: serán evaluadas las respuestas de cada uno de los participantes.

Se termina la actividad con una técnica de despedida. Se aplicará PNI.

Tema V. Estilos de vida saludables

Objetivo:

Identificar las motivaciones de los participantes respecto a modificar estilos de vida.

FOE: Discusión grupal

Duración: 120 minutos

Desarrollo

Se realizará una técnica de participación reflexiva con el objetivo de determinar las motivaciones de los participantes respecto a modificar estilos de vidas. Se presentará sociodrama que represente estilos de vida no saludables relacionados fundamentalmente con el cáncer cervicouterino y que afiancen los conocimientos sobre la importancia del

diagnóstico precoz a través de la realización del Papanicolaou que redunden en el cambio de actitud hacia la realización del mismo generando compromisos individuales y familiares.

Al concluir esta actividad se aplica PNI.

CONCLUSIONES

- En el grupo de estudio predominan las mujeres de 30 a 36 años de edad, con nivel de instrucción primaria, casadas y sin realizarse el Papanicolaou.
- Las mujeres estudiadas presentan un conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino no satisfactorio, con un comportamiento igual en el resto de las dimensiones del conocimiento.
- No se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento no satisfactorio sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino y las variables estudiadas.
- La estrategia de intervención educativa es oportuna y necesaria en este grupo poblacional para elevar el conocimiento sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

RECOMENDACIONES

Exponer a las autoridades del Distrito Guano Penipe y del Centro de Salud de Guano los resultados de la investigación con el objetivo de implementar la estrategia de intervención educativa diseñada a partir de los resultados obtenidos con el propósito de elevar el conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino y de esta manera elevar la cobertura de realización del Papanicolaou en la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Gauss.** *Diccionario de Términos de Psicología.* Recuperado de <http://www.academiagauss.com/diccionarios/diccionario.htm>
- AMEI-WAECE.** (2003). *Diccionario Pedagógico de AMEI-WAECE.* Recuperado de <http://www.waece.org/diccionario/>
- Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O, I.** (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud.* La Habana: ECIMED. Capítulo I, pág 72.
- Barros, V.** (13 de Diciembre de 2013). Cáncer de útero, un asesino silencioso. *Diario el Mercurio*, pp. 16-17.
- Bazán, F., Posso, M., & Gutiérrez, C.** (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 47-54. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v68i1.1238>
- Beltrán Romero, M.E.** (2010). *Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2009* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Beltrán, B.** (2007). *Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo* (Tesis de pregrado). Universidad de Villa Clara, Cuba.
- Camacho, J.** (2016). *Factores que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres de 15 a 60 años de edad en la parroquia Timbara cantón Zamora. Año 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Zamora, Ecuador.

- Cevallos, B.** (9 de noviembre de 2014). Cáncer de cuello uterino es el de mayor incidencia en la provincia de Manabí (Infografía). *El Telégrafo*. Recuperado de: <http://www.telegrafo.com.ec/regionales/regional-manabi/item/cancer-de-cuello-uterino-es-el-de-mayor-incidencia-en-la-provincia-de-manabi-infografia.html>
- Díaz, C.** (2003). *Modelos y estrategias de cambios de comportamientos*. Recuperado en: <http://www.ligasida.org/esload.php/vid=o/leng=es/29/modelocambiodecompartimiento>.
- Díaz, D.** (2013). *Valoración de los factores que influyen en la no realización del paptest en mujeres de 35 a 50 años en la parroquia de Juan Benigno Vela, provincia de Tungurahua*. (tesis de grado). Recuperado <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5869/1/DIEGO%20ALEJANDRO%20DIAZ%20SALCEDO.pdf>
- Díaz, M.** (2011). Colposcopia, lo que todo Ginecólogo debería ser capaz de ver. *Clases de Residentes*. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_colposcopia.pdf.
- Elizondo López, A.** (2002). *Metodología de la Investigación Contable*. Paraninfo. Recuperado de <https://books.google.es/books?isbn=9706862439>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública.** (2015). *Protocolos con evidencia para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello Uterino*. Recuperado de: https://aplicaciones.msp.gob.ec/.../protocolos_cancer_cervico_uterino
- España. Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo.** (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/.../formacionSalud.pdf>

- Fica, A.** (2014). Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolaou. *Revista chilena de infectología*, 31(2), 196-203. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000200010&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0716-10182014000200010.
- Figueroa, N.** (2010). *Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las Flores; sector Caguan, Chipi yTambos; del distrito de Barranquilla. 2010.* (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>
- Flores, J.** (2012). *Condicionantes que influyen en la realización del Papanicolaou en mujeres del barrio Virgenpamba de la ciudad de Loja durante el año 2012.* (Tesis de pregrado). Recuperado <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6476/1/Flores%20Chamba%20Juan%20Carlos%20.pdf>
- Forbes, C., Jepson, R., y Hirsch P.** (2011). Intervenciones para estimular la participación de las mujeres en el cribaje de cáncer cervicouterino. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1 (1).
- García Martínez, A, Sáez Carrera, J y Escarbajal de Haro, A.** (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida.* Aran Ediciones SA. Recuperado de [_https://books.google.es/books?isbn=8486725666](https://books.google.es/books?isbn=8486725666)
- Garcés, I., Rubio, D., y Scarinci, I.** (2012). Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(1)
- González, G., Caballero, M., Pérez, C., Polo, F., Rivas, N.** (2013). Grado de efectividad y correlación citología-colposcopia utilizadas como pruebas diagnósticas en una entidad de salud de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 10 (2), 127 – 135.

Glosario de Filosofía. Recuperado de www.webdianoia.com/glosario/

Hacker, N.F. (2011). *Displasia y cáncer cervicouterino*. En N. Hacker, J. Gambone & C.

Huamani, Charles et al; (2008). Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, 25(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007&lng=es&nrm=iso.

Instituto Nacional de Cáncer (2015). *Exámenes de detección del cáncer de cuello uterino*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/deteccion-cuello-uterino-pdq>

International Agency for Research on Cancer (2015). *Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales / Bases anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y con solución yodo yodurada de Lugol (IVL)*. Recuperado de: <http://screening.iarc.fr/viavilichap1.php?lang=3>

Jordán Padrón, M., Pachón González, L., Blanco Pereira, ME., Achiong Alemañy, M. (2011) Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrónica*, 33(4). Recuperado de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

López-Castillo, CA., Calderón, MA., González de S, MM. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev. Méd. Risaralda*, 19 (1). Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a5.pdf

Metodología en la educación sanitaria. (2004). Recuperado en: <http://www.gencat.net/salut/pdf/esmetodologia.pdf>

Norma Oficial Mexicana. (2007). *Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino.*

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control integral del cáncer cérvicouterino.* Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43675/1/9789243547008_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.* Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Control integral del cáncer cérvicouterino.*
Recuperado de: http://www.rho.org/files/WHO_CC_control_sp_2014.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes.* Washington, DC.
Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.* Washington, DC.
Recuperado de:
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/.../renovacion_aps_americas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *El cáncer cérvicouterino en la Américas.*

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013). *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres.* Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino.*

Planeación Estratégica en las organizaciones. (2004). Recuperado en:
<http://www.aprchile.cl/pdfs/Planificacion%20Estrategica.pdf>

Pérez, M. (2006). *Ginecología Oncológica Pelviana.* La Habana: Ciencias Médicas.

Rafael Linares, A. (2009). *Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y de Vygotsky.*
Recuperado de:
http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf

Ravenet, M. (2003). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 29 (4). Recuperado en:
http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_artext

Real Academia Española. (2016). Diccionario de la lengua española. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

Riquelme, H., Concha, X., y Urrutia, M. (2012). Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cérvicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(2), 111-115. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-75262012000200006.

Rodríguez, R., García, R., Godínez, Hernández M. (2009). Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum*, 23 (1), 12-17

- Romero, K., y Rojas, J.** (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15 (1), 18-21. Recuperado en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100006&lng=es&tlng=es.
- Roque, K.** (2014). *Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando. Julio-Agosto 2014*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Salas, D., Peiró, R.** (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Rev. esp. sanid. Penit*, 15(2), 66-75. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202013000200005>.
- Saavedra R, MS.** (2008). *Diccionario de Pedagogía*. Editorial Pax México. Recuperado de <https://books.google.es/books?isbn=9688605824>
- Salazar, S.** (2016). *Estrategia de Intervención para la Promoción de los Conocimientos sobre examen de Papanicolaou en mujeres de la Comunidad Cochapamba, 2015*. (Tesis de pregrado). Recuperado <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3702/1/TUTENF015-2016.pdf>
- Sanabria Ramos, G.** (2004). *Estrategias de intervención, análisis de la situación de salud, participación social y programa educativo*. Recuperado de: <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Diseño/7.../6.../EstrategIntervGiselda.pdf>

Seminario-Pintado, M., Chero-Farro, D., Colorado-Julca, F., Gómez-Palacios, S., Lamas-Ramírez, Z., Parraguez-Mendoza, C., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*, 4(2), 94-98. Recuperado de <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/163>

Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.

(2013). "*Declaración sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en el Ecuador*". Recuperado de: http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/revista_2013.pdf

Torres, M. (2012). *Evaluación de los resultados de Papanicolaou como indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud "29 de Noviembre" de la ciudad de Santa Rosa, 2009.* (Tesis de postgrado). Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>

Valentín González, F. (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal.* (Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas). Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>

Villa, J., Ruiz, E., y Ferrer, J. (2011). *Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud.* Mérida, México: Junta de Extremadura.

Ybaseta, J., y Flores, R. (2014). Cáncer de cuello uterino: sin prevención no hay futuro. *Rev méd panacea*, 4(3), 59-60.

Zambrano, N B; García, J; Mujica Arraiz, A; Salazar, J; Nava Suarez, M L; Urdaneta Machado, J R; Cepeda De Villalobos, M; Contreras Benítez, A; (2013). Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en Mujeres de Estratos Socioeconómicos Bajos. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(1) 211-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634881003>

Zambrano, J. (2012). “Evolución de la Fecundidad en el Ecuador”. *Revista Coyuntural*. Recuperado de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf>

Zapata (2013). Conducta frente a la toma de la citología vaginal en estudiantes de enfermería superior pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Bogotá (Colombia), 2013. *Archivos de Medicina*, 14(1). Recuperado <http://www.redalyc.org/html/2738/273832164008/>

ANEXO A.

CUESTIONARIO

Buenos días señora / señorita. Soy médico posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la detección oportuna del cáncer cervicouterino y la importancia del Papanicolaou, información que servirá para fortalecer sus conocimientos sobre este examen ginecológico. Ahora el proyecto va iniciando y estoy entrevistando a las participantes para conocer más acerca de sus conocimientos sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino. La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligada a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee.

El objetivo de este estudio es evaluar la baja cobertura del Papanicolaou. Si hacemos esta entrevista, no es para evaluarla o criticarla a usted, entonces por ningún motivo se sienta presionada para dar una respuesta en específico. Le solicito entonces que conteste a las preguntas con toda honestidad. Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas.

Fecha: _____

¿Cuántos años tiene usted? _____

¿Cuál es su estado civil?

- (1) Soltera _____
- (2) Casada _____
- (3) Unión libre _____
- (4) Divorciada _____
- (5) Viuda _____

¿Cuál fue su último año de educación terminado?

- (1) Ninguno _____
- (2) Primaria _____
- (3) Secundaria _____
- (4) Superior _____

¿Se realizó en el año 2015 la prueba del Papanicolaou?

No (0) _____ Si (1) _____

1. ¿Qué es para usted el examen de Papanicolaou?

- Estudio de sangre _____
- Estudio de secreción vaginal _____
- Estudio del cuello de útero _____
- No se _____

2. ¿De dónde se obtiene la muestra del Papanicolaou?

- Vagina _____
- Cuello de útero _____
- Ovarios _____
- Útero _____
- No se _____

3. ¿Cree usted que con el examen de Papanicolaou se pueden diagnosticar enfermedades de transmisión sexual?

- No _____
- Si _____
- No se _____

4.- ¿Por qué cree usted que es importante el Papanicolaou?

- Porque mejora la función del útero _____
- Porque ayuda a detectar el cáncer de cuello uterino _____
- Porque cura enfermedades del útero _____
- Porque detecta el SIDA _____
- Porque detecta infección urinaria _____
- No se _____

5.- Las mujeres con mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino son:

- Mujeres con inicio de una vida sexual temprana.
- Mujeres con muchas parejas sexuales.
- Mujeres con infecciones de vías urinarias a repetición.
- Mujeres con antecedente de infecciones de transmisión sexual.

6. Las mujeres que se deben realizar el examen de Papanicolaou son:

- Mujeres que tienen hijos.
- Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales.
- Mujeres que toman alcohol.
- Mujeres solteras con vida sexual activa.
- Mujeres que inician la menstruación.
- No se

7. ¿Sabe usted cual es el método usado en los centros de salud para detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino?

Examen de orina _____

Ecografía de útero _____

Papanicolaou _____

Examen de secreción vaginal _____

No se _____

8. ¿Una mujer embarazada puede realizarse el examen del Papanicolaou?

No _____

Si _____

No se _____

9. ¿Cuándo debería realizarse el examen de Papanicolaou?

Cuando existan molestias al orinar _____

Cuando hayan iniciado las relaciones sexuales _____

Cuando se presenten descensos de vejiga _____

Cuando presenten dolor de cabeza _____

No se _____

10. ¿Qué requisitos debemos tener para realizar el examen de Papanicolaou?

Este menstruando _____

Se realice duchas vaginales _____

Cuándo haya concluido el uso de óvulos o cremas vaginales _____

Cuándo haya tenido relaciones sexuales _____

11. ¿El examen de Papanicolaou debe realizarse cada vez que presente secreción vaginal?

No _____

Si _____

No se _____

12. ¿Cuál es la frecuencia con que se debe realizar el examen de Papanicolaou?

Cada mes _____

Cada año _____

Cada 3 años _____

Cada 5 años _____

No se _____

ANEXO B

INSTRUCTIVO PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO

Dimensión: Nivel de conocimiento sobre concepto de Papanicolaou

1. ¿Qué es para usted el examen de Papanicolaou?

Estudio de sangre _____

Estudio de secreción vaginal _____

Estudio del cuello de útero _____

No se _____

2. ¿De dónde se obtiene la muestra del Papanicolaou?

Vagina _____

Cuello de útero _____

Ovarios _____

Útero _____

No se _____

3. ¿Cree usted que con el examen de Papanicolaou se pueden diagnosticar enfermedades de transmisión sexual?

No _____

Si _____

No se _____

Nivel de conocimiento sobre importancia del Papanicolaou

4.- ¿Por qué cree usted que es importante el Papanicolaou?

Porque mejora la función del útero _____

Porque ayuda a detectar el cáncer de cuello uterino _____

Porque cura enfermedades del útero _____

Porque detecta el SIDA _____

Porque detecta infección urinaria _____

No se _____

5.- Las mujeres con mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino son:

- Mujeres con inicio de una vida sexual temprana. (x)
- Mujeres con muchas parejas sexuales. (x)
- Mujeres con infecciones de vías urinarias a repetición.
- Mujeres con antecedente de infecciones de transmisión sexual. (x)

Nivel de conocimiento sobre indicaciones Papanicolaou

6. Las mujeres que se deben realizar el examen de Papanicolaou son:

- Mujeres que tienen hijos.
- Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales.
- Mujeres que toman alcohol.
- Mujeres solteras con vida sexual activa.
- Mujeres que inician la menstruación.
- No se

7. ¿Sabe usted cual es el método usado en los centros de salud para detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino?

Examen de orina _____

Ecografía de útero _____

Papanicolaou x

Examen de secreción vaginal _____

No se _____

8. ¿Una mujer embarazada puede realizarse el examen del Papanicolaou?

No _____

Si x

No se _____

9. ¿Cuándo debería realizarse el examen de Papanicolaou?

Cuando existan molestias al orinar _____

Cuando hayan iniciado las relaciones sexuales _____

Cuando se presenten descensos de vejiga _____

Cuando presenten dolor de cabeza _____

No se _____

10. ¿Qué requisitos debemos tener para realizar el examen de Papanicolaou?

Este menstruando _____

Se realice duchas vaginales _____

Cuándo haya concluido el uso de óvulos o cremas vaginales _____

Cuándo haya tenido relaciones sexuales _____

11. ¿El examen de Papanicolaou debe realizarse cada vez que presente secreción vaginal?

No _____

Si _____

No se _____

Conocimiento sobre frecuencia Papanicolaou

12. ¿Cuál es la frecuencia con que se debe realizar el examen de Papanicolaou?

Cada mes _____

Cada año _____

Cada 3 años _____

Cada 5 años _____

No se _____

Evaluación

1.- Dimensión: Nivel de conocimiento sobre concepto Papanicolaou.

- Preguntas: 1 – 3
- Satisfactorio 60%: 2 preguntas correctas

2.- Dimensión: Nivel de conocimiento sobre importancia del Papanicolaou.

- Preguntas: 4 – 5
- Satisfactorio 60%: 2 preguntas correctas

3.- Dimensión: Nivel de conocimiento sobre indicaciones del Papanicolaou.

- Preguntas: 6 – 11
- Satisfactorio 60%: 4 preguntas correctas

4.- Pregunta sobre frecuencia con que se debe realizar el examen de Papanicolaou.

- Pregunta: 12
- Satisfactorio: pregunta correcta

ANEXO C

Porcentaje de preguntas evaluadas desfavorablemente por expertos en dos rondas según criterios de Moriyama.

Dimensión	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1a %	2a %	1a %	2a %	1a %	2a %	1 ^a %	2 ^a %
Dimensión I	16.7	0	22.3	5.7	16.7	0	16.7	0
Dimensión II	42	0	33.5	8.5	25	0	33.5	8.5
Dimensión III	22.2	0	25	2.8	16.5	2.8	16.5	2.8
Dimensión IV	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20.2	0	20.2	4.2	14.5	0.7	16.7	2.8

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jenny Patricia Orozco Yanza, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 64 años. Langos Panamericana y Juntús, Guano, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a 61 mujeres de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino y su relación con variables seleccionadas. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a las mujeres entre 30 y 64 años de edad, con el propósito de mejorar el conocimiento e identificar la importancia de la realización del Papanicolaou. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno. Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

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

Para que conste mi libre voluntad,

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

Firma _____

ANEXO F

RECURSOS/PRESUPUESTO:

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

Gastos del proyecto

1. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	5	4	20.00
Tonner impresora láser	Unidad	2	5	10.00
Perforadora	Unidad	1	1	1.00
Calculadora	Unidad	1	5	5.00
Total				36.00

Total de gastos por material de oficina: \$ 36.00

2. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1000	1000
Impresora Láser	Unidad	1	200	200
Total				1.200

Total de gastos por equipos: \$1.200

3. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	50	0.05	2.50
Anillado	Hoja	5	1.00	5.00
Fotocopias	Hoja	100	0.05	5.00
Total				12.50

Total de gastos por servicios: \$ 12.50

4. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en pasajes)		50	0.25	12.50
Viajes (gastos en combustible)	Litro	10	1.40	14.00
Alimentación	Unidad	40	1,00	40.00
Total				66.50

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	2.576
Material de oficina	36.00
Equipos	1.200
Servicios	12.50
Otros gastos	66.50
Total	2,692.2

Total de gastos directos: \$ 2,692.2

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