

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE
CÁNCER CERVICAL EN MADRES DE FAMILIA. COLEGIO
SAQUISILÍ. 2015 -2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. Mónica Patricia Claudio Reinoso

Director: Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por, Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, Presidente del Tribunal, e integrado por los señores Doctor Hugo Enrique Arguello Navarro, Magíster, Doctor Henry Wilfrido Vinueza Aguay Especialista, Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista como Miembros Principales del Tribunal, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICAL EN MADRES DE FAMILIA. COLEGIO SAQUISILÍ. 2015 -2016” aprobado por la Unidad Académica de Titulación, elaborado y presentado por la señora Doctora Mónica Patricia Claudio Reinoso, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. Hugo Enrique Arguello Navarro, Mg.
Miembro del Tribunal

Dr. Henry Wilfrido Vinueza Aguay, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICAL EN MADRES DE FAMILIA. COLEGIO SAQUISILÍ. 2015 -2016”, le corresponde exclusivamente a: Doctora Mónica Patricia Claudio Reinoso, Autora bajo la Dirección del Doctor, Orlando Jesús Castro Hayes Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Mónica Patricia Claudio Reinoso

C.C.0502085822

AUTORA

Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.

C.C. E105108

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Dra. Mónica Patricia Claudio Reinoso

C.C. 0502085822

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
A la unidad académica de titulación	ii
Autoría del trabajo de investigación	iii
Derechos de autor.....	iv
Agradecimiento.....	viii
Dedicatoria	ix
Resumen Ejecutivo.....	x
Executive Summary	xi
INTRODUCCIÓN	12

Capítulo 1

El problema de la investigación

1.1. Tema de investigación.....	14
1.2. Planteamiento del problema.....	14
1.2.1. Contextualización.....	14
1.2.2. Análisis crítico	15
1.2.3. Prognosis.....	17
1.2.4. Formulación del problema	17
1.3. Preguntas directrices	17
1.3.1. Delimitación del problema de investigación.....	17
1.4. Justificación.....	18
1.5. Objetivos	19
1.5.1. Objetivo general.....	19
1.5.2. Objetivos específicos	19

Capítulo 2

Marco teórico

2.1. Antecedentes investigativos	20
2.2. Fundamentación filosófica	24
2.3. Fundamentación legal	25
2.4. Categorías fundamentales	27
2.5 Hipótesis.....	48
2.6. Señalamiento de variables de la hipótesis.....	48

Capítulo 3

Metodología

3.1. Enfoque de la investigación.....	38
3.2. Modalidad básica de la investigación	49
3.3. Tipo de investigación:	49
3.4. Población y muestra	49
3.4.1. Unidad de análisis	49
3.5. Operacionalización de las variables	51
3.5.1. Variable independiente: intervención educativa	51
3.5.2. Variable dependiente: detección oportuna de cáncer cervical.	52
3.6. Recolección de información.....	52
3.7. Plan de procesamiento y análisis.....	61

Capítulo 4

Resultados y discusión

4.1. Presentación de resultados	62
4.2. Características sociodemográficas y factores de riesgo para cáncer cervical. 62	
4.3. Nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical antes y después de la intervención educativa.	64
4.4. Barreras que limitan la realización de la citología cervical.	69
4.5. Verificación de la hipótesis.....	73

Capítulo 5

5.1. Conclusiones	76
5.2. Recomendaciones.....	76

MATERIALES DE REFERENCIA

Bibliografía	78
Anexo 1. Ficha de consentimiento informado de la participante.....	86
Anexo 2. Encuesta detección oportuna de cáncer cervical (papanicolaou)	87
Anexo 3: Tabla 4: distribución de madres de familia según características sociodemográficas. Colegio saquisilí. 2015 - 2016.	90
Anexo 4: Tabla 12: realización de la citología cervical y las barreras psicológicas. Colegio saquisilí. 2015-2016.	90

Anexo 5: Tabla 14: distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras en el servicio de salud pública. Colegio saquisilí. 2015-2016.	91
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1, operacionalización de las variables	52
Tabla 2, categorización de los niveles de conocimientos	54
Tabla 3: categorización de las prácticas	45
Tabla 4: distribución de las madres según características siconemográficas y factores de riesgo para cáncer cervical.....	63
Tabla 5, distribución de las madres de familia según factores de riesgo para cáncer cervical.....	63
Tabla 6, distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras psicológicas..	69
Tabla 7, realización de la citología cervical y las barreras psicológicas.....	90
Tabla 8, distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras en el servicio de salud pública.....	71
Tabla 9, realización de la citología cervical y las barreras y las barreras en el servicio de salud pública.....	91
Tabla 10: conocimientos del concepto de la citología cervical.....	64
Tabla 11: conocimientos de la frecuencia de realización de la citología cervical.	65
Tabla 12, conocimientos de los requisitos para realizar la citología cervical.	66
Tabla 13, conocimientos sobre la edad de presentación del cáncer cervical..	67
Tabla 14, conocimientos sobre los factores de riesgo para cáncer cervical.....	68
Tabla 15, conocimientos generales sobre detección oportuna de cáncer cervical.	73
Tabla 16, realización de la citológica cervical antes y después de la intervención educativa..	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Categorías fundamentales	28
Gráfico 2: Distribución de las madres según realización citología cervical y las barreras psicológicas.	70
Gráfico 3: Distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras en el servicio de salud	72

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios mío, por la darme la vida y guiar mi camino hacia la Medicina Familiar y Comunitaria, ruego tu bendición y sabiduría.

A todas las personas e instituciones que hicieron realidad este Postgrado.

A mi familia el mejor regalo que Dios me ha brindado, por su apoyo incondicional. Anita Pilatasig por ser la madre de mis hijas en los momentos de mi ausencia.

Al mi Director de tesis y a todos los profesores de la Brigada Médica Cubana Cotopaxi, por las sugerencias emitidas que contribuyeron a fortalecer esta investigación y por fórjanos a ser cada día mejores profesionales.

A mis compañeros por compartir su amistad.

A mis amigos Mayra, Bécquer y Byron por compartir sueños, anhelos y metas que logramos plasmar.

A toda la población de mi sector, por brindarme la oportunidad de trabajar por el bien de su salud.

A todos ustedes Dios les pague.

Mónica Patricia Claudio Reinoso

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado para todas aquellas mujeres que presentan necesidades educativas para la detección oportuna de cáncer cervical a fin de disminuir las causas de morbilidad y evitar las consecuencias en la paciente, familia y sociedad.

Propongo este trabajo a disposición a todo aquel profesional que quiera emprender la ardua y a la vez satisfactoria labor de educar en la prevención del cáncer cervical, ya que una población educada es una población que exige.

También se la dedico a mí amado esposo Marco y a mis dos amores Anahi y Melany, ya que con amor, paciencia y dedicación logramos triunfar en la vida.

Mónica Patricia Claudio Reinoso

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE
CÁNCER CERVICAL EN MADRES DE FAMILIA. COLEGIO SAQUISILÍ.
2015 -2016”

AUTORA: Doctora Mónica Patricia Claudio Reinoso

TUTOR: Doctor Castro Hayes Orlando Jesús, Especialista

FECHA: 8 de agosto del 2016

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del estudio fue evaluar la intervención educativa para la detección oportuna de cáncer cervical en madres de familia. Colegio Saquisilí. 2015-2016. El estudio fue de tipo intervención, cuasi-experimental, de corte longitudinal, con pre-evaluación y post-evaluación. La muestra fue de 113 madres de familia. Se usó el Programa SPSS Versión 20.0. Para la significancia estadística se empleó la prueba de McNemar con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%. Obteniendo, la edad promedio 42.4 ± 6.2 años, el 52.2% tienen instrucción primaria, el 70.8% son casadas, el 56,7% son amas de casa, el 85.8% presentó ITS, el 78.8% tuvo relaciones sexuales precoces, el 65.5% tienen 3 o más hijos, el 44.3% han tenido dos y más parejas sexuales. El 68.8% presentan barreras psicológicas y el 32.7% presentan barreras en el Servicio de Salud Pública. Antes de la intervención educativa el 92.9% de las madres tenían conocimientos inadecuados sobre la detección oportuna de cáncer cervical, sin embargo después de la intervención se modificó en el 86.7% a conocimientos adecuados. La prueba de McNemar demostró que al fin de la intervención educativa hubo cambios significativos ($p= 0.000$). Concluyendo que la intervención educativa elevó los conocimientos sobre la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

Palabras Claves: Intervención educativa, Detección Oportuna de Cáncer Cervical.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SPECIALITY IN FAMILY MEDICINE AND COMMUNITY

THEME:

“EARLY DETECTION FOR EDUCATIONAL INTERVENTION OF CERVICAL
CANCER IN MOTHERS. COLLEGE SAQUISILÍ. 2015 -2016”

AUTHOR: Doctora Mónica Patricia Claudio Reinoso

DIRECTED BY: Doctor Castro Hayes, Orlando Jesús, Especialista

DATE: 08 of august of the 2016

EXCECUTIVE SUMMARY

The aim of the study was to evaluate the educational intervention for early detection of cervical cancer in mothers. Saquisilí School. 2015-2016 The study was of such intervention, quasi-experimental, Slitting, with pre-assessment and post-assessment. The sample consisted of 113 mothers. SPSS version 20.0 program was used. For statistical significance McNemar test was used with a value of $p < 0.05$ and a confidence interval of 95%. Obtaining, average age 42.4 ± 6.2 years, 52.2% have primary education, 70.8% were married, 56.7% are housewives, 85.8% had STI, 78.8% had early sexual intercourse, 65.5% they have 3 or more children, 44.3% have had two or more sexual partners. 68.8% have psychological barriers and 32.7% have barriers in the Public Health Service. Before the educational intervention 92.9% of mothers had inadequate knowledge about the early detection of cervical cancer, however after the intervention was modified in 86.7% to adequate knowledge. The McNemar test showed that at the end of the educational intervention were significant changes ($p = 0.000$).

Concluding that the educational intervention increased knowledge about the early detection of cervical cancer in mothers of Saquisilí National College.

Keywords: Educational Intervention, Cervical Cancer Detection Opportune.

INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios, varios países han puesto en marcha programas para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello de Útero o Cervical (DOC-CC) basados en cuatro elementos básicos para luchar contra el cáncer cervical como es la prevención primaria; la detección precoz mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático; el diagnóstico, tratamiento y los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada, algunos lograron reducir significativamente la incidencia y la mortalidad, pero otros no.¹

El desarrollo del cáncer cervical es lento, comenzando por una lesión precancerosa que recibe el nombre de displasia hasta llegar a estadios muy avanzados. Varios estudios científicos refieren que la causa más frecuente del cáncer cervical es por virus del papiloma humano (HPV), el que se trasmite a través de las relaciones sexuales y la coexistencia de otros factores de riesgo como: edad mayor a 25 años, inicio de la actividad sexual antes de los 18 años, múltiples partos vaginales, el número de parejas sexuales tanto del hombre como de la mujer, infecciones de transmisión sexual, bajo nivel socioeconómico, anticonceptivos orales y el tabaquismo.

En la atención primaria en salud, se realiza la citología cervical como prueba de pesquisa para el cáncer cervical, por ser sencilla, de fácil acceso y no es invasiva, además es gratuita, lo cual permite pesquisar casi en un cien por ciento esta enfermedad en estadios tempranos y si recibe tratamiento oportuno se puede evitar la mortalidad; esta prueba citológica es promocionada por el personal de salud en las unidades asistenciales a través de intervenciones educativas.

La mínima intervención educativa que reciben las mujeres puede ser considerada como la causa del conocimiento inadecuado además de la influencia de barreras que limitan la toma de la citología cervical predisponiendo a las mujeres a tener prácticas inadecuadas frente la detección oportuna del cáncer cervical, viéndose reflejada en la baja cobertura de la citología y en el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Varios estudios científicos demuestran que las personas que recibieron intervención educativa, elevaron el nivel de conocimiento, actitud y práctica para la prevención del cáncer cervical.

Este trabajo de investigación se enfocó en la detección precoz del cáncer cervical mediante la aplicación de una intervención educativa basada en el Modelo Didáctico Operativo (MDO) de Bustos con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí y haciendo hincapié en la realización de la citología cervical con el fin de diagnosticar este cáncer en estadios tempranos.

Capítulo 1

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Tema de investigación

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICAL EN MADRES DE FAMILIA. COLEGIO SAQUISILÍ. 2015-2016.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Macro

El cáncer cervical es un problema de salud mundial. En el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres fallecieron por esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos de América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental.¹

La cobertura de la citología cervical en Estados Unidos durante el 2010 alcanzó el 83 %, ² Chile alcanzó alrededor de 60% en los últimos años.³

La razón principal de estas disparidades es por las mínimas actividades de promoción, por la falta relativa de prevención eficaz y de programas de detección precoz y tratamiento, así como la falta de acceso igualitario a dichos programas.⁴

Sin acciones de promoción y prevención, el cáncer cervical generalmente se detecta solo cuando ya está en una etapa avanzada y es demasiado tarde para un tratamiento eficaz, por lo que la mortalidad es alta, se estima que en el año 2020 por el cáncer pueden fallecer 408 700 mujeres.^{1, 5, 6}

Varios estudios de intervención educativa para la prevención de cáncer cervical realizados en México, Venezuela, Perú y Cuba, demuestran que las personas que recibieron intervención educativa, elevaron el nivel de conocimiento, actitud y práctica para la prevención del cáncer cervical,^{7, 8} además identificaron algunas barreras importantes que limitan la realización de la citología cervical.⁹

Meso

En Ecuador, según el Registro Nacional de Tumores de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)¹⁰, la incidencia de cáncer cervical es de 27.14 por cien mil mujeres y la tasa de mortalidad es de 13.29 por cien mil mujeres en el 2012, ubicando como la segunda causa de muerte¹¹; situación crítica dado que es el único cáncer totalmente curable si se detecta a tiempo.⁴

Uno de los objetivos del Plan del Buen Vivir en el periodo 2008- 2010 era alcanzar el 80% de las mujeres se realicen al menos una citología cervical cada tres años, en el 2010 alcanzó apenas el 28% de cobertura según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹²

Micro

El Centro de Salud de Saquisilí según datos de la Programación Local Integral de Salud (PLIS) alcanzó el 18% de cobertura de citología cervical durante el 2013.

El Equipo Integral de Atención de Salud (EAIS) del sector urbano 01 B (EU01B) Saquisilí, ubicado en el centro y nororiente de la parroquia urbana de Saquisilí de la provincia de Cotopaxi, durante el año 2014, elaboro el Análisis de la Situacional Integral de Salud (ASIS), donde observaron que el 8.5% de las mujeres se realizaron la citología cervical. Siendo este porcentaje sumamente bajo comparado con los resultados de países desarrollados.

1.2.2. Análisis crítico

En la actualidad y con el avance tecnológico la citología cervical continua siendo la prueba de pesquisa efectiva para el cáncer cervical a nivel de atención primaria

en salud, siendo este cáncer prevenible casi en el 100% de las mujeres cuando es detectado en etapas tempranas, hoy en día se tiene conocimiento de la historia natural de la enfermedad, el agente etiológico y la asociación con factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical, por lo tanto con acciones de promoción y prevención se puede disminuir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

Las mujeres económicamente activas y sobre todo en edad reproductiva son las más afectadas, porque están en riesgo y/o padecen cáncer cervical, lo cual provoca problemas socioeconómicos y alteración en el funcionamiento familiar. Además se puede acotar que esta enfermedad es debilitante y provoca deterioro progresivo de la calidad de vida de la mujer causando hasta la muerte.

Según el informe de la Normativa sobre Papanicolaou e información sobre el tamizaje ⁴ identifican nudos críticos en el proceso:

- A pesar de existir oferta del servicio por un profesional médico hombre, no existe demanda, ya que las mujeres prefieren profesionales mujeres.
- El registro de la información: error en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), no considera subsecuentes con diagnóstico de seguimiento vs nueva toma anual.
- Falta de información a la población sobre la importancia del tamizaje.
- No hay una persona responsable de la supervisión, control y vigilancia del proceso.
- Retraso en la asignación de recursos financieros por parte del Ministerio de Salud Pública.
- Toma de muestra defectuosa.
- Tiempo de entrega de los resultados de la citología cervical.

La población femenina del sector EU01B Saquisilí evade la DOC-CC por varios aspectos que impiden la toma de la citología cervical y el seguimiento, entre ellos: el temor a realizarse la citología cervical, la calidad del servicio de tamizaje, disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y deficiente atención subsiguiente rápida, fiable y accesible para toda la población en riesgo.

Además, la mínima promoción del programa DOC-CC, por las escasas actividades educativas, puede influir en la población a que desarrolle conductas inadecuadas de salud y la mínima participación activa de la comunidad trae consecuencias como la baja percepción de riesgo de padecer cáncer cervical.¹³

1.2.3. Prognosis

Si no se implementa acciones de promoción, como la intervención educativa a fin de elevar el nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical, continuará el desconocimiento viéndose reflejado en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por la detección de este cáncer en estadios avanzados, lo cual afectaría la calidad de vida de la mujer, familia y sociedad.

1.2.4. Formulación del problema

¿La intervención educativa mejora la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí?

1.3. Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y que factores de riesgo para cáncer cervical que presentan las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí?
- ¿Qué nivel de conocimiento tienen las madres de familia sobre la detección oportuna de cáncer cervical antes de la intervención educativa?
- ¿Cuál es el resultado de la intervención educativa?
- ¿Existen barreras que limiten el acceso a la detección oportuna de cáncer cervical?

1.3.1. Delimitación del problema de investigación

1.3.1.1. Delimitación contenido

Campo: Medicina Familiar y Comunitaria

Área: Prevención y promoción

Aspecto: Detección oportuna de cáncer cervical

1.3.1.2. Delimitación espacial

Esta investigación se realizó en el Colegio Nacional Saquisilí de la Parroquia Saquisilí, del Cantón Saquisilí, Provincia de Cotopaxi, del País Ecuador.

1.3.1.3. Delimitación temporal

Periodo de septiembre del 2015 a junio del 2016.

1.3.1.4. Delimitación individual

Madres de familia.

1.3.1.5. Línea de investigación

Epidemiología y salud pública con énfasis en la salud materna.

1.4. Justificación

Al elaborar el ASIS sector EU01B Saquisilí durante el 2014, se observó que el 8.5% de las mujeres del sector se realizaron la citología cervical, mujeres que en su mayoría son madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí, institución educativa que está ubicada dentro del sector antes mencionado; por tal razón se decide realizar esta investigación en esta institución educativa.

La falta de la realización de la citología cervical imposibilita la pesquisa en estadios tempranos del cáncer cervical, por esta razón es necesario aplicar una intervención educativa.

Por todo lo antes mencionado, la presente investigación tuvo como finalidad aplicar una intervención educativa encaminada a modificar el nivel de conocimiento, disminuir las barreras que limitan la toma de la citología y elevar la práctica para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí, la misma que fue evaluada con una pre-evaluación y post-evaluación; a fin de lograr la sensibilización y el autocuidado de sí mismas, también, tuvo doble

efecto porque influyó en su familia y en la sociedad que les rodea, siendo de esta manera promotoras de salud, y así, contribuirán en la disminución de la morbilidad y mortalidad por el cáncer cervical, logrando de esta manera un impacto social.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Evaluar la intervención educativa para la detección oportuna de cáncer cervical en madres de familia. Colegio Saquisilí. 2015-2016

1.5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y los factores de riesgo para cáncer cervical que presentan las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.
2. Determinar el nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical antes de la intervención educativa.
3. Evaluar el impacto de la intervención educativa.
4. Establecer las barreras que limitan la realización de la citología cervical.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

Se realizó la revisión de investigaciones previas sobre el tema en estudio, encontrándose algunas relacionadas al tema. Así tenemos que:

La doctora Beltrán de la Luz ¹⁴, realizó una intervención educativa al personal de enfermería adscrito a consultorios de medicina preventiva de la Unidad Medicina Familiar (UMF) N°9. A fin de determinar el conocimiento sobre prevención de la infección por HPV y DOC-CC, antes y después de una estrategia educativa, basada en el MDO. Como instrumento de evaluación elaboró y validó una lista de cotejo, basada en la Prevención y DOC-CC e Intervenciones de enfermería para prevenir la Infección por HPV. Usó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Vs21). Para la significancia estadística se realizaron las pruebas Chi2 y ANOVA. Resultados: se cumplió con los objetivos de evaluar la efectividad de una intervención educativa reforzando los conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención de la infección por HPV y la DOC-CC. Antes de la intervención se obtuvo un nivel de conocimiento medio, posterior a esta un conocimiento alto, con una $p \leq 0.000$, una media de 13.07 antes y 14.28 después de la intervención. Una diferencia de medias de -1.21. Conclusiones: la intervención educativa basada en el MDO, utilizada en el presente estudio, fue efectiva para aumentar el conocimiento sobre la prevención de la infección por HPV y la DOC-CC en el personal de enfermería adscrito a los módulos de medicina preventiva de la UMF N°9.

La doctora Paredes ¹⁵ realizó una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM),

filial Barranca, 2010. El estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles. La muestra fueron 60 universitarias y 60 controles. Se usó el SPSS versión 15.0. Para la significancia estadística se tomó la prueba t-student y la prueba de McNemar, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95%. Encontró, que al final de la intervención educativa hubo cambios significativos ($p=0.00$), mientras que a los dos meses no se mejoró el nivel de conocimientos ($p=0.629$). Así se obtuvo que el promedio basal del grupo experimental ($X = 6.82$, $DE=3.12$) aumentó al final de la intervención ($X = 11.33$, $DE=1.30$), comparado con el grupo control que fue ($X = 7.50$, $DE=2.68$) y ($X = 7.43$, $DE=2.90$) respectivamente. Respecto a la actitud, con la prueba t-student se encontró un incremento significativo ($p=0.00$) en el promedio del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluida la intervención. Se vio una diferencia media entre la prueba basal y a dos meses de la intervención de 2,70 puntos en el control y 35,60 puntos el experimental. La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente, por ello es importante que tengan una mayor información sobre el tema lo que podría tener un efecto protector sobre su salud y en sus pares.

Las doctoras Vargas T, Montero MA, Sánchez S, Chávez M.¹⁶, en su estudio sobre “Cáncer cérvico uterino. Influencia de un programa educativo”, observaron que de 51 pacientes 16 que representa el 31,37% están comprendidas entre 30 y 34 años, de ellas 28 son amas de casa para un 54,90 % y 29 tienen nivel escolar primario (56,86 %), 27 son solteras (52,94 %), 27 tienen más de 2 hijos para un 52,94 % predominando las relaciones sexuales precoces (25,49), la cantidad de compañeros sexuales (19,60%) la multiparidad (21,56%) y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (15,68%) como principales factores de riesgo. Antes de la aplicación de la estrategia educativa 29 pacientes tenían un bajo conocimiento sobre los riesgos del cáncer cervicouterino, criterio que cambió luego de aplicada la intervención donde 40 pacientes presentaron un alto conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Los doctores Díaz, Cedeño, González y Beltrán ¹⁷, ejecutaron acciones educativas para la prevención del cáncer cérvicouterino en la adolescencia, 2011, en 65 adolescentes del estado de Miranda en la República Bolivariana de Venezuela, desde febrero hasta julio del 2007, a fin de modificar sus conocimientos relacionados con la prevención del cáncer cérvicouterino. Inicialmente se encontraron un elevadísimo porcentaje de instrucción inadecuada sobre el tema, el cual fue cambiado adecuadamente en 96,9 % de los integrantes del estudio, de modo que la intervención resultó eficaz.

El estudio realizado por los doctores Cartaya, Hernández, González y Álvarez ¹⁸, sobre intervención educativa en mujeres pertenecientes al Policlínico Docente Universitario Ignacio Agramonte, en la provincia de Camaguey, en el año 2008, a 55 pacientes les aplicaron un cuestionario inicial en relación al conocimiento del inicio de las relaciones sexuales, los factores de riesgos y la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica. Posteriormente implantaron un Programa Educativo sobre los aspectos considerados de interés y un mes después se aplicaron el mismo cuestionario encontrando que predominó el inicio de las relaciones antes de los 16 años, el desconocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino y de la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica lo que se reformó después de haber terminado el Programa Educativo.

El estudio realizado por las doctoras Riquelme, Concha y Urrutia ⁷, con el objetivo de conocer las intervenciones educativas destinadas a la prevención del Cáncer de Cérvix (CC) e identificar sus características principales. Método: realizaron búsqueda bibliográfica en MEDLINE, ProQuest, Scielo y metabuscador Tripdatabase, seleccionándose para su análisis, 15 artículos que respondían al objetivo planteado. Considerando los beneficios de las intervenciones educativas en la prevención del CC, se hace fundamental ampliar su utilización, no olvidando que su empleo implica la prevención de la enfermedad, pudiéndose evitar muertes de mujeres jóvenes y el aumento de la carga de salud por enfermedad de un país.

Las doctoras Urrutia y Gajardo ⁸, realizaron un estudio sobre adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Objetivo: Analizar, en base a la literatura existente, el modelo de

determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su aplicación a la adherencia al tamizaje de CC. Resultados: Son variados los estudios que establecen la relación entre los determinantes estructurales e intermediarios y la adherencia al tamizaje. Si bien hay estudios contradictorios, es relevante la asociación positiva entre determinantes estructurales y mayor adherencia: un mayor nivel educacional, la presencia de empleo y un mayor ingreso familiar determinan una mayor adherencia al tamizaje. Como determinantes estructurales, son varios los factores reportados, entre los que se encuentran las características del hogar, el tiempo de permanencia, las características del sistema de salud, su disponibilidad y contacto con profesionales de la salud, factores de riesgo para CC, conocimiento acerca de la enfermedad así como también las creencias, entre otras. Conclusión: Es necesario considerar la prevención de CC desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos que la falta de adherencia al tamizaje conlleva, sino como una problemática social que explica dicho comportamiento en salud. Se sugiere que las campañas de prevención de CC consideren el enfoque de los determinantes de salud (DS).

Las doctoras Benalcázar y De la Cruz ⁹, realizaron un estudio en las barreras que enfrentan las mujeres de 40 a 65 años que acuden a la consulta de ginecología de La Unidad Metropolitana de Salud Sur para la realización de la citología cervicouterina y la comprensión del cáncer de cérvix comparadas con las mujeres de 21 a 39 años, en el período octubre a diciembre 2013, con el objetivo de conocer las barreras que limitan la realización de la citología cervicouterina y la comprensión del cáncer de cérvix entre las mujeres de 21 a 65 años, el estudio fue transversal, con 200 mujeres divididas en dos grupos, de 21 a 39 años y de 40 a 65 años, a las cuales se les aplicó un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto a la citología cervicouterina y cáncer de cérvix, basado en el Modelo de Creencias en Salud. Los datos fueron analizados con los programas estadísticos EPI INFO y SPSS. Resultados: el promedio de edad fue de 38.2 años, la mayoría de las participantes se autoidentificaron como mestizas, con relación estable, multíparas, con un nivel alto de instrucción y sin trabajo remunerado. El 87% de las mujeres entrevistadas presentan un bajo nivel de conocimientos sin mostrar relación con la edad, nivel de instrucción y estado civil. El 69% presentó

una actitud desfavorable frente a la citología cervicouterina sin mostrar relación con la edad, encontrándose relación con el nivel alto de instrucción y una relación estable. Apenas el 50% de las participantes presentan una práctica adecuada, observándose mayor porcentaje de práctica inadecuada en el grupo de 21 a 35 años, sin relación con el nivel de instrucción y el estado civil. El 26% de la población entrevistada no se ha realizado nunca una citología exfoliativa de cérvix debido a miedo al dolor, descuido, desconocimiento y falta de solicitud por parte del personal de salud. La mayoría de mujeres que se han realizado alguna vez una citología cervicouterina, la consideran un examen vergonzoso y doloroso sin que constituyan barreras para la realización de la misma; tampoco se encontraron barreras de tiempo, acceso y económicas. Se lograron encontrar cercanías mediante escalamiento multidimensional entre las mujeres con un nivel alto de conocimientos y la presencia de un trabajo remunerado, también entre las mujeres multíparas con una relación estable y la realización de la citología cervicouterina; pero fue difícil encontrar un modelo de pensamiento diferenciado. Conclusión: la mayoría de mujeres tienen un bajo nivel de conocimientos y una actitud desfavorable sin tener relación con la edad, y solo la mitad de las participantes demostraron una práctica adecuada.

2.2. Fundamentación filosófica

El enfoque de esta investigación se ubicó en el paradigma crítico-propositivo; crítico por cuanto se analizó el conocimiento que tienen las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí para la detección oportuna de cáncer de cérvix y propositivo porque se aplicó una intervención educativa para dar solución a la problemática investigada; ya que al no tener un buen conocimiento para la detección oportuna de cáncer de cérvix afecta la salud, tanto personal, familiar y comunitario. Pues al estar la madre de familia empoderada sobre que es el cáncer de cérvix y sus formas de prevenir, se va a sensibilizar a la madre en el autocuidado y éstas serán a la vez promotoras de salud que contribuirán a disminuir la morbilidad y mortalidad por el cáncer de cérvix.

Esta investigación estuvo guiada e influenciada por valores éticos y bioéticos que hacen que la investigación sea más confiable.

Con el grupo de madres de familia del estudio se estableció la relación médico paciente, a fin de crear un clima de confianza, ello permitió identificar el nivel de conocimiento, actitud y práctica para la detección oportuna de cáncer cervical con la aplicación de la encuesta. En base a los conocimientos deficientes se diseñó y aplicó una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento, autocuidado y persuadir para la adherencia a la citología cervical.

Según Martínez, et al.¹³, refieren que la promoción de salud para el programa de detección precoz del cáncer cervical se logra con actividades educativas que desarrollen conductas encaminadas a conservar la salud, concertación intersectorial y la participación activa de la comunidad en las que se involucre a la mujer y la familia, realizando acciones personalizadas y grupales que eleven la percepción de riesgo del cáncer cérvix.

La intervención educativa estuvo basada en el MDO de Bustos que está inspirado en el estructuralismo y constructivismo del conocimiento sostiene que el educando construye y reconstruye su peculiar modo de pensar, conocer, sentir y actuar, de un modo activo, como resultado de la interacción dinámica y productiva entre sus capacidades innatas (mundo interior) que realiza mediante el tratamiento de sus conocimientos previos y la información que recibe del entorno en cooperación con sus compañeros y la orientación del docente, según la teoría de Jean Piaget, por lo que será la base de esta investigación por ser práctico, guía las prácticas de enseñanza-aprendizaje, y también nos permitirá orientar sus aplicaciones flexiblemente, dependiendo del tema, del tópico, de las fuentes, del nivel académico, de las características de las madres, etc. Este modelo que presenta Bustos tiene cinco etapas: experiencia vivencial, reflexión, documentación, ampliación y aplicación. Se aplicó herramientas y/o técnicas didácticas para la capacitación de las madres, agrupándolos según los cinco momentos.¹⁹

2.3. Fundamentación legal

Que la **Constitución de la República del Ecuador** dispone²⁰:

“Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación,

la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que el estado que sustenten el buen vivir”. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.²⁰

El Art. 35 de la constitución, manda ²⁰ “*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (...)*”. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

El artículo 362 de la Constitución ²¹, norma ibídem indica que “*La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios*”.

En el Capítulo II de la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades de la **Ley Orgánica de Salud** dispone ²²:

“Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Art. 6 de la **Ley Orgánica de Salud** ²², manda Es **responsabilidad del Ministerio de Salud.**- 3.- *“Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”*.

Que mediante memorando N° SNS-10-073-2010 de 1 de febrero del 2010, el Director Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial; y, En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el Art. 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva.²⁰

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del **“Componente Normativo para la Detección Oportuna del Cáncer de Cuello Uterino”**, elaborado por el personal de la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.²⁰

Art. 2.- Disponer su difusión a nivel nacional para que sean aplicados obligatoriamente en todos los servicios del sector de la salud, tanto públicos como privados.²⁰

Art.3.- Designar como responsables del seguimiento y evaluación **“Componente Normativo para la Detección Oportuna de la Patología Benigna y Maligna de Cuello Uterino”**, a la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.²⁰

En el Plan Nacional de Desarrollo, 2007- 2010, el tercer objetivo es aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población con la meta a conseguir que un 80% de las mujeres se realice al menos un Papanicolaou cada 3 años.²¹

2.4. Categorías fundamentales

En la investigación se usó el método cualitativo - cuantitativo, el cual tiene un fundamento epistemológico positivo lógico como corriente que permite explicar el origen del conocimiento, resalta la importancia de la comprobación científica y del empleo de la lógica formal, buscando los hechos o causas de los fenómenos sociales que ejercen una influencia externa sobre las personas.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

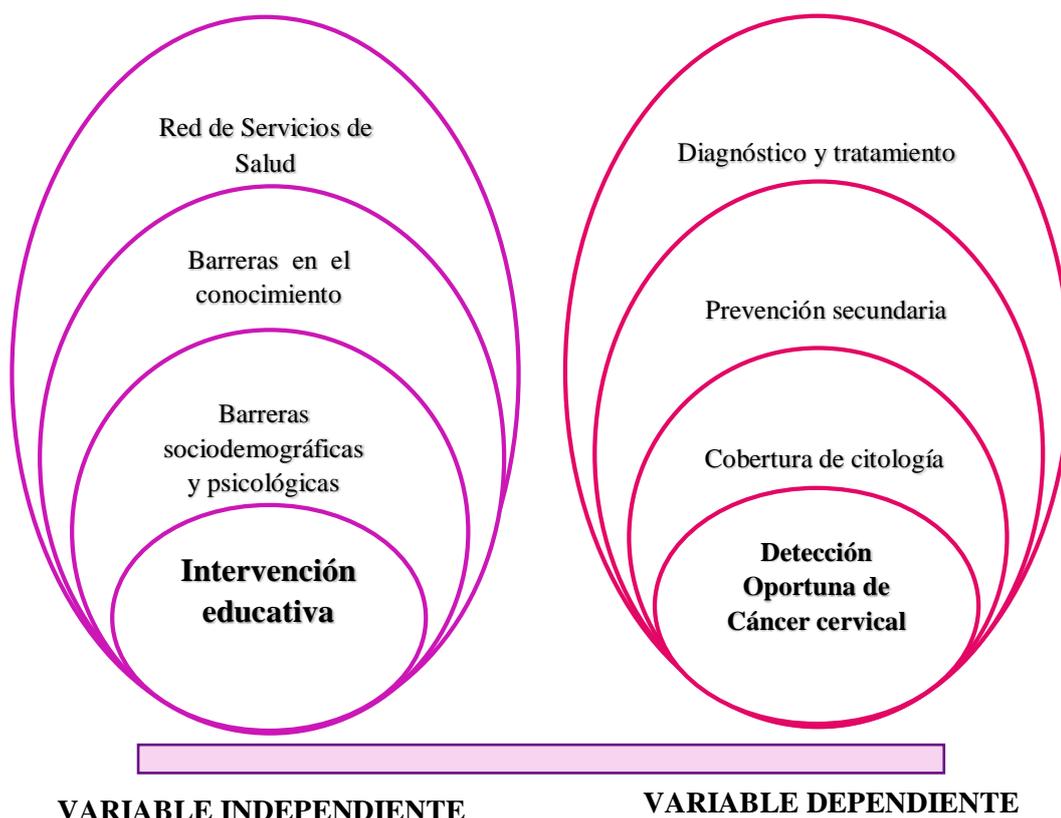


Gráfico 1: Categorías Fundamentales

Elaborado por: Mónica Claudio Reinoso

Fundamentación teórica

Intervención educativa

La intervención educativa se fundamentó en el MDO de Bustos que está inspirado en el estructuralismo y constructivismo del conocimiento, sostiene que el educando construye y reconstruye su peculiar modo de pensar, conocer, sentir y actuar, de un modo activo, como resultado de la interacción dinámica y productiva entre sus capacidades innatas (mundo interior) que realiza mediante el tratamiento de sus conocimientos previos y la información que recibe del entorno en cooperación con sus compañeros y la orientación del docente.¹⁹

Esta investigación se fundamentó en la teoría de Jean Piaget, por ser una guía práctica de enseñanza-aprendizaje y permitió orientar sus aplicaciones de manera

flexible, dependiendo del tema a tratar, del t3pico, de las fuentes, del nivel acad3mico y las caracter3sticas de las madres de familia.

Estrategias de informaci3n y educaci3n

Los tres tipos b3sicos de estrategias de informaci3n y educaci3n son ²³:

- **Comunitaria (de extensi3n):** Actividades a t3tulo individual y de grupo para informar a las personas en el entorno dom3stico y comunitario.
- **Basada en los establecimientos (central):** Actividades a t3tulo individual y de grupo para informar a las pacientes que acuden a los establecimientos sanitarios.
- **Basada en los medios de comunicaci3n:** Radio, televisi3n y medios de difusi3n impresos para transmitir los mensajes a una audiencia mayor y m3s dispersa.

Las estrategias empleadas ser3n culturalmente especificadas y estar3n adaptadas a cada comunidad. El trabajador sanitario puede contactar sistem3ticamente con las mujeres del grupo de edad destinatario que requieran tamizaje inmediato.²³

Cuando se decida sobre las estrategias de informaci3n y educaci3n, es importante considerar la viabilidad econ3mica y las repercusiones en los costos antes de seguir adelante con las actividades. Algunas estrategias, como la utilizaci3n de los medios de difusi3n, pueden ser m3s costosas, y por consiguiente es aconsejable hacer un an3lisis de costos y beneficios antes de invertir recursos limitados.²³

Actividades

Hay un gran n3mero de actividades que pueden desarrollarse como parte del programa. Algunas son continuas, otras se llevan a cabo s3lo peri3dicamente. Algunas se destinan a individuos o determinadas cohortes de trabajadores, otras al conjunto de la plantilla. La prevenci3n de la enfermedad y la incapacidad constituye el hilo conductor de todas ellas. Estas actividades pueden dividirse en las siguientes categor3as, parcialmente coincidentes ²⁴:

- **Asistencia sanitaria:** Requieren la intervención de profesionales de la salud e incluyen reconocimientos médicos, programas de cribado, procedimientos diagnósticos como las mamografías, las citologías y la determinación del nivel de colesterol, vacunaciones, etc. Asimismo comprenden el consejo médico y la modificación del comportamiento en lo que respecta al control del peso, la capacidad física para el trabajo, el abandono del tabaco y otros factores relativos a la forma de vida.²⁴
- **Educación para la salud:** Es necesaria para fomentar la sensibilización respecto a posibles enfermedades, la importancia del control de factores de riesgo y el valor de mantener formas de vida sanas, por ejemplo, a través del control del peso, la preparación física para el trabajo y el abandono del tabaco.²⁴

Mecanismos

Los mecanismos empleados para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud dependen del tamaño y la localización de la organización, del grado de centralización de la plantilla respecto a la geografía y los horarios de trabajo, de los recursos económicos, tecnológicos y de cualificación disponibles, de las características de la plantilla (en cuanto a niveles sociales y educativos) y del ingenio del director del programa. Son los siguientes ²⁴:

- Recogida de información: encuestas a trabajadores; grupos diana.
- Materiales impresos: libros, folletos (pueden distribuirse mediante expositores), envíos de publicidad, artículos en la revista de empresa, carteles.
- Material audiovisual: cintas de audio, mensajes grabados accesibles a través del teléfono, películas, cintas de vídeo para su visionado individual y en grupo.
- Asistencia sanitaria: reconocimientos médicos, diagnósticos y pruebas de laboratorio, vacunación, asesoramiento individual.
- Reuniones: conferencias, cursos, seminarios.

Barreras que limitan la detección oportuna de cáncer cervical

Para esta investigación se consideró las siguientes barreras:

Barreras sociodemográficas y psicológicas

Edad

En el protocolo de cáncer cérvicouterino del Ecuador indica que la población blanco, son las mujeres en el rango de edad entre los 30 a 64 años.²⁵

Inclusiones: Mujeres fuera del rango de edad de la población objetivo (menores de 30 años y mayores de 65 años), con las siguientes condiciones de salud: Mujeres inmunodeprimidas (VIH, trasplantadas, etc.), con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, multiparidad, con antecedentes de lesiones de cuello uterino incluidas cáncer y de la edad de inicio de la vida sexual antes de los 16 años.²⁵

Exclusiones: Mujeres en el rango de edad de la población objetivo con las siguientes condiciones de salud: Mujeres que no han tenido relaciones sexuales, mujeres a quienes se les ha realizado histerectomía total por enfermedad benigna y a mujeres con cáncer de cérvix previo.^{25. 26}

Estado conyugal

*“Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado”.*²⁷

Existe una falta de voluntad para realizarse la citología cervical por parte de las mujeres que mantienen una relación de pareja, sienten vergüenza o temor a exponer su área genital o porque el médico/a necesita ver y tocar los genitales, un proceso que agrava la asociación entre el examen y prácticas sexuales con su pareja. Porque retan la autoridad de sus parejas y puede disminuir el apoyo psicológico y financiero que proveen.²⁸

La mujer por tradición y cultura prefieren la monogamia, pero esto no limita a que el esposo debe autorizar que se realicen los exámenes ginecológicos que son tabú para la mayoría de la población; muchos hombres creen que cuando las mujeres tienen problemas del aparato reproductor o han sido infieles o ya no van a servir como tales, por lo tanto muchas mujeres no se realizan la citología cervical.²⁸

Muchas mujeres tienen que trabajar para responder las necesidades económicas del hogar, descuidando así sus demandas de salud, educación, desarrollo, motivación, etc. A esto se asocia el bajo ingreso económico el cual se considera como: “*la circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación*”.²⁹

Nivel de Educación

El nivel de educación es el “*grado de estudio concluido en una institución educativa*”.³⁰

Las personas con baja escolaridad generalmente no consideran importante la adopción de ciertos métodos de prevención sobre todo en el tema de salud, que incluyen la realización de la citología cervical; esto debido a la dificultad que ellos tienen para analizar la importancia de los mismos.³¹

Las mujeres con mayor grado de escolaridad tienen el porcentaje más alto de una historia de Papanicolaou, las bajas coberturas de captación de la citología cervical ocurren en las mujeres más ancianas con una educación deficiente, pertenecientes a grupos socioeconómicos inferiores o que habitan en zonas rurales.³²

Barreras psicológicas que limitan la realización de la citología cervical

Entre las barreras psicológicas identificadas como causantes para la decisión de la toma de la citología cervical se tiene ³³:

El miedo: es el sentimiento de desazón que se produce al verse expuesto ante una situación reiterada. Muchas mujeres experimentan el miedo ante la toma de la

citología cervical, puesto refieren una mala experiencia anterior al momento de la toma.³³

El temor: es un sentimiento que se tienen ante algo desconocido, por tal motivo, la falta de información sobre los posibles tratamientos genera un temor aún mayor entre las mujeres y esto se acentúa todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas.³³

La vergüenza: la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria para la toma de citología cervical ha sido un determinante, puesto que los estudios señalan que las mujeres tienden a sentir vergüenza por exposición de sus partes íntimas con personas del sexo opuesto.³³

El olvido: se trata de una acción involuntaria que consiste en dejar de recordar o guardar en la memoria información adquirida. La escasa información que tienen las mujeres sobre la citología hace que no lo consideren importante y por tanto no se presta la debida atención y la información es archivada en la memoria.³³

Barreras en la Red de Servicios de Salud que limitan la realización de la citología cervical.

Barreras administrativas. Limitantes de la oportunidad del seguimiento, relacionadas con la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria que presta los servicios de salud.³⁴

Problemas y demoras en la asignación de las citas: Barreras en el proceso de asignación de citas: atención telefónica insuficiente, el retraso en la atención, ocasionó, en muchos casos, el vencimiento de las órdenes médicas y meses de espera para recibir atención.³⁴

Barreras económicas. Las barreras estructurales y administrativas que limitaron la accesibilidad y la oportunidad del seguimiento tuvieron consecuencias económicas para las mujeres. Varias mujeres tuvieron que dejar su trabajo para destinar tiempo a tramitar autorizaciones, lo que acentuó su vulnerabilidad económica.³⁴

Barreras del conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical.

Conocimiento

Según Otto Bolnow el conocimiento no es una construcción comenzada desde abajo (teoría estructuralista), sino una corrección y una precisión continuas de lo que hasta ahora se conoce insuficientemente.³⁵

Alavi y Leidner en el trabajo realizado en el año 2003, definen al conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento.³⁶

Conocimiento Empírico.- Se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente; es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención ni a las fuentes de información. El conocimiento encuentra su validez en su relación con la experiencia; significa que la experiencia es la base de todos los conocimientos no solo en cuanto a su origen sino también en cuanto a los contenidos del mismo.³⁷

Conocimiento Científico.- Es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.³⁷

Conocimientos, actitudes y prácticas

Los estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y han servido de base para la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud.³⁸

Los conocimientos, actitudes y prácticas para la detección oportuna de cáncer cervical de la población en general e incluso del personal de salud pueden ser causa de limitación para la toma de la citología cervical, evaluación de resultados y posterior seguimiento.³⁸

Actitud.- Es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.).³⁹

Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y están sujetas al medio que rodea al individuo.⁴⁰

Prácticas.- La Real Academia de la Lengua Española define el término prácticas como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida.⁴⁰

Detección oportuna de cáncer cervical

La detección oportuna del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos ⁴¹ dirigidos a las mujeres entre 30 y

69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervical.²⁵

La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásicas, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevivencia y su calidad de vida.⁴¹

Cáncer de cérvix

"El Cáncer de cérvix o cáncer cervical es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal".^{42, 43}

Factores de riesgo para cáncer cervical

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Las mujeres al presentar varios factores de riesgo asociados aumentan la probabilidad de padecer de cáncer cervical.⁴⁴

Determinar los factores de riesgo, es útil por el enfoque que se dará a los factores que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, es imperativo realizar la citología cervical en mujeres con antecedentes familiares para diagnosticar en estadios tempranos.⁴⁴

Infecciones de transmisión sexual

Virus del papiloma humano (HPV)

Las infecciones genitales por el HPV son transmitidas principalmente por contacto sexual, pero no exclusivamente durante el coito. Mientras la mayoría de las

infecciones son transitorias y benignas, la infección genital persistente con ciertos genotipos virales pueden conducir al desarrollo de lesiones precancerosas y de cáncer en la región anogenital.⁴⁵ Se han descrito más de 120 tipos de HPV y aproximadamente una tercera parte de ellos son capaces de infectar el epitelio del tracto genital.⁴⁶

Infección con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Las mujeres que son VIH positivas tienen hasta 10 veces más probabilidades que las mujeres VIH negativas de ser infectadas con el HPV el riesgo aumenta con la disminución de CD4. Incluso después de controlar por la presencia y la persistencia de la infección por HPV, mujeres con VIH también son 4.5 veces más propensas a desarrollar lesiones precancerosas de cuello uterino, con el riesgo cada vez mayor a medida que aumenta la inmunodeficiencia relacionada con el VIH.^{47, 48}

Infección con Clamidia

Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino del tipo escamoso, que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, la infección es asintomática en las mujeres.⁴⁹

La alta prevalencia de clamidia en pacientes positivas para HPV comparado con aquellas negativas ha sido demostrada con el análisis de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Su acción en displasia y neoplasia cervical ha sido atribuida a la entrada fácil del virus que deja el daño celular, el importante estado inflamatorio, iniciación de la división celular, metaplasia y reducción de las células de defensa en el sistema inmunitario.⁵⁰

Relaciones sexuales precoces.

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo completo a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o más.⁴⁴

Parejas sexuales

El HPV cervical o vulvar fue determinado entre 17 y 21% de las mujeres con una pareja sexual, pero se elevó a 69-83% en mujeres que tenían cinco o más parejas sexuales.⁴⁴

Tener muchos embarazos a término

Tener muchos embarazos a término Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al HPV.⁴⁹

Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con HPV y crecimiento tumoral.⁴⁴

Uso prolongado de anticonceptivos hormonales

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.⁴⁴

Debe recordarse que hay factores de riesgo que pueden no producir aumento del riesgo por sí mismos, sino que sencillamente se asocian con los verdaderos factores de riesgo. Por ejemplo: la anticoncepción hormonal es más frecuente en las mujeres con un inicio temprano de la actividad sexual, mientras que la pobreza y la residencia en un país en desarrollo constituye un factor de riesgo definido por no someterse a revisiones y cribados ginecológicos periódicos debido a la mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios.³⁰

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido.⁴⁴

Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección por el virus del papiloma humano que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos.⁴⁴

Historia natural del cáncer cervical

El cáncer cervical se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérnix y endocérnix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo.⁴¹

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva, que comienza como una lesión intraepitelial que evoluciona a una neoplasia invasora en un periodo de entre 10 y 20 años, salvo excepciones. Estas dos etapas, intraepitelial e invasora, se diferencian por su morfología, características clínicas, tipo de tratamiento, y fundamentalmente por el pronóstico. Un hecho importante a ser tenido en cuenta es que, a pesar de que en teoría el cáncer invasor del cuello uterino pasa siempre por una etapa previa intraepitelial, no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer invasor. Así, una lesión intraepitelial puede involucionar espontáneamente, puede persistir siempre como lesión intraepitelial o puede progresar al cáncer

invasor. Sin embargo, debemos recordar que las lesiones de bajo grado tienen mayor tendencia a la regresión espontánea, y las de alto grado tienen mayor tendencia a progresar hacia un estadio superior.²⁵

Diagnóstico del cáncer de cuello uterino

El diagnóstico de cáncer de cuello uterino se basa en las exploraciones que se indican a continuación:

Examen clínico

El examen ginecológico consiste en la visualización directa del cuello cérvicouterino tras introducir un espéculo en la vagina, además de la exploración vaginal rectal bimanual para conocer la ubicación y el volumen del tumor, y si se ha extendido a otros órganos de la pelvis (examen pélvico). En las mujeres sanas sin enfermedad aparente, el médico obtiene un frotis de la superficie del cuello cérvicouterino para examinarlo al microscopio (exploración citológica). Si la exploración es difícil o no está clara la extensión del tumor, esta exploración puede hacerse con anestesia.⁴⁷

Si en momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o post-menopaúsico, es preciso remitir inmediatamente al ginecólogo sin esperar el resultado de la citología.⁴¹

Debe sospecharse la presencia de cáncer de cuello uterino en las circunstancias que se indican a continuación: Anomalías en el examen ginecológico, anomalías graves en los frotis del cuello uterino, hemorragias o sangrado que no se relacionan a la menstruación y hemorragia después del coito.⁴⁷

Citología cervical (Papanicolaou)

En la actualidad y con la avanzada tecnología, la citología cervical continua siendo una prueba de pesquisa efectiva para el cáncer cervical a nivel de atención primaria en salud, siendo de esta manera prevenible casi al 100%, cuando es detectado en etapas tempranas de la enfermedad. Citología que fue descrita en 1941 por George

N. Papanicolaou como un procedimiento muy útil en la detección de carcinomas del tracto genital femenino.⁵¹

Técnica de la toma de muestra para citología cervical

Condiciones para la toma de muestra^{25, 49, 52}

- No realizar la toma de muestra durante la menstruación o en presencia de cualquier sangrado.
- No haber tenido relaciones sexuales tres días antes de la realización de la prueba.
- No realizar la toma de muestra durante los 3 primeros meses del postparto, excepto en situaciones que lo ameriten.
- No realizar la toma de muestra si la paciente tiene evidencia clínica de infección vaginal o de que esté usando medicación intravaginal.

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la paciente para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos: • Durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso. • En caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón. • En caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa.⁴¹

Insumos necesarios para el procedimiento

- Espéculo vaginal desechable.
- Mesa de exploración – Mesa de Mayo.
- Guantes desechables estériles.
- Lámpara de cuello de ganso.
- Hisopo, torundas de gasas.
- Pinzas de aro.
- Espátulas de madera o plástico para toma exocervical (Espátula de Ayre).
- Cepillo o hisopo para toma endocervical.
- Lámina porta objetos.

- Lápiz bicolor o lápiz de grafito para rotular lámina porta objetos.
- Laca fijadora especial para citología o alcohol etílico al 96%.
- Formulario de solicitud de estudio citológico específica del sistema Bethesda del M.S.P. (Ministerio de Salud Pública).²⁵

Procedimiento

Las mujeres deben saber cuáles son los pasos para la toma de la muestra, por lo que se les orientara al respecto ⁵³:

- Debe asistir al centro de salud con una vestimenta cómoda (vestido o falda).
- La enfermera (o), médica (o), le dará orientación necesaria sobre el procedimiento y apoyo emocional para minimizar la ansiedad y el temor que produce este examen.
- Debe quitarse la ropa interior.
- Se debe acostar sobre una camilla ginecológica, colocando los glúteos en la orilla de esta y un pie en cada estribo.
- El personal que le realiza el examen, le asistirá cubriéndola con una sábana y le dará orientación sobre relajarse, respirar profundo y pujar al momento de la introducción del espéculo.
- Deberá estar a la par de la usuaria para infundir confianza, el contacto físico y / o visual es muy importante.
- Algunos profesionales de la salud humedecen el especulo antes de introducirlo en el canal vaginal, para evitar molestias. Colocar el especulo dentro del canal vaginal, permitiendo al profesional de salud visualizar el cuello del útero, para poder realizar el frotis.
- El siguiente paso es introducir una espátula citológica y realizar el raspado correspondiente. Obtenida la muestra se fija de inmediato en un portaobjeto, se identifica la muestra y se envía a patología.

Preparación ⁵³

- Identificación de la muestra en la lámina portaobjetos:

- Se registrará un nombre y un apellido de la paciente, sin usar iniciales en la identificación.
- Se rotula en el tercio superior de la laminilla.
- No usar pegatinas, ni escribir con bolígrafos o rotuladores.
- Informar a la paciente del procedimiento que se le va a realizar, así como también explicarle que puede ser necesario repetir esta prueba si la muestra no es adecuada.
- Situar a la paciente en posición ginecológica, siempre respetando el pudor de la mujer y garantizando la privacidad necesaria durante la realización del examen.
- Colocar media sábana sobre la paciente.
- Ubicar la lámpara cuello de ganso.
- Colocarse guantes desechables estériles en ambas manos, y mantenerlos hasta retirar el espéculo, evitando el exceso de talco.
- Proceder a la separación de los labios mayores con el dedo pulgar y el índice, con el objetivo de visualizar el introito vaginal.
- No usar gel, líquidos antisépticos en el espéculo vaginal, pues puede alterar los resultados de la citología.
- En mujeres mayores de 50 años o en mujeres que refieren dolor a la introducción del espéculo se recomienda lubricar el mismo con solución fisiológica.
- Tomar en la palma de la mano contraria el espéculo con las valvas cerradas.
- Seleccionar el tamaño del espéculo vaginal, de acuerdo a la complejión de la mujer.
- Introducir el espéculo hasta el fondo de la vagina en posición oblicua (ángulo de 45°) hacia el sacro de la mujer. En este momento se le dice a la usuaria que “puje”.
- Girar el espéculo presionando la palanca que abre la valva superior, evitar que se rasgue el cuello y pueda sangrar (se debe visualizar el cérvix completamente). Fijar el espéculo.
- De no poder visualizar el cérvix referir al médico especialista en ginecología.

Realización de la citología

Toma de muestra exocervical ⁴⁹

- Retirar las secreciones cervicales con hisopo o torunda de gasa húmeda.
- Colocar la espátula con la parte más larga en el orificio externo del cuello del útero, realizar una ligera presión para lograr tomar muestra de todo el epitelio de la región exocervical.
- Girar a la derecha (a favor de las manecillas del reloj) 360°, no excediendo de 2 giros.
- Retirar la espátula y extender la muestra en la lámina portaobjeto antes de 5 segundos.
- Fijar la muestra con el alcohol etílico al 96% o citospray.

Toma de muestra endocervical.

- Se utiliza el cepillo endocervical individual para la toma de muestra endocervical.
- El hisopo se utiliza para tomar muestras en mujeres adolescentes, histerectomizadas, climatéricas, premenopaúsicas y postmenopaúsicas.
- Se puede utilizar el extremo bifurcado de la espátula de Ayre.
- Introducir el cepillo en el canal endocervical.
- Girar a la izquierda (a contra de las manecillas del reloj) 360°.
- Retirar el cepillo y extender la muestra en la lámina portaobjeto antes de 5 segundos.
- Si la paciente está histerectomizada, se procederá a tomar una muestra del fondo de saco vaginal o cúpula, con el lado bifurcado de la espátula.
- Fijar la muestra con el alcohol etílico al 96%.

Extensión de la muestra ⁴⁹

La muestra se extenderá en la cara superior de una misma lámina porta objeto (la misma en la que se rotula).

- La extensión de la muestra exocervical se hará contigua a la zona esmerilada, mitad próxima de la laminilla, de manera continua, delgada y uniforme.

- La extensión de la toma endocervical se realizará en la parte externa del cristal, porción distal al rotulado, con movimiento de rodamiento en sentido contrario a las manecillas del reloj, NO pasar más de una vez.

Técnica de fijación de la muestra.

La fijación de la muestra con citospray debe realizarse inmediatamente después de la toma de la muestra a una distancia no menor de 20 cm, evitando de esta forma la destrucción celular.

Conclusión del proceso de toma de muestra

- Aflojar el tornillo del espéculo que fijó las valvas, para esto se le pide a la usuaria que puje.
- Ir retirando el espéculo lentamente y colocar en el tacho de desechos infecciosos
- Retirar los guantes de ambas manos y depositar en desechos infecciosos.
- Informar a la paciente de la entrega de sus resultados.

Frecuencia de realización de la prueba citológica cervical

De acuerdo al algoritmo de cáncer cérvico-uterino del Ecuador 2015, la citología cervical se debe tomar cada tres años.²⁵

Sistema de Bethesda 2001⁵⁴

a. Calidad del espécimen

- Satisfactorio para evaluación.
- Insatisfactorio para evaluación
 - Especimen rechazado/no procesado
 - Especimen procesado y examinado pero insatisfactorio para la evaluación de anormalidad

b. Categorías de los Resultados

Siguiendo las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino de la Secretaría de Salud, los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

- No útil o frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.
- Negativo por malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión pre maligna (displasia).
- Sospechosa por malignidad. Existen alteraciones morfológicas pero no son concluyentes.
- Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NICI) (Displasia Leve)
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NICII) (Displasia Moderada)
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NICIII) (Displasia Severa)/carcinoma in Situ
 - Carcinoma de Células Escamosas
 - Adenocarcinoma

c. El Sistema de Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

1.- Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones pre malignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve).
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

Conductas según reporte de la citología cervical

En general se acepta que no más de un 10% de las citologías tomadas deben ser remitidas para colposcopia.^{41, 55}

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

- Si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje descrito.
- Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje.
- Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia. La Unidad de Tamizaje debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de CITOLOGÍA ANORMAL u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o postmenopáusico; se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.
- Cuando el reporte de la citología es NEGATIVO PARA NEOPLASIA, la Unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos.

Es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-3. Es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte de forma espontánea, pero puede progresar a un estadio más grave de displasia.

- Revelar displasia moderada o grave. Otros términos para describir la displasia moderada o grave son lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés) y neoplasia intraepitelial cervicouterina de grados 2 o 3 (NIC 2/3). Tales lesiones podrían progresar a cáncer de cuello uterino si se dejan sin tratar.
- Revelar cáncer de cuello uterino.

2.5 Hipótesis

H₁: La intervención educativa eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

H₀: La intervención educativa no eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

2.6. Señalamiento de variables

- **Objeto de estudio:** Madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.
- **Variable Independiente:** Intervención Educativa.
- **Variable Dependiente:** Detección oportuna de cáncer cervical.

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, fue cualitativo porque se indagó y/o relacionó los fenómenos biopsicosociales de las madres de familia orientando a la formulación de la hipótesis y es cuantitativo ya que se analizó los hechos con la medición y comprobación de la hipótesis.

3.2. Modalidad básica de la investigación

De campo, porque la investigación se realizó en el Colegio Nacional Saquisilí, donde la investigadora recolectó información y aplicó la intervención educativa para la detección oportuna de cáncer cervical.

3.3. Tipo de investigación:

Se realizó una investigación tipo intervención educativa comunitaria, cuasi-experimental, de corte longitudinal, con pre-evaluación y post-evaluación, para elevar los conocimientos para la detección oportuna de cáncer cervical, en un grupo de madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí, durante el periodo comprendido de Enero a Junio del 2016.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Unidad de Análisis

Universo: 1082 madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí de los alumnos matriculados en el periodo lectivo 2015 – 2016.

3.4.2. Diseño Muestral

La población quedó definida por la matrícula general del Colegio Nacional Saquisilí (N= 1082), cuya institución educativa está distribuida en 29 paralelos, la proporción

esperada de citología cervical realizada es aproximadamente el 9% (según ASIS 2014 del sector EU01B Saquisilí), con un nivel de confianza equivalente al 95% y efecto del diseño del 5%, dando como resultado el tamaño de la muestra de 113 madres de familia, para el cálculo se empleó el programa EPIDAT.

Las unidades de análisis fueron seleccionadas según muestra por conglomerados monoetápicos a partir de los 29 paralelos que conforman el colegio; quedando finalmente elegidos 3 conglomerados que suman 113 unidades de análisis los que se enumeran a continuación: conglomerados 2, 14 y 20 con tamaños 37, 33 y 43 respectivamente. Para esta selección se enlistó consecutivamente todos los paralelos de los seis cursos, iniciando desde primer curso que abarcó desde el 1^{er} hasta 7^{mo}, el segundo curso fue desde 8^{vo} hasta 13^{vo}, tercer curso desde 14^{vo} hasta 20^{mo}, octavo de básica desde 21^{ro} hasta 23^{ro}, noveno de básica desde 24^{to} hasta 26^{to} y decimo de básica desde 27^{mo} hasta el 29^{no}.

3.4.3. Selección de la muestra

Para la selección de la muestra, se consideró que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión como:

1. Criterios de inclusión:

Madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí, que sus hijos estén matriculados en el año lectivo 2015 – 2016, que aceptaron participar de la investigación y que firmaron el consentimiento informado.

2. Criterios de exclusión:

Madres de familia que tengan discapacidad mental.

3. Criterios éticos

Esta investigación tuvo un riesgo mínimo, por ser un estudio de evaluación, por la aplicación de la intervención educativa. En todo momento de la investigación se tomó en cuenta los principios éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- La investigadora explicó a las madres de familia los objetivos y propósitos de la investigación científica de forma sencilla, clara y precisa, despejando

todas las dudas acerca de la misma y solicitó que firmen su consentimiento.
(Anexo 1)

- Para garantizar la confiabilidad de la información, se informó a las madres que podían abstenerse de participar en la investigación y/o de retirarse en cualquier momento, sin riesgo a represalia.
- Esta investigación pretende elevar la detección oportuna de cáncer cervical, logrando así mejorar la calidad de vida de las madres de familia.
- Se garantizó la confidencialidad y el anonimato, ya que los cuestionarios tienen códigos para su evaluación y no lleva nombres de las madres participantes.

Para esta investigación se consideró las siguientes variables que están representadas a continuación:

3.5. Operacionalización de las variables

3.5.1. Variable independiente: Intervención educativa

Tabla 1: Operalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA / INSTRUMENTO
Edad	Características sociodemográficas	(1) 30 a 39 (2) 40 a 64	Ordinal	Encuesta
Nivel de instrucción		(1) Analfabeto (2) Primaria (3) Secundaria (4) Bachiller (5) Superior	Ordinal	
Estado civil		(1) Soltera (2) Casada (3) Unión libre (4) Separada (5) Divorciada (6) Viuda	Nominal	
Ocupación		(1) Trabajo remunerado (2) Ama de casa	Nominal	
Paridad		(1) 1 - 2 (2) 3 y más	Ordinal	Encuesta
Edad de inicio de la vida sexual		(1) 10 a 19 (2) 20 y más	Ordinal	

Métodos de planificación familiar	Factores de riesgo para cáncer cervical	(1) Orales (2) Inyectables (3) DIU (4) Implante (5) Preservativo (6) Otros	Nominal	
Parejas sexuales		(1) 1 (2) 2 y más	Ordinal	
Infección de transmisión sexual		(1) Si (2) No	Nominal	
Barreras que limitan la toma de la citología cervical	Barreras en el conocimiento	(1) Adecuado (2) Inadecuado	Nominal	Encuesta
	Barreras Psicológicas	(1) Dolorosa (2) Produce sangrado (3) Temor al resultado (4) Desconocimiento (5) Descuido (6) Falta de tiempo (7) Miedo (8) Vergüenza	Nominal	Encuesta
	Barreras en el Servicio de Salud	(1) Dificultad en coger el turno (2) Demora en la atención (3) No hay materiales (4) Demora en la entrega de resultados	Nominal	Encuesta
Intervención educativa		(1) Efectiva (2) No efectiva	Nominal	Encuesta

3.5.2. Variable dependiente: Detección oportuna de cáncer cervical.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA / INSTRUMENTO
Prueba citológica cervical	Practica	(1) Si realizado (2) No realizado	Nominal	Encuesta

Elaborado por: **Mónica Claudio Reinoso.**

3.6. Recolección de la información

Esta investigación se realizó con el fin de elevar la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí, con la aplicación una la intervención educativa en el periodo de enero a junio del 2016, en las instalaciones del Colegio Nacional Saquisilí y en la Sede del Barrio 9 de Octubre.

La investigación se realizó en tres etapas:

- Diagnóstico
- Intervención
- Evaluación

Etapa diagnóstica: La recolección del dato primario se efectuó por la autora y tres Técnicas en Atención Primaria en Salud (TAPS), previamente capacitadas por la investigadora, quienes aplicaron la encuesta a las madres de familia en la etapa de diagnóstico y de evaluación que conforma la investigación.

La información requerida para esta investigación se recolectó mediante la aplicación de una fuente primaria como es la encuesta, utilizando un cuestionario elaborado por la investigadora, el mismo que fue valorado por un comité de expertos que validaron el instrumento titulado Detección Oportuna de Cáncer Cervical (Papanicolaou), apoyado en el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model) ⁵⁶, dicho cuestionario consta de 28 preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas, separadas en los siguientes grupos: Característica sociodemográficas, factores de riesgo para cáncer cervical, barreras del conocimientos, psicológicas, del servicio de salud y prácticas para la detección de cáncer cervical, (Anexo 2) el mismo cuestionario fue aplicado antes y después de la intervención educativa.

A continuación se enlista cada ítem mencionado en el instrumento:

Características sociodemográficas: Se consideró la edad, nivel de instrucción, estado civil y ocupación.

Factores de riesgo para cáncer cervical: Para esto se valoró, la paridad, edad de inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual.

Barreras que limitan la realización de la citología cervical

Conocimiento: A fin de determinar el nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical, se aplicaron cinco preguntas, que se evaluaron de forma individual según clave de respuestas correctas, para los resultados se

consideró como conocimiento adecuado si responden cuatro o más preguntas correctamente y conocimiento inadecuado si responden tres o menos preguntas (Tabla 2).

Tabla 2: Categorización de los niveles de conocimientos

Variable	Clasificación	Pregunta	Respuesta
Conocimiento	Nivel de conocimiento alto Si responde 4 o más preguntas	¿Qué es el cáncer de cérvix?	2. Cáncer del cuello del útero
		¿Con qué frecuencia se recomienda la realización de un Papanicolaou?	1. Cada año
		¿Requisitos para el Papanicolaou?	1. No tener intimidad 72 horas antes 2. No tener menstruación 3. No usar tratamiento vaginal
		¿El cáncer de cuello de uterino afecta solo a las mujeres de la 3era edad?	2. No
	Nivel de conocimiento bajo Si responde 3 o menos preguntas	¿Cuáles son las causas que incrementan el peligro de tener cáncer de cuello de útero?	1. Tener muchos hijos 2. Familiares con cáncer de cuello uterino 3. Fumar 4. Tener muchas parejas sexuales 5. Uso de T de Cobre 6. Tener una infección por papiloma (HPV) 7. Primera relación sexual temprana

Elaborado por: Mónica Claudio R.

Barreras psicológicas: Para determinar este ítem se realizó una pregunta abierta para dar opción a las madres a expresar el por qué no se realiza la citología cervical.

Barreras en el servicio de salud: Se realizó una pregunta abierta para establecer las dificultades que perciben las madres de familia que les indisponen a no realizarse de la citología cervical en el centro de salud público.

Prácticas: Se tomó en cuenta dos preguntas para evaluar las prácticas para la detección oportuna de cáncer cervical, se consideró como prueba citológica cervical

si realizada si la participante responde las dos preguntas correctamente y no realizadas si responden incorrectamente las dos preguntas (Tabla 3).

Tabla 3: Categorización de las prácticas

Variable	Clasificación	Pregunta	Respuesta
Prueba citológica cervical	Si realizada	Papanicolaou realizado	SI
		Cuántas veces en los últimos 6 años:	2 o más
	No realizada	Si no responde ninguna pregunta	

Elaborado por: Mónica Claudio R.

Prueba piloto: En diciembre del 2015 se aplicó una prueba piloto de la encuesta a 10 mujeres que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud tipo C Saquisilí, se identificó confusión en contestar áreas del cuestionario, las cuales fueron rectificadas, con lo cual se obtuvo el formulario definitivo.

Procedimiento

Se mantuvo una reunión con el señor Rector del Colegio Nacional Saquisilí, con el fin de socializar la problemática de la baja cobertura de la citología cervical observada en el ASIS del sector, ante esta situación se decide aplicar una intervención educativa a fin de elevar la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia de esta institución educativa, por estar inmersa en el área asignada a la estudiante del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, propuesta que fue aprobada y autorizada su aplicación.

Se elaboró una tarjeta de invitación para cada madre de familia, la misma que fue entregada por intermedio de su hijo o hija, en esta reunión se socializó la problemática de la baja cobertura de la citología observada en el ASIS del sector, situación que pone en riesgo su salud al no realizar un diagnóstico temprano de cáncer cervical, se logró motivar a que participen en la investigación.

Se explicó con un lenguaje claro y sencillo los objetivos de la investigación y se enfatizó que su participación será libre, voluntaria y que está basada en los

principios biomédicos, para lo cual se solicitó el consentimiento informado para su participación en la investigación (Anexo 1), instrumento diseñado para tal efecto.

Se aplicó la encuesta a la totalidad de la unidad de análisis en las aulas del Colegio Nacional Saquisilí, encuesta que fue aplicada de manera universal y simultánea antes y después de la intervención educativa.

El método pedagógico: Se empleó el MDO de Bustos, para el diseño y aplicación de la intervención educativa.^{19, 57}

Plan de trabajo de la intervención educativa

Participaron en la intervención educativa, las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí de hijos matriculados en el periodo lectivo 2015-2016, que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Intervención educativa que fue impartida en las instalaciones de la Sede del barrio 9 de Octubre y en las aulas del Colegio Nacional Saquisilí, en el periodo de enero a junio del 2016, la fecha y hora fue negociada con las madres de familia, asistieron a cuatro sesiones, que duró de 25 a 30 minutos cada una,

Tema: Cáncer cervical y detección oportuna de cáncer cervical.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento y disminuir las barreras que limitan la toma de la citología y fomentar prácticas adecuadas para la detección oportuna de cáncer cervical.

Propósito de la investigadora: Elevar la detección oportuna de cáncer cervical.

La muestra de 113 madres de familia, se agruparon en tres grupos de 23 madres y dos grupos de 22 madres, se consideró: edad, nivel de instrucción, las experiencias, habilidades y la ocupación.

La investigadora se fundamentó en el modelo de Bustos que tiene cinco etapas: experiencia vivencial, reflexión, documentación, ampliación y aplicación.¹⁹ Se aplicó herramientas o técnicas didácticas como la conferencia dialogada, taller,

video debate y la técnica demostrativa para la formación y capacitación de las madres según los cinco momentos.

I. Experiencia vivencial, se les presentó videos de casos de pacientes con cáncer cervical y también algunas madres expresaron a ver conocido de cerda familiares con esta enfermedad con el fin que las madres sean las que analicen, discutan y tomen soluciones para evitar esta enfermedad.

II. Reflexión, luego de la experiencia vivencial se pasó a la reflexión sobre situaciones de temor, miedo o dificultades en el centro de salud público que limitan la no realización de la citología cervical, lo que ayudó a construir nuevos conceptos o explicaciones acerca del tema.

III. Documentación, se utilizó trípticos como medios de texto donde se encuentran los conceptos necesarios del tema, también se hizo uso de la tecnología informática como es el correo electrónico, por esta vía se envió información del tema y se recibió inquietudes de las madres, manteniendo de esta manera una educación continua.

IV. Ampliación, se implementaron conferencias sobre: cáncer cervical, vías de transmisión, factores de riesgo, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

V. Aplicación, se realizó una técnica demostrativa del procedimiento de la toma de la citología cervical, combinando la explicación oral con la manipulación del material que se usa, con el fin de eliminar los miedos, temores y o creencias mal fundadas acerca de la citología cervical.

Meta: Elevar el nivel de conocimiento, disminuir las barreras que limitan la toma de la citología e incentivar a una práctica adecuada para la detección oportuna de cáncer cervical.

Se desarrollaron 4 sesiones:

Sesión 1: Introducción. Generalidades de la intervención educativa,

Sesión 2: Cáncer cervical, anatomía del aparato genital femenino, epidemiología y factores de riesgo.

Sesión 3: Historia natural del cáncer cervical, manifestaciones clínicas y causas por que no se realizan la citología cervical.

Sesión 4: Rompiendo mitos sobre la citología cervical y la prevención del cáncer cervical.

A continuación se expone el contenido de cada una de las sesiones de la intervención educativa.

SESIÓN 1

TÍTULO: Introducción

SUMARIO: - Presentación.

- Explicación de los detalles generales de la intervención educativa.
- Aplicación de la encuesta: Intervención educativa para detección oportuna de cáncer cervical.

OBJETIVOS: - Explicar los detalles generales del trabajo de investigación.

- Aplicar la encuesta para determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica que tienen las madres de familia.

MODALIDAD: Conferencia dialogada.

TÉCNICA PARTICIPATIVA: De presentación

DESARROLLO: La investigadora dio la bienvenida a las madres de familia, explicó la problemática de la baja cobertura de la citología cervical, determinada en el ASIS del sector EU01B Saquisilí, situación que pone en riesgo a la mujer de padecer de cáncer cervical por la falta de pesquisa, para lo cual se les propone a que sean partícipes de esta investigación con el fin de elevar el nivel de conocimiento, actitud y práctica para la detección oportuna de cáncer cervical.

Para crear un ambiente de trabajo favorable de realizó la presentación individual de cada una de las participantes, las cuales mencionaron su nombre, edad y ocupación. Se les entregó un papel para que anoten el nombre con el que prefieren que le conozcan, a partir de aquí se les llamo por el nombre escrito en el papel, además se

les dio los lineamientos generales para un buen desenvolvimiento de la intervención educativa.

Finalizada la actividad se procedió al llenado de la encuesta inicial, para lo cual se les dio 15 minutos para el llenado.

RECURSOS: Encuestas, registro de asistencia, hojas papel en blanco y lápices.

DURACIÓN: 30 minutos.

SESIÓN 2

TÍTULO: Cáncer cervical

SUMARIO: Anatomía del aparato genital femenino, que es el cáncer cervical, epidemiología y los factores de riesgo.

OBJETIVO: Concienciar la problemática del cáncer cervical.

MODALIDAD: Video debate y presentación de historias reales.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS: Lluvia de ideas.

DESARROLLO: La facilitadora realizó la presentación en Power point sobre la anatomía del aparato genital femenino, para conocer el concepto de cáncer cervical solicitó la opinión voluntaria de las participantes.

Posterior a esto se hizo la presentación de un video testimonial de una paciente con cáncer cervical, se sometió a debate para el análisis y reflexión de los factores de riesgo de esta enfermedad.

Algunas participantes dieron testimonio de haber conocido de cerca a mujeres que padecieron cáncer cervical, lo cual reafirmo la existencia de esta enfermedad en la localidad.

RECURSOS: Proyector de imágenes, laptop, video seleccionado, papelote y marcadores.

DURACIÓN: 30 minutos.

SESIÓN 3

TÍTULO: Cáncer cervical

SUMARIO: Historia natural del cáncer cervical, manifestaciones clínicas y causas para la no realización de la citología cervical.

MODALIDAD: Conferencia dialogada

TECNICAS PARTICIPATIVAS: Lluvia de ideas.

DESARROLLO: La facilitadora realizó la presentación de la historia natural del cáncer cervical y de las manifestaciones clínicas. Posterior se solicitó a través de la lluvia de ideas opiniones porque las mujeres no se realizan la citología cervical, saliendo a relucir problemas cognitivos, psicológicos y dificultades en los servicios de salud.

RECURSOS: Proyector de imágenes, laptop, papelotes, marcadores.

DURACIÓN: 30 minutos.

SESIÓN 4

TÍTULO: Prevención del cáncer cervical.

SUMARIO: Rompiendo mitos sobre la citología cervical y la prevención del cáncer cervical.

OBJETIVO: Romper mitos acerca de la citología cervical y fomentar la prevención de esta enfermedad.

MODALIDAD: Técnica demostrativa.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS: Lluvia de ideas.

DESARROLLO

La facilitadora con el apoyo de los materiales e insumos utilizados para la toma de la citología cervical, realizó la demostración de cómo se obtiene la muestra de la citología cervical, materiales que fueron manipulados por las participantes, de esta

manera se rompió mitos, miedos y temores que presentaron las participantes frente a la técnica de obtención de la muestra de la citología cervical.

Con estas sesiones educativas se logró un ambiente de trabajo participativo, basado en normas de trabajo grupal, respeto y comunicación asertiva. Al final se logró que las madres acepten los cambios en sus conocimientos para la detección oportuna de cáncer cervical. Se les brindó a las participantes herramientas necesarias para el empoderamiento del conocimiento en la prevención del cáncer cervical, para que sean ellas las que modifiquen sus estilos de vida (aunque sabemos que modificar la actitud y práctica de las participantes se requiere de un trabajo continuo y de largo tiempo). La fecha y hora de cada actividad educativa fue negociada con las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

3.6. Plan de procesamiento y análisis

El análisis de los datos de la investigación se basó en las diferencias numéricas que se obtuvieron en las escalas observadas antes y después de la intervención educativa. Para ello se usó el Programa SPSS Versión 20.

Para la significancia estadística se empleó la prueba McNemar, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%, para determinar el grado de significancia en la diferencia de los conocimientos durante el pre-test y el post-test, inmediatamente de terminada la intervención educativa.

Se usó la prueba del Chi cuadrado, con un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95%, para determinar el grado de asociación entre la realización de la citología cervical y las barreras que limitan la realización de la citología cervical.

Capítulo 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la literatura médica revisada varios autores han desarrollado estudios enfocados en el DOC-CC mediante la aplicación de estrategias educativas en mujeres de diferente edad. Por tanto varios países han llegado al consenso que la educación a la población juega un papel fundamental en la lucha contra el cáncer cervical.

Cuando no se cumple a cabalidad las actividades educativas se establece una brecha que favorece a la aparición del cáncer cervical, enfermedad que puede tener complicaciones y consecuencias en el ámbito personal, familiar y social.

4.1. Presentación de resultados

La población de este estudio estuvo conformada por las madres de familia de los alumnos matriculados en el periodo lectivo 2015 – 2016 del Colegio Nacional Saquisilí. El tamaño de la muestra fue de 113 madres de familia.

4.2. Características sociodemográficas y factores de riesgo para el cáncer cervical.

Características sociodemográficas

En este estudio se consideró algunas de las características sociodemográficas de la población como: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de instrucción, la ocupación a fin de identificar sus particularidades.

El promedio de edad de las madres de familia fue de 42.4 años (DS= 6.2 años), con un rango entre 33 y 59 años de edad.

La tabla 4 evidencia el predominio del grupo de 40 a 64 años con 59.3% (67). Predominó la instrucción primaria con 52.2% (59), el 70.8% (80) son casadas, prevalecen las amas de casa con el 56,7% (64) (Anexo 3).

Factores de riesgo para cáncer cervical

Varios factores de riesgo aumentan la probabilidad de padecer cáncer cervical en las mujeres, por lo cual es imprescindible identificar los mismos para enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como las infecciones de transmisión sexual, edad temprana del inicio de las relaciones sexuales) y poner interés en los no modificables, ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la citología cervical para detectar el cáncer de cuello uterino en estadios tempranos.⁴⁴

Tabla 5: Distribución de las madres de familia según factores de riesgo para cáncer cervical. Colegio Saquisilí. 2015 – 2016.

Factores de riesgo para cáncer cervical	Nº	%
Presentó infecciones de transmisión sexual	97	85.8
Relaciones sexuales precoces	89	78.8
Tres o más hijos	74	65.5
Dos y más parejas sexuales	50	44.3
Preservativos	1	0.9

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

Nota explicativa: Porcentaje en base a N. (113)

El promedio de la edad primera relación sexual de las madres de familia fue de 18.17 años (DS= 3.0 años), con un rango entre 11 y 32 años de edad, siendo la de mayor frecuencia (Moda) de edad de inicio de las relaciones sexuales a los 18 años.

En la tabla 5 se identificó que solo una madre de familia no presentó ningún factor de riesgo asociado al cáncer cervical, el resto de madres presentó al menos un factor de riesgo como: el 85.8% (97) presentó infecciones de transmisión sexual, el 78.8% (89) tuvo relaciones sexuales precoces (10 a 19 años), el 65.5% (74) tienen 3 o más

hijos, el 44.3% (50) mencionan haber tenido dos y más parejas sexuales y solo el 0.9% (1) usa preservativo como método de planificación familiar.

La autora considera que muchas madres de familia de este estudio, por influencia de la cultura y tradiciones de sus progenitores y sociedad, contribuyeron en la decisión a contraer nupcias en la adolescencia (etapa más fértil). Además, el bajo uso del preservativo como métodos de planificación familiar por miedo o vergüenza a ser juzgadas, contribuyeron a que hoy presenten factores de riesgo que se asocian con el cáncer cervical.

El resultado de este estudio difiere negativamente en los porcentajes del estudio realizado por las doctoras Vargas T, Montero MA, Sánchez S, Chávez M. sobre “Cáncer cérvico uterino. Influencia de un programa educativo”, donde evidencian que 27 pacientes tienen más de 2 hijos para un 52,94 %, predominando las relaciones sexuales precoces (25,49), dos y más compañeros sexuales (19,60%), la multiparidad (21,56%) y las enfermedades de transmisión sexual (15,68%) como principales factores de riesgo.¹⁶

4.3. Nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical antes y después de la intervención educativa.

El conocimiento no es una construcción comenzada desde abajo, sino una corrección y una precisión continuas de lo que hasta ahora se conocen insuficientemente.³⁵

Tabla 6: Conocimiento del concepto de la citología cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	71	62.8	1	0.9	72	63.7
Inadecuado	38	33.6	3	2.7	41	36.3
TOTAL	109	96.5	4	3.5	113	100

p= 0.000

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

En la tabla 6 se evidencia el conocimiento acerca del concepto sobre la citología cervical, nótese como antes de la intervención el 63.7% (72) de las madres de familia tenían conocimientos adecuados sobre el tema y después de la intervención educativa el 96.5% adquirieron conocimientos adecuados.

Para el análisis estadístico se empleó la prueba de McNemar, obteniendo ($p= 0.000$), resultando la intervención efectiva, al elevar el nivel de conocimiento acerca del concepto sobre la citología cervical.

La autora estima que no es suficiente el conocimiento sobre el concepto de la citología cervical, para que las madres de familia se realicen la misma, por el contrario deben tener un amplio conocimiento en la prevención del cáncer cervical.

Tabla 7: Conocimiento de la frecuencia de realización de la citología cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	78	69.0	1	0.9	79	69.9
Inadecuado	34	30.1	0	0.0	34	30.1
TOTAL	112	99.1	1	0.9	113	100

$p= 0.000$

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

La tabla 7 muestra que antes de la intervención tenían conocimientos adecuados en un 69.9%, mientras que después de la intervención educativa se modificó en un 99.1% a conocimiento adecuado sobre el tema. Siendo la intervención educativa efectiva $p= 0.000$, al elevar el conocimiento sobre la frecuencia de realización de la citología cervical establecida en este país.

Siendo similar al estudio realizado por la Dra. Beltrán de la Cruz, “Estrategia educativa basada en el modelo Didáctico operativo, para reforzar el Conocimiento de enfermería sobre Prevención de la infección por virus del Papiloma humano y la detección Oportuna de Cáncer cervicouterino” resultando que las mujeres

presentaban desconocimiento acerca de la frecuencia con que se debe realizar la prueba citológica, se observó que el 63.6% fue capaz de identificar que se realizaba cada 3 años y el 14.5% cada seis meses. Al ser aplicada la intervención educativa se encontró que la totalidad de la muestra reconoció que la prueba citológica debe realizarse cada 3 años siempre que su resultado sea normal y según el programa para un 100%.¹⁴

Tabla 8: Conocimiento de los requisitos para realizar la citología cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	14	12.4	0	0.0	14	12.4
Inadecuado	95	84.1	4	3.5	99	87.6
TOTAL	109	96.5	4	3.5	113	100

p= 0.000

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

Se observa en la tabla 8 el conocimiento sobre los requisitos para realizar la citología cervical, obsérvese que antes de la intervención educativa 87.6% de las madres tenían conocimientos inadecuados, después de la intervención el 84.1% de ellas adquirió conocimientos adecuados. Siendo la intervención efectiva al elevar el conocimiento sobre los requisitos para realizarse la citología cervical que deben considerar las madres antes de acudir a solicitar esta prueba de pesquisa.

La autora considera que las madres de familia presentaron escasos o nulos conocimientos sobre los requisitos para realizarse la citología cervical evidenciando la insuficiente promoción que reciben las madres por parte del personal de salud sobre el tema.

Tabla 9: Conocimientos sobre la edad de presentación del cáncer cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	38	33.6	0	0.0	38	33.6
Inadecuado	62	54.9	13	11.5	75	66.4
TOTAL	100	88.5	13	11.5	113	100

p= 0.000

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

La tabla 9 evidencia que antes de la intervención el 66.4% (75) de las madres de familia presentaron conocimientos inadecuados, luego de la intervención se modificó al 54.9% (62) a conocimiento adecuado sobre el tema. Siendo la intervención efectiva al elevar el conocimiento sobre la edad de presentación del cáncer cervical.

Llama la atención que no se logró modificar el conocimiento sobre la edad de presentación del cáncer cervical en el cien por ciento de las participantes, situación que puede deberse a la convicción de algunas participantes que el cáncer afecta solo a las mujeres de la tercera edad y al no presentar sintomatología consideran que están sanas.

Sin embargo en el estudio realizado por los doctores Echeverría E, Aguilar A. sobre las “Características Clínico - Epidemiológicas del Cáncer de Cuello Uterino en la Provincia de Tungurahua”, evidencian que la edad promedio del cáncer invasor es de 57 años (rango: 26 - 96 años) y en el cáncer In Situ ocurrieron en promedio a los 44 años (rango: 21 - 83 años). Razón por la cual la intervención educativa se debe continuar hasta lograr la modificación del conocimiento en todas las madres.⁶¹

Tabla 10: Conocimientos sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

ANTES	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	4	3.5	0	0.0	4	3.5
Inadecuado	106	93.8	3	2.7	109	96.5
TOTAL	110	97.3	3	2.7	113	100

p= 0.000

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

La tabla 10 refleja que el conocimiento que poseían las madres de familia sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervical antes de la intervención eran inadecuados en 96.5% (109), mientras que después de la intervención se logró modificar un 93.8% (106) a conocimientos adecuados. Resultando la intervención educativa significativa al elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervical.

La autora considera que las madres de familia presentan factores de riesgo asociados al cáncer cervical, sin embargo ellas no reconocen como tales por la falta de educación en este tema.

Nuestros resultados en cuanto a los conocimientos sobre factores de riesgo asociados al cáncer cervical son similares al estudio realizado por las doctoras Vargas T, Montero MA, Sánchez S, Chávez M. donde antes de la aplicación de la estrategia educativa 29 pacientes tenían un bajo conocimiento sobre los riesgos del cáncer cervicouterino, criterio que cambió luego de aplicada la intervención donde 40 pacientes presentaron un alto conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino.¹⁶

De igual manera en el estudio realizado por los doctores Cartaya, Hernández, González y Álvarez sobre intervención educativa en mujeres pertenecientes al Policlínico Docente Universitario Ignacio Agramonte, en la provincia de Camaguey, en el año 2008, encontrando que predominó el inicio de las relaciones

antes de los 16 años, el desconocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer Cérvico-uterino y de la frecuencia con que debe realizarse la prueba citológica lo que se reformó después de haber terminado el Programa Educativo.¹⁸

4.4. Barreras que limitan la realización de la citología cervical.

Barreras psicológicas

En la actualidad aún existen mujeres que sienten pena para acudir a realizarse la citología cervical debido a la exposición y tacto de sus genitales, sobre todo si el prestador de los servicios sanitarios es de sexo masculino; en ocasiones la mujer tiene una mala experiencia que puede deberse a que el personal que realiza la toma es principiante, no tiene experiencia o no sabe tomarlo por lo que la prueba puede tornarse dolorosa, y no le quedarán ganas para volver a realizarse la citología cervical.⁵⁸

Tabla 11: Distribución de las madres según realización de la citología y barreras psicológicas. Colegio Saquisilí. 2015 – 2016.

Barreras psicológicas	Realización citológica cervical				Total	
	Realiza		No realiza		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Presentan	11	30.6	53	68.8	64	56.6
No presentan	25	69.4	24	31.2	49	43.4
Total	36	100	77	100	113	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

Nota explicativa: % sacado en columnas.

La tabla 11 muestra la relación entre la realización de la citología cervical y las barreras psicológicas resultando que el 56.6% (64) presentan barreras y el 43.4% (49) no presentan barreras. De las 77 madres que no realiza la citología el 68.8% presentan barreras psicológicas que limitan la realización de la citología cervical percibidas por las madres. Para el análisis estadístico se utilizó el OR, resultando el valor de 0.119 y el intervalo de confianza de (0.085- 0.470), siendo significativo porque el 1 no está contenido en el intervalo de confianza. Evidenciando que las

barreras psicológicas favorecen a que las madres de familia del Colegio Saquisilí no se realicen la citología cervical antes de la intervención educativa.

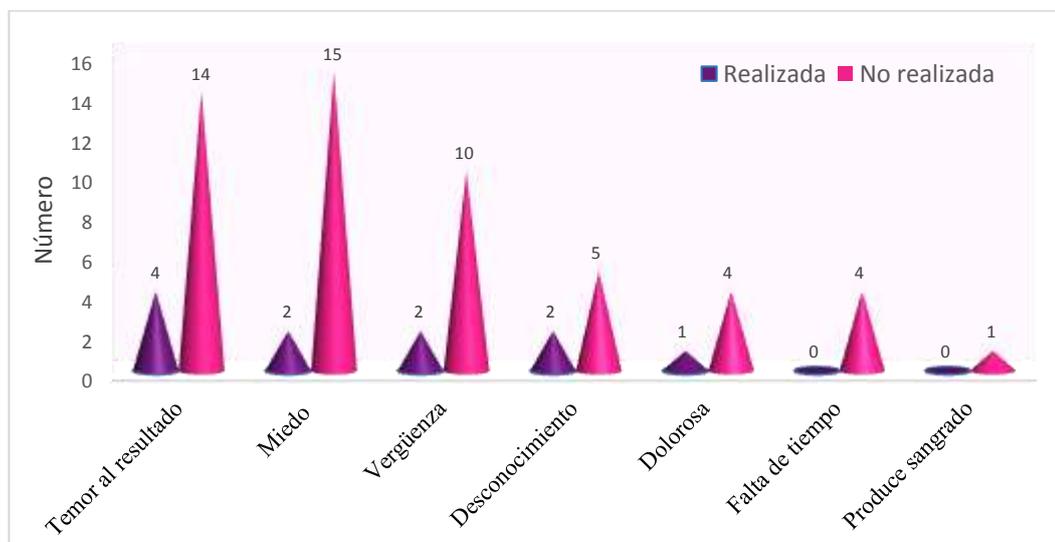


Gráfico 2: Distribución de las madres según realización citología cervical y las barreras psicológicas. Colegio Saquisilí. 2015 – 2016.

Fuente: Tabla 12

En el gráfico 2 se refleja la relación entre la realización de la citología cervical y las barreras psicológicas evidenciando que 13.3% (15) identificó el miedo como la primera categoría, seguida del temor al resultado con 12.4% (14), por la vergüenza con el 8.8% (10) y en menor porcentaje: el desconocimiento, por ser dolorosa, la falta de tiempo y porque produce sangrado, fueron las barreras que limitan la no realización de la citología cervical (Anexo 4).

Existió asociación significativa entre las dos variables con la prueba estadística de Chi 2 de Pearson ($p= 0.016$).

La autora considera que las barreras psicológicas presentes en las madres de familia, tales como: el miedo, la vergüenza, la falta de tiempo, el sangrado que produce, se debe a la falta de educación continua en el tema, además de la influencia de patrones culturales erróneos familiares y sociales, los cuales limitan la realización de la citología cervical.

Los resultados de nuestro estudio es similar al realizado por las doctoras Benalcázar y De la Cruz, resultando que el 26% de la población entrevistada no se ha realizado

nunca una citología exfoliativa de cérvix debido a miedo al dolor, descuido, desconocimiento y falta de solicitud por parte del personal de salud. La mayoría de mujeres que se han realizado alguna vez una citología cervicouterina, la consideran un examen vergonzoso y doloroso.⁹

Barreras en los Servicios de Salud Pública

Determinar cuáles son las posibles barreras entre el sistema de salud y la población para realizar el rastreo de cáncer de cuello de útero, nos permitirá tomar medidas para poder lograr un mayor acceso a la población a la realización de la citología cervical, logrando de esta manera una mayor cobertura en la población estudiada, disminuyendo así la mortalidad por cáncer cervical.⁵⁹

Tabla 12: Distribución de las madres según realización de la citología y barreras en el Servicio de Salud Pública. Colegio Saquisilí. 2015 – 2016.

Barreras en el Servicio de Salud	Realización citológica cervical				Total	
	Realizada		No realizada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presentan	3	8,3	34	44,2	37	32,7
No presentan	33	91,7	43	55,8	76	67,3
Total	36	100	77	100	113	100

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

En la tabla 13, donde se relacionó la realización de la citología cervical con las barreras en el Servicio de Salud Pública percibidas por las madres de familia, resultando que el 32.7% (37) de ellas presentan barreras y el 67.3% (76) no presentan de barreras. Del total de madres que no se realizan la citología el 44.2% (34) presentan barreras que limitan la realización de la citología cervical.

Para el análisis estadístico se asoció las barreras en el Servicio de Salud en dos categorías en presentan y no presentan y se utilizó el OR, resultando el valor de 0.115 y el intervalo de confianza de (0.032- 0.407), siendo significativo porque el 1 no está contenido en el intervalo de confianza. Resultando que las barreras en el

Servicio de Salud Pública favorecen a que las madres de familia del Colegio Saquisilí no se realicen la citología cervical antes de la intervención educativa.



Gráfico 3: Distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras en el Servicio de Salud. Colegio Saquisilí. 2015 – 2016.

Fuente: Tabla 14

En el gráfico 3 se refleja la relación entre la realización de la citología cervical y las barreras en el Servicio de Salud Pública antes de la intervención educativa, evidenciando: dificultad en coger el turno con el 12.4% (14), seguida de la demora en la atención con el 10.6% (12) y en cifras mínimas refieren que no hay materiales, no hay personal y demora en la entrega de los resultados, fueron los motivos para que no se realizaran la citología cervical. Además se determinó con la prueba estadística de Chi 2 Pearson valor de 14.680 y con valor de $p= 0,006$, por tanto existe una asociación significativa entre las dos variables (Anexo 5).

La autora considera que se identificaron en este estudio a 37 madres que presentaron barreras en el Servicio de Salud Pública que limitan la realización de la citología cervical, si se extrapola este valor al universo del estudio se elevaría el número de madres que rechazan la realización de la citología cervical, situación que se podría cambiar con la ejecución de ciertas modificaciones administrativas en el Servicio de Salud a fin de detectar el cáncer cervical en estadios tempranos, Siendo estudios futuros para nuevas investigaciones.

Los resultados del estudio guardan similitud al realizado por los doctores Bard P. et al, evidenciando que el uso ineficiente del tiempo conlleva a la sobrecarga del sistema de salud. Esto se pudo observar en la dinámica de obtención de turnos. Asimismo, los turnos presentan una limitación en cuanto al número: no se dan más de 6 turnos para citología por día. Y finalmente, desde que una mujer se realiza la citología en la Unidad de Salud hasta que le llega el resultado pasan 40 días, sin embargo el tiempo de la práctica no toma más de 10 minutos.⁵⁹

De igual manera este estudio es similar al estudio de los autores Rodríguez G, et al. Sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino”, donde observaron que las principales barreras declaradas fueron las demoras en la sala de espera y en acceder a la fecha y hora para realizarse el estudio en los servicios de salud.⁶⁰

4.5. Verificación de la hipótesis

H₁: La intervención educativa eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

H₀: La intervención educativa no eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

Tabla 15: Conocimientos generales sobre detección oportuna de cáncer cervical. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

	DESPUÉS				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
ANTES	N°	%	N°	%		
Adecuado	8	7.1	0	0.0	8	7.1
Inadecuado	98	86.7	7	6.2	105	92.9
TOTAL	106	93.8	7	6.2	113	100

p= 0.000

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

En la tabla 15, se observa que antes de la intervención educativa el 92.9% (105) tenían conocimientos inadecuados sobre el tema, sin embargo después de la intervención se modificó en un 86.7% (98) a conocimientos adecuados.

Para el análisis estadístico se empleó la prueba de McNemar, resultando la intervención educativa significativa con un nivel de significación del 95% ($p < 0.05$), por lo que podemos:

Rechazar H_0 : La intervención educativa no eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

Aceptar H_1 : La intervención educativa eleva el conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí.

Para aplicar la intervención educativa, fue imprescindible la determinación del nivel de conocimiento y barreras que limitan la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia antes de la intervención, se diseñó y aplicó la intervención educativa basada en el MDO de Bustos, para lo cual se empleó técnicas de enseñanza como: el video debate, presentación de historias reales de mujeres que padecen cáncer cervical, conferencias dialogadas y la demostración de los materiales que se utiliza para la toma de la muestra de la citología, materiales que fueron manipulados para que sintieran textura de la espátula, cepillo endocervical y espejo cervical, a fin de disminuir o eliminar ciertos conocimientos erróneos, mitos o creencias sobre los materiales y la técnica utilizada. Además a las madres que presentaron cierta dificultad en el aprendizaje por el nivel de instrucción, se les reforzó la enseñanza y en cada sesión a todas las madres se les elevó su autoestima en el amor a sí mismas y al final se les comprometió a ser promotoras de salud con su familia y la sociedad, por lo antes mencionado la autora considera que la intervención educativa fue exitosa.

La intervención educativa basada en el MDO de Bustos, fue efectiva al elevar el nivel de conocimiento para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia del Colegio Nacional Saquisilí; siendo similar al estudio realizado por la Dra. Beltrán de la Luz; “Intervención educativa al personal de enfermería adscrito a consultorios de medicina preventiva de la Unidad Medicina Familiar N°9”, quien

utilizó el mismo modelo de intervención educativa, resultando efectiva al aumentar el conocimiento sobre la prevención de la infección por HPV y la detección oportuna del cáncer cervical.¹⁴

De igual manera, la Dra. Paredes, en su estudio “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAM. Filial Barranca, 2010”, evidenció que el 90% de las estudiantes desaprobó la prueba de conocimientos antes de la intervención y después de la intervención solo el 28%.¹⁵

Tabla 13: Distribución de las madres según realización de la citológica. Colegio Saquisilí, enero-junio 2016.

Antes de la intervención	Después de la intervención				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	36	31,9	0	0,0	36	31,9
No	6	5,3	71	62,8	77	68,1
Total	42	37,2	71	62,8	113	100

p= 0.031

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

En la tabla 16 se observa la realización de la citología cervical antes y después de la intervención educativa, evidenciando que el 68.1% de las madres no se realizaron la citología; logrando que seis mujeres (5.3%) se realizaran la citología después de la intervención educativa.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba McNemar, resultando la intervención educativa significativa (p= 0.031), al conseguir que las madres acudieran a realizarse la citología cervical al Servicio de Salud Pública.

La autora considera que existieron mayor número de mujeres que tenían la voluntad de realizarse la citología cervical al finalizar la intervención educativa, pero por situaciones administrativas en el Servicio de Salud no se realizó en esas fechas.

Capítulo 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Predominó en el estudio el grupo de madres adultas medianas, prevaleciendo la instrucción la primaria, la mayoría son casadas y amas de casa. Los factores de riesgo para el cáncer cervical predominantes fueron la presentación de infecciones de transmisión sexual, relaciones sexuales precoces, tener tres o más hijos, haber tenido dos o más parejas sexuales y el escaso uso de los métodos de barrera. Los conocimientos generales para la detección oportuna de cáncer cervical en las madres de familia antes de la intervención fueron inadecuados, sin embargo después de la intervención educativa basada en el MDO de Bustos se modificó a conocimientos adecuados en un alto porcentaje. Además se evidencio la presencia de barreras psicológicas y en el Servicio de Salud Pública que limitan la realización de la citología cervical. Por tanto es indispensable realizar acciones educativas en promoción y prevención a fin de diagnosticar esta enfermedad en estadios tempranos y así mejorar la calidad de vida de la mujer, familia y sociedad, como lo menciona el Modelo de Atención Integral de Salud.

5.2. RECOMENDACIONES

- Exponer a los directivos del Servicio de Salud Pública los resultados del estudio con el fin de disminuir o eliminar las barreras en el Servicio de Salud que limitan la realización de la citología cervical percibidas por algunas madres de familia.
- Continuar realizando la citología cervical a las madres de familia que recibieron la intervención educativa y haciendo el respectivo seguimiento.

- Aplicar la intervención educativa al universo del estudio, para que todas las madres se empoderen del conocimiento sobre el tema y acudan a realizarse la citología cervical a fin de detectar el cáncer cervical en estadios tempranos.
- Que la intervención educativa sea replicada por los Equipos de Atención Integral de Salud a las mujeres de población asignada para que se beneficien del conocimiento y acudan convencidas a realizarse la citología cervical.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. 2nd ed. Ginebra; 2015.
2. Klabunde C, Brown M, Ballard-Barbash R, White M, Thompson T, Plescia M. Cancer Screening — United States, 2010. Centers for Disease Control and Prevention MMWR. 2012 January; 61(3): p. 41-45.
3. Léniz J, Van De Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Puschel K, Ferreccio C. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. Rev. méd. Chile. 2014 ago;; p. 1047-55.
4. Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Informe técnico sigobito: Normativa sobre Papanicolaou e información sobre el tamizaje. Informe técnico. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud; 2014.
5. Cabezas E. Lesiones malignas del útero. In Rigol O ea. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 297- 307.
6. World Health Organization. WHO guidance note. Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Guidance note. Ginebra: World Health Organization; 2013.
7. Riquelme G, Concha X, Urrutia MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012; 77(2): p. 111-15.
8. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev. chil. obstet. ginecol. 2015; 80(2): p. 101-10.
9. Benalcázar Y, De la Cruz E. Barreras que enfrentan las mujeres de 40 a 65 años que acuden a la consulta de ginecología de La Unidad Metropolitana de Salud Sur para la realización de la citología cervicouterina y la comprensión

- del cáncer de cérvix comparadas con las mujeres de 21. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Postgrado en Ginecología y Obstericia; 2014.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Anuario de estadísticas. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Dirección de Estadísticas sociodemográficas; 2013.
 11. Cervantes R. Cumplimiento a SIGOBITO: Normativa sobre Papanicolaou e Información sobre tamizaje. Informe Técnico. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud; 2014.
 12. World Health Organization. Human Papillomavirus and Related Cancers. 3rd ed. Barcelona; 2010.
 13. Martínez M, De la Concepción JC, Pérez A. La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. Rev. Médica Electrónica. 2014 mayo-junio; 36(3): p. 313-24.
 14. Beltrán de la Luz S. "Estrategia educativa basada en el modelo didáctico operativo, para reforzar el conocimiento de enfermería sobre la prevención de la infección por virus del papiloma humano y la detección oportuna de cáncer cervicouterino". Tesis. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud; 2016.
 15. Paredes E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela de Postgrado; 2012.
 16. Vargas T, Montero MA, Sánchez S, Chávez M. Cáncer cérvico uterino. Influencia de un programa educativo. Multimed. 2012; 16(Supl1): p. 1-16.

17. Díaz A, Cedeño M, González E, Beltrán J. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. MEDISAN. 2011 Febrero; 15(2): p. 209-14.
18. Cartaya M, Hernández I, González Y, Álvarez N. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Rev. Archivo Médico. 2010 sep. - oct.; 14(5).
19. Bustos F. Modelo didáctico operativo Colombia: Colina; 2012.
20. Organo del Gobierno del Ecuador. Registro Oficial N° 154 "Componente Normativo para la Detección Oportuna". Catálogo. Quito: Constitución República Ecuador, Registro Oficial; 2010. Report No.: 154.
21. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan de Desarrollo del Buen Vivir 2007-2010. Boletín Informativo. Quito: MSP, SEMPLADES y MCDS; 2008. Report No.: 25.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS Quito; 2012.
23. Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. Prestación de información y orientación para cubrir las necesidades de la comunidad y las usuarias. In Cervicouterino AplPdC. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: Manual para gestores.: Seattle: ACCP; 2006. p. 138-154.
24. Messiete J, Warshaw L J. Protección y promoción de la salud. In Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo.; 2001. p. 15.4-15.8.
25. Ministerio de Salud Pública. Protocolos con evidencia para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino. 13th ed. Quito: La Caracola Editores; 2015.

26. Flores Chamba J. Condiciones que influyen en la realización del papanicolaou en mujeres del Barrio Virgenpamba de la ciudad de Loja. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Carrera de enfermería; 2012.
27. Enciclopedia jurídica; 2014.
28. Urrutia MT y et al. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de Cáncer cervicouterino. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2008; 73(2): p. 98-103.
29. Castro R. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza. La vida en la adversidad. 2000;; p. 540.
30. Tejada L, Hernández L, Pastor M. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino: Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. Gac Sanit. 2012; 26(4).
31. Rodríguez L. Factores Sociales y culturales Determinantes en Salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. In III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP,; 2008; Córdoba-Argentina. p. 1-21.
32. Picón M. Conocimientos, Percepciones, y Prácticas de Mujeres Jóvenes Acerca del Papiloma Virus Humano. 2009; Independent Study Project (ISP) Collection(Paper 732).
33. Medrano Santa Cruz MM. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de papanicolaou. Centro de salud Carlos. Tesis para optar título de licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, E.A.P. de Obstetricia; 2014.
34. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de

- anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): p. 200-11.
35. Bollnow OF. Introducción a la filosofía del conocimiento Buenos Aires; 2001.
 36. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Rev. Espacios. 2005; 26(2): p. 21.
 37. Behar D. Metodología de la investigación A R, editor.: Shalom; 2008.
 38. Macha A, Quiroz N. Conocimientos, actitudes t prácticas del papanicolaou en mujeres del barrio Cerrito de la Libertad. In Crescendo. Ciencias de la Salud. 2015; 2(2): p. 436-46.
 39. Carrasco J, Valera L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín-T, Escuela Académica Profesional de Obstetría; 2011.
 40. Figueroa N. 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 y Tambos; del Distrito de Barranquilla. 2010. Tesis doctoral. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2011.
 41. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Guía de Atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello Uterino. Norma técnica. Colombia: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Promoción y Prevención; 2013.
 42. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención Especialidad DdECCdUMdA, editor. México, DF: IMSS; 2008.

43. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley 19.966: Regimen General de Garantías en Salud. Rev. chil. obstet. ginecol. 2005; 70(2): p. 119-29.
44. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino. Guía detallada. Atlanta: American Cancer Society; 2016.
45. Zaldívar G, Martín F, Sosa C, Ávila J, Lloret M, Román M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012; 77(4): p. 315-21.
46. Moody C, Laimins LA. Human papillomavirus onco-proteins: pathways to transformation. Nat Rev Cancer. 2010; 10(8): p. 550-60.
47. European Society for Medical Oncology. Cáncer de cuello uterino. Una guía para pacientes. 2012: European Society for Medical Oncology, Fundación contra el cáncer; 2012.
48. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2011; 155: p. 698-705.
49. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino. Last Medical Review. 2014;: p. 1- 29.
50. Bhatla N, Puri K, Joseph E, Kriplani A, Iyer VK, Sreenivas V. Association of Chlamydia trachomatis infection with human papillomavirus (HPV) & cervical intraepithelial neoplasia - A pilot study. Indian J Med Res. 2013; 137: p. 533-39.
51. Olivares K, Alonso P. Citología cervical. Gaceta Mexicana de Oncología. 2006 Julio - Agosto: p. 13-14.

52. Acinas O, Fernández S, Gómez JM. Protocolo de detección precoz de cáncer de cervix Cantabria Gd, editor. Cantabria: Dirección General de Salud Pública; 2011.
53. Jaumandreu S. Prueba de Papanicolaou. 2015..
54. Varela S. Citología cervical. Rev. Med. Hondur. 2005 Julio - Agosto; 73(3): p. 131 - 136.
55. Artea A, Ortega V, Ponce F. Cáncer de cuello uterino. Aspectos a tomar en cuenta. Archivo Bolivarianos de Medicina. 2011 Junio; 15(83).
56. Benalcázar Y, De la Cruz E. Barreras que enfrentan las mujeres de 40 a 65 años que acuden a la consulta de ginecología de La Unidad Metropolitana de Salud Sur para la realización de la citología cervicouterina y la comprensión del cáncer de cérvix comparadas con las mujeres de 21. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Postgrado en Ginecología y Obstetricia; 2014.
57. Parra D. Manual de estrategias de enseñanza/aprendizaje Medellín-Colombia; 2003.
58. Ochoa F. Ocho razones por las que no te haces el papanicolaou 2010. [Online].; 2010 [cited 2016 07 06. Available from: <http://drfelipeochoa.com.mx>.
59. Badr P, Buedo P, Chedrese N, Ryll N. Cobertura de PAP: Barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. Rev. Archivos de Medicina Familiar y General. 2012; 9(1): p. 13 - 24.
60. Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I, et al. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Rev. Méd. Urug. 2015 dic.; 31(4): p. 231 - 240.

61. Echeverría E, Aguilar A. Características Clínico - Epidemiológicas del Cáncer de Cuello Uterino en la Provincia de Tungurahua. Re. Oncología SOLCA. 2007 abril - junio; 17(2).

C. MATERIALES DE REFERENCIA

Anexos

Anexo 1. Ficha de consentimiento informado de la participante



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Investigadora: **Mónica Patricia Claudio Reinoso**

Fecha: _____

Yo,..... en
pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADA por la responsable de realizar la presente investigación sobre evaluación de la intervención educativa en la detección oportuna de cáncer cervical, quedando entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también hemos tenido ocasión de aclarar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO: Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para participar de la encuesta. Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma de la encuestada

CI:

Anexo 2. Encuesta Detección Oportuna de Cáncer Cervical (Papanicolaou)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Investigadora: Mónica Patricia Claudio Reinoso

Teléfono _____ Correo electrónico _____ CODIGO: _____

Buen día:

De la manera más atenta y respetuosa solicito su colaboración para contestar el cuestionario de la investigación **intervención educativa para detección oportuna de cáncer cervical**, este instrumento y sus respuestas son de carácter anónimo, confidencial y tiene preguntas sencillas. De antemano, ¡¡¡ Muchas Gracias!!!

Parte A: Información			
(1) Edad _____		(2) Nivel de instrucción	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachiller 5. Superior
(3) Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Separada 5. Divorciada 6. Viuda	(4) ¿Cómo se autoidentifica usted?	1. Mestiza 2. Blanca 3. Indígena 4. Afroecuatoriana
(5) ¿Cuál es su ocupación?	1. Trabajo remunerado 2. Estudiante 3. Ama de casa	(6) ¿Cuántos hijos tiene actualmente?	1. 1-2 2. 3 y más
(7) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	_____	(8) ¿Qué método de planificación familiar utiliza?	1. Orales 2. Inyectables 3. T cobre 4. Implantes 5. Preservativo 6. Otros 7. Ninguno
(9) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?	_____	(10) Presento alguna vez infección vaginal.	1. Si 2.-No 3.-No se
Parte B: Nivel de conocimiento			

(11) ¿Qué es el Papanicolaou?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen para cáncer de ovario 2. Examen para cáncer del cuello del útero 3. Examen para cáncer de vagina 4. No sabe
(12) ¿Con qué frecuencia se recomienda la realización de un Papanicolaou?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada año 2. Cada 3 años 3. Cada 5 años 4. Cada 10 años 5. No sabe
(13) Requisitos para el Papanicolaou	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tener intimidad 72 horas antes 2. No tener menstruación 3. No usar tratamiento vaginal 4. No estar embarazada 5. Tres meses después del parto 6. No sabe
(14) ¿El cáncer de cuello de uterino afecta solo a las mujeres de la 3era edad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe
(15) ¿Cuáles son las causas que incrementan el peligro de tener cáncer de cuello de útero?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener muchos hijos 2. Familiares con cáncer de cuello uterino 3. Fumar 4. Tener muchas parejas sexuales 5. Uso de T de Cobre 6. Tener una infección por papiloma (HPV) 7. Primera relación sexual temprana 8. No sabe
Parte C: Actitudes y creencias sobre cáncer Cervical y Papanicolaou	
Susceptibilidad	
(16) ¿Es importante para Ud. realizarse el Papanicolaou?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe
(17) ¿Cree usted que tiene la posibilidad de padecer cáncer del cuello del útero?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe
Severidad	
(18) ¿Cree usted si se diagnostica cuando comienza el cáncer de cuello de útero se puede curar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe
Beneficios:	
(19) ¿Se ha realizado el Papanicolaou cada año?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Barreras emocionales y en el tiempo utilizado	
(20) ¿Si la respuesta anterior es NO, por qué?	1. Dolorosa 2. Produce sangrado 3. Temor al resultado 4. Dificultades en el centro de salud. Cuáles _____ 5. Otra causa _____ 6. No sabe
Barreras económicas	
(21) ¿Prefiere que le realicen la toma de muestra del Papanicolaou en?	1. Centro de Salud 2. Particular.
Parte D: Prácticas/comportamiento sobre el cáncer cervical y Papanicolaou:	
(22) ¿Va voluntariamente a realizarse el Papanicolaou?	1. Si 2. No
(23) Si su respuesta es Sí: ¿Cada que tiempo acude a la toma de la muestra de Papanicolaou?	1. Cada año 2. Cada 3 años 3. Cada 5 años
(24) ¿Cómo prefiere que se entreguen los resultados del Papanicolaou?	1. Cara cara 2. Por escrito 3. Ambos 4. No tiene importancia
(25) ¿Quién prefiere que le realice la toma de un Papanicolaou?	1. Mujer 2. Hombre 3. No tiene importancia
(26) Si su Papanicolaou muestra un resultado positivo ¿Regresaría para el seguimiento?	1. Si 2. No
(27) Si su respuesta es NO: ¿por qué?	
(28) ¿Si no se ha realizado el Papanicolaou piensa acudir?	1. Si 2. No

Elaborado por: Mónica Claudio Reinoso

Anexo 3: Tabla 4: Distribución de madres de familia según características sociodemográficas. Colegio Saquisilí. 2015 - 2016.

Características sociodemográficas	N	%
Grupos de edad		
20 a 39	46	40.7
40 a 64	67	59.3
Nivel de instrucción		
Analfabeta	4	3.5
Primario	59	52.2
Secundario	13	11.5
Bachiller	18	15.9
Superior	19	16.8
Estado civil		
Soltera	8	7.1
Casada	80	70.8
Unión Libre	17	15.0
Separada	2	1.8
Divorciada	4	3.5
Viuda	2	1.8
Ocupación		
Trabajo remunerado	49	43.4
Ama de casa	64	56.7

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

Anexo 4: Tabla 14: Distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras psicológicas. Colegio Saquisilí. 2015 - 2016.

Barreras psicológicas limitan la citología cervical	Realización de la citología cervical				Total	
	Realizada		No realizada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Ninguna	25	22.1	24	21.2	49	43.4
Temor al resultado	4	3.5	14	12.4	18	15.9
Miedo	2	1.8	15	13.3	17	15.0
Vergüenza	2	1.8	10	8.8	12	10.6
Desconocimiento	2	1.8	5	4.4	7	6.2
Dolorosa	1	0.9	4	3.5	5	4.4
Falta de tiempo	0	0.0	4	3.5	4	3.5
Produce sangrado	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Total	36	31.9	77	68.1	113	100

$$X^2 = 14,192 \text{ gl: } 7 \text{ p} = 0.016$$

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso

Anexo 5: Tabla 15: Distribución de las madres según realización de la citología cervical y las barreras en el Servicio de Salud Pública. Colegio Saquisilí. 2015 - 2016.

Barreras en el Servicio de Salud Pública	Realización de la citología cervical				TOTAL	
	Realizada		No realizada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ninguna	33	29.2	43	38.1	76	67.3
Dificultad en coger el turno	2	1.8	14	12.4	16	14.2
Demora en la atención	1	0.9	12	10.6	13	11.5
No hay personal	0	0.0	5	4.4	5	4.4
No hay materiales	0	0.0	2	1.8	2	1.8
Demora en la entrega de resultados	0	0.0	1	0.9	1	0.9
TOTAL	36	31.9	77	68.1	113	100

$$X^2 = 14.680 \text{ gl: } 5 \quad p = 0,006$$

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Mónica Claudio Reinoso