



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

“DISEÑO DE PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS. BARRIO EL PROGRESO, LICAN, ENERO A JUNIO 2016”

Autora: María Judith Iñiguez Rivera

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre, 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “Diseño De Propuesta de una Estrategia de Intervención Educativa sobre Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en Mujeres de 25 a 64 Años. Barrio El Progreso, Lican, Enero A Junio 2016”, de responsabilidad de la Dra. María Judith Iñiguez Rivera, ha sido minuciosamente revisada y se autoriza su presentación.

Dr. Carlos A. Ladrón de Guevara Gaínza

PRESIDENTE

FIRMA

Dr. Reinerio Rubio Rojas

DIRECTOR DE TESIS

FIRMA

Dr. Juan Carlos Yambay Lata

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dra. Esther María Chagoyen Méndez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Judith Iñiguez Rivera soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

MARÍA JUDITH IÑIGUEZ RIVERA
Cédula de identidad 110312500-9

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, MARÍA JUDITH IÑIGUEZ RIVERA, declaro que el presente Trabajo de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales, los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

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

Riobamba, Diciembre del 2016

MARÍA JUDITH IÑIGUEZ RIVERA

Cédula de identidad 110312500-9

DEDICATORIA

A mis padres Judith Victoria y Miguel Horacio, a los amores de mi vida, mis hermosas hijas Judith Salomé y Andrea Isabel, al Medico William Antonio Manotas y a todos y cada uno de los profesores quienes nos impartieron sus conocimientos con gran empeño y dedicación y quienes me inspiraron para seguir mis sueños y cumplir mis metas, para ellos mis logros.

María Judith

AGRADECIMIENTO

Expreso mi mas sincero agradecimiento en primer lugar a DIOS, porque sin él no estuviera aquí para cumplir mis sueños, a mis profesores, pero en especial a mi tutor Dr. Reinerio Rubio Rojas que me ha impulsado día tras día a seguir adelante y que con tanto esfuerzo y dedicación me ayudo a culminar mis estudios de postgrado y mi tesis y por último a las mujeres del Barrio el Progreso de la comunidad Corona Real que fueron voluntarias para la correcta elaboración de este trabajo.

María Judith

| | |
|--|-------------|
| ÍNDICE | Pag. |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT | xi |
| CAPÍTULO I | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 3 |
| 1.1.1 <i>Formulación del problema</i> | 3 |
| 1.2 Justificación de la investigación | 4 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 5 |
| 1.3.1 <i>Objetivo General</i> | 5 |
| 1.3.2 <i>Objetivos específicos</i> | 5 |
| 1.4 Hipótesis | 5 |
| CAPÍTULO II | |
| 1. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1 Antecedentes del problema | 6 |
| 2.2 Bases teóricas | 7 |
| 2.2.1 <i>Concepto de cervicouterino</i> | 7 |
| 2.2.2 <i>Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino</i> | 8 |
| 2.2.3 <i>Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino</i> | 10 |
| 2.2.4 <i>Detección oportuna para prevenir el cáncer de cuello uterino</i> | 10 |
| 2.2.5 <i>Concepto de Papanicolaou</i> | 12 |
| 2.2.5.1 <i>Procedimiento de la prueba</i> | 14 |
| 2.2.5.2 <i>El sistema Bethesda</i> | 15 |
| 2.3 Conocimiento | 16 |
| 2.3.1 <i>Definición de conocimiento</i> | 15 |
| 2.3.2 <i>Objeto del conocimiento</i> | 17 |
| 2.3.3 <i>Conocimiento filosófico</i> | 18 |
| 2.3.4 <i>Conocimiento científico</i> | 18 |
| 2.3.5 <i>Conocimiento empírico</i> | 18 |
| 2.4 Estrategia de intervención educativa | 19 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|----|
| 3. METODOLOGÍA | 25 |
| 3.1 Tipo y diseño de la investigación | 25 |
| 3.1.1 Criterios de inclusión y de exclusión | 25 |
| 3.2 Población de estudio | 26 |
| 3.3 Variables | 26 |
| 3.3.1 Identificación | 26 |
| 3.3.2 Operacionalización | 27 |
| 3.4 Instrumento | 30 |
| 3.4.1 Fuentes, técnicas e instrumentos para la recolección de la información | 30 |
| 3.4.1.1 Método de recogida de datos | 30 |
| 3.4.1.2 Etapas de la investigación | 30 |
| 3.4.1 Procedimientos de recolección de información | 31 |
| 3.4.2 Características del instrumento | 31 |
| 3.4.3 Validación del instrumento | 31 |
| 3.5 Procedimientos | 33 |
| 3.5.1 Plan de procesamiento y análisis de datos | 34 |
| 3.6 Aspectos éticos | 35 |

CAPÍTULO IV

| | |
|---|----|
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 36 |
| 4.1 Resultados y discusión | 36 |

CAPÍTULO V

| | |
|--|----|
| 5. PROPUESTA | 45 |
| 5.1 Fundamentos | 45 |
| 5.2 Diagnóstico educativo | 47 |
| 5.3 Objetivos | 47 |
| 5.4 Límites | 48 |
| 5.5 Estrategia | 48 |
| 5.6 Actividades | 49 |
| 5.7 Cronograma | 50 |
| 5.8 Evaluación | 50 |

| | | |
|-------------|--|----|
| 5.9 | Presentación del programa | 51 |
| 5.10 | Estructura del programa | 52 |
| 5.11 | Plan temático | 52 |
| | CONCLUSIONES | 54 |
| | RECOMENDACIONES | 55 |
| | BIBLIOGRAFÍA | |
| | ANEXOS | |

LISTA DE TABLAS

Pag.

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Caracterización de las mujeres de 25 a 64 años que intervinieron en el estudio del barrio el Progreso Corona Real, enero a junio 2016..... | 37 |
| Tabla 2. Mujeres de 25 a 64 años según vías de información, sobre el examen de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 38 |
| Tabla 3. Mujeres de 25 a 64 años según conocimiento general sobre el cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 38 |
| Tabla 4. Mujeres de 15 a 49 años según conocimiento de prevención oportuna del cáncer cervicouterino y dimensiones. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 39 |
| Tabla 5. Mujeres de 25 a 64 años según variables sociodemográficas y conocimiento de la prevención oportuna del cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 40 |
| Tabla 6. Mujeres de 25 a 64 años según variables sociodemográficas y nivel de conocimiento dimensión concepto del cáncer cervicouterino y test Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 41 |
| Tabla 7. Mujeres de 25 a 64 años según variables sociodemográficas y Factores de riesgo y síntomas más frecuentes del cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 42 |
| Tabla 8. Mujeres de 25 a 64 años según variables sociodemográficas y usuarias del test de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 43 |
| Tabla 9. Mujeres de 25 a 64 años según variables sociodemográficas y nivel de conocimiento dimensión frecuencia y requisitos del test de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016..... | 44 |

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo el diseño de una propuesta de estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años, de la comunidad el Progreso de la parroquia rural Lican del cantón Riobamba. Se realizó una investigación descriptiva, correlacional, transversal, se aplicó la técnica de la entrevista a un total de 78 mujeres de 25 a 64 años, en la que se recogen datos sobre el conocimiento de las mujeres frente a la detección del cáncer cervicouterino. Para el procesamiento y análisis de la información se diseñó una base de datos en Excel, se utilizó el método estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) y el programa SPSS. En el grupo de mujeres que intervinieron en el estudio predominaron las mujeres del grupo etario de 25 a 34 años (39) 50%, presentaron un nivel de instrucción: básico (25) 32.1%; con un estado conyugal: casadas (45) 57.7%, cuya ocupación fue: trabajadoras (40) 51.3%, número de hijos: uno y dos hijos (18) 23.1% respectivamente y las vías de información fue el personal de salud (55) 70.5%, presentaron un conocimiento no satisfactorio sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino (52), 66.7%. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento síntomas más frecuentes y la variable nivel de instrucción $p = 0.03$. Se concluye que la estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino con el test de Papanicolaou, responde a la necesidad de incrementar el conocimiento que permitirá modificar la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Recomendamos a las autoridades del SCS Lican para acoger los resultados de esta investigación para poner en ejecución la intervención educativa.

PALABRAS CLAVE: <ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN>, <DETECCIÓN OPORTUNA>, <CANCER CERVICOUTERINO>, <CONOCIMIENTO NO SATISFACTORIO>, <CORRELACIÓN SOCIODEMOGRAFICA>, <MUJERES DE 25 A 64 AÑOS>, <PAPANICOLAOU TEST>, <COMUNIDAD PROGRESO>, <PARROQUIA RURAL LICAN>

SUMMARY

This study had as objective the design of a proposal strategy of educational intervention on the timely detection of cervical cancer in women from 25 to 64 years, of the community El Progreso of the rural locality Lican, of canton Riobamba. A descriptive research was conducted, correlational, transverse. The technique applied was the interview with a total of 78 women from 25-64 years old, in which data were collected about their knowledge about the timely detection of cervical cancer. For the processing and analysis, of the information was designed a database in Excel, statistical method used was the chi-square test (χ^2) and the SPSS program. The group of women subject to this study prevalence the age groups of 25 to 34 years (39) 50%, with a basic instruction level (25) 32.1%; marital status married (45) 57.7%, of whom work (40) 51.3%, with an average of one and two children (18) 23.1%, the source of information was the health personnel (55)70,5%, of the studied sample (52) women 66,7%, presented a knowledge not satisfactory on the timely detection of cervical cancer. It detected a statistically significant relation between the dimension of knowledge, most frequent symptoms and the variable level of instruction $p = 0.03$. This study concluded that the strategy of educational intervention on the timely detection of cervical cancer with the Pap test, answer to the need to increase the knowledge that will allow modifying the timely detection of cervical cancer. It recommend to the authorities of Health Center of Lican to know the results of this study and carry out the strategy of educational intervention.

KEY WORDS: <INTERVENTION STRATEGY>, <TIMELY DETECTION>, <CERVICAL CANCER>, <NOT SATISFACTORY KNOWLEDGE>, <CORRELATION SOCIODEMOGRAPHIC >, <WOMEN FROM 25 TO 64 YEARS>, <PAP TEST>, <COMMUNITY PROGRESS>, < RURAL PARISH LICAN >

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello de Útero (CCU) constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es el segundo cáncer más común entre mujeres y corresponde al 10% del total de nuevos casos de cáncer. En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres.

El CCU interfiere en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo y producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales.

El CCU puede ser controlado si es detectado precozmente, porque las posibilidades de cura son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento. O sea, cuanto más precoz el diagnóstico, mayor las posibilidades de cura. Se estima que cerca del 90 % de las mujeres que viven en países en desarrollo nunca se han realizado un examen orientado a la detección precoz de CCU. (Schorge, Et al, 2015)

Los programas de detección y control del CCU son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas. El Papanicolaou de cérvix, es un método de diagnóstico, que consiste en el estudio de las células exfoliadas del cuello uterino. Desde 1943 en que Traut y Papanicolaou desarrollaron la técnica, ha sido ampliamente utilizado en todo el mundo para detectar lesiones importantes en pacientes que son sintomáticas y en quienes los cambios significativos no son detectados al ser examinadas. Es una prueba relativamente económica, que es bastante accesible para toda la población y que no requiere de mayor capacitación del personal de salud para tomar la muestra. (Berek & Novak, 2015)

Ha sido demostrado que la práctica sistemática de un programa de detección basado en la citología cérvico-vaginal, reduce la incidencia de estadios invasores de cáncer del cuello

uterino, así como también puede detectar infecciones vaginales y dar información sobre el ciclo hormonal de la paciente.

La prueba de Papanicolaou permite detectar el cáncer del útero desde sus etapas iniciales; y gracias a esta prueba, este tipo de enfermedad es casi siempre curable. La mejor forma de evitar estas complicaciones es realizándose un chequeo rutinario y con regularidad, el cual incluye el test de Papanicolaou y el examen pélvico

El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública, especialmente cuando se pretende mejorar la salud materna como uno de los objetivos de desarrollo para el milenio en Ecuador. Es el tercer cáncer más frecuente en el mundo y el segundo en las mujeres de los países en vías de desarrollo. Una de las principales causas de muerte en las mujeres del Ecuador es el cáncer de cuello uterino. Esta enfermedad en sus inicios no presenta síntomas, sino que avanza sigilosamente sin que, quien la padece pueda darse cuenta. Cuando la enfermedad está avanzada, recién empiezan a aparecer los síntomas.

Según las estadísticas “en Ecuador, el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años”. Para prevenir el cáncer uterino y mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres, el Ministerio de Salud Pública se encuentra motivando constantemente a través de diferentes Programas a la realización periódica del examen de Papanicolaou. (Schorge, Et al, 2015)

En la comunidad de Corona Real la población es rural, el universo (78) mujeres de entre las edades de 25 a 64 años, de ellas solo se han realizado el test de Papanicolaou hasta el momento son 34 mujeres representando el 17.3% del total de los casos, de estas 34 mujeres 6 de ellas presentaron lesiones premalignas del cuello que representa el 17.6%, constituyendo un gran problema para el sistema de salud, pudiendo estar ante la presencia de morbilidad oculta de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Debido a esta problemática y con una baja cobertura de la realización del test de Papanicolaou (ASIS 2014).

Por lo expuesto anteriormente el objetivo del presente estudio es determinar el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres de 25 a 64 años y su relación con las variables sociodemográficas.

1.1 Planteamiento del problema

Como situación problemática se puede observar un incremento de la incidencia de cáncer de cuello uterino a nivel mundial. Según las estadísticas “en Ecuador, el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años”. Para prevenir el cáncer uterino y mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se encuentra motivando constantemente a través de diferentes Programas a la realización periódica del examen de Papanicolaou. Según estudios de mortalidad, en el Ecuador mueren diariamente de 1 a 2 mujeres por cáncer al cuello del útero. (Programa de Ginecología y Obstetricia, 2010)

El desarrollo de la citología exfoliativa, también conocida como la prueba de Papanicolaou, utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención de Cáncer de cuello uterino. Al respecto los Programas de Detección Oportuna de Cáncer Cervical han mostrado ser efectivos en la gran mayoría de los países desarrollados. (Corral, 2011)

1.1.1 *Formulación del problema*

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino, la realización del test Papanicolaou y las variables sociodemográficas, estado civil, edad, nivel de instrucción y ocupación en las mujeres de 25 a 64 años de la comunidad Corona Real en el período comprendido de enero a junio del 2016.?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino para incrementar la realización del test de Papanicolaou en las mujeres de 25 a 64 años de la comunidad Corona Real?

1.2 Justificación de la investigación

Según las estadísticas “en Ecuador, el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 35 años”. Para prevenir el cáncer uterino y mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se encuentra motivando constantemente a través de diferentes Programas a la realización periódica del examen de Papanicolaou. Según estudios de mortalidad, en el Ecuador mueren diariamente de 1 a 2 mujeres por cáncer al cuello del útero. (INEC, 2015).

En la comunidad objeto de estudio se han encontrado en las mujeres que hasta el momento se han realizado la prueba o Papanicolaou test una persona con cáncer cervicouterino, 5 de ellas con lesiones premalignas que han requerido otros estudios más complejos como la colposcopia y siendo que cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo. (Sociedad española de ginecología y obstetricia, 2012)

La baja cobertura de la realización del test de Papanicolaou en la unidad operativa y que hasta el momento se les ha realizado el test a tan solo 34 mujeres representando el 17.3% del total de los casos, de estas 34 mujeres 6 de ellas presentaron lesiones premalignas del cuello que representa el 17.6%, constituyendo un gran problema para el sistema de salud, pudiendo estar ante la presencia de morbilidad oculta de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino, y siendo el cáncer cervicouterino, evidenciado por los estudios epidemiológicos como la problemática expuesta en la comunidad femenina objeto de estudio, constituye la principal justificación de las actividades educativas a realizar.

Por lo antes expresado, resulta importante realizar este estudio que permitirá identificar el conocimientos sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años y a partir de los resultados se diseñará una estrategia de intervención educativa para promover la realización de test de Papanicolaou.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años de la comunidad Corona Real en el período de enero a junio 2016.

1.3.2 Específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres de 25 a 64 años.
3. Identificar la posible relación entre conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino y las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Diseñar la estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años.

1.4 Hipótesis de investigación

Existe relación entre el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino, la realización del test Papanicolaou y las variables sociodemográficas, estado civil, edad, nivel de instrucción y ocupación en las mujeres de 25 a 64 años de la comunidad Corona Real.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. Antecedentes históricos del problema

En un estudio realizado en Perú por (Huamaní, 2010) quien realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú en el año 2007, donde la edad promedio fue de $27,1 \pm 7,6$ años, el 46% fueron solteras, y el 93% tenía un nivel de instrucción secundario a superior; sobre el conocimiento del PAP se consideró como alto en el 22,7%; el 64,8% sabía en qué consistía la toma de PAP y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de PAP. Las principales características de riesgo presentes eran no tener una historia de PAP en el 33,8%, y más de tres partos vaginales en el 11,7%. La prevalencia de un conocimiento bajo sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado en el análisis multivariado a tener un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada.

En una investigación realizada en Veracruz, México por (Martínez & Vázquez, 2010) quienes realizaron una investigación sobre la actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz, México en el año 2010, en donde se evidencia que las mujeres en edad de 26 a 30 y 41 a 45 años, se realizan dos veces por año el PAP, respecto a la escolaridad, las mujeres que se practican una vez al año el PAP son las de primaria con un 24.2%, presentando un conocimiento favorable para con la toma a pesar del bajo nivel de escolaridad.

Otro estudio realizado en Colombia Barranquilla por (Figuroa, 2010) quien realizó una investigación sobre conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvicouterina en donde se evidencia que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas se encuentra entre los 20 y 39 años, 57,3%. Más del 90% tienen baja escolaridad, solo el 7,3% labora, ya sea como empleada o como trabajador independiente. Al establecer la relación entre el conocimiento de las encuestadas con los aspectos sociodemográficos ocurre con las

variables estado civil, escolaridad y ocupación, donde en unión libre, primaria y condición de ama de casa,

2.2 Bases teóricas

2.2.1 *Concepto de cervicouterino*

Una enfermedad grave es el cáncer de cuello de útero se percibe como, incurable, invasiva, y ligada a la muerte, con un progresivo avance sobre el organismo. “algunos de los sinónimos para esta enfermedad son: “pudrición” “llaga”, “infección” que las mujeres utilizan para describir la enfermedad.

La “pudrición”, guarda relación con el avanzado estadio del cáncer de cuello de útero que puede causar flujo con olor fétido, pero también con la idea de descomposición orgánica y muerte.

Dicho proceso lleva aproximadamente 10 a 15 años, por lo que afortunadamente la historia natural prolongada de la neoplasia cervical permite diagnosticar y tratar la enfermedad en forma precoz. La transformación maligna del epitelio de cuello uterino suele ser lenta y pasa por distintos estadios evolutivos. (Kumar, 2010)

El carcinoma de cuello uterino en los países en desarrollo continúa siendo una de las principales causas de muerte en la mujer. Esto se debe a la falta de concientización de la mujer acerca de la importancia del tema, y fundamentalmente a la falta de campañas masivas de detección y tratamiento de la enfermedad en las etapas pre invasoras. (Hernández, 2012)

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer de cuello uterino están: el número de compañeros sexuales de la mujer, la promiscuidad y las infecciones repetidas. Entre los más consistentes de las identificadas en cancerología humana se encuentra la asociación observada entre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix. (Diestro, 2012).

2.2.2 Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Pero tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que se padecerá la enfermedad. Varios factores de riesgo aumentan sus probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres con estos factores de riesgo no padecen esta enfermedad. Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los 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, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas. (American Cancer Society. 2014).

- **Infección por el virus del papiloma humano:** El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros.
- **Tabaquismo:** Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones.
- **Inmunosupresión:** El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), ocasiona daño al sistema inmunológico y provoca que las mujeres estén en un mayor riesgo de infección con VPH. Esto podría, en parte, explicar el riesgo aumentado de cáncer de cuello uterino en las mujeres, otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune.

- **Infección con clamidia:** La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.
- **Sobrepeso:** Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.
- **Uso prolongado de anticonceptivos orales:** 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.
- **Una mujer con múltiples parejas sexuales:** independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar preservativos para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- **Tener muchos embarazos a término:** Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto.
- **Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término:** Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término 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 después.
- **Pobreza** La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que

es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres y cánceres de cuello uterino. (American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014).

2.2.3 Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino

Usualmente las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana o lesiones premalignas no presentan síntomas, los síntomas a menudo no comienzan hasta que un precáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después de sostener coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual, sangrado después del examen pélvico es un síntoma común del cáncer de cuello uterino, pero no de precáncer.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante el coito vaginal.

Estos síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino como por ejemplo, una infección que puede causar dolor o sangrado. Aun así, aunque se haya estado haciendo regularmente las pruebas de Papanicolaou, si es una infección, se necesitará tratamiento, de ser cáncer, ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz. (American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014).

2.2.4 Detección oportuna para prevenir el cáncer de cuello uterino

Los cambios precancerosos son la forma más común de comenzar con un cáncer de cuello uterino, hay dos formas de detener el origen de esta enfermedad.

- Una manera consiste en encontrar y tratar los pre cánceres antes de que se tornen en verdaderos cánceres, y

- La otra manera es prevenir el pre cáncer.

La detección oportuna de para prevenir las lesiones pre cancerígenas de cuello uterino, con una manera bien comprobada consiste en hacerse pruebas de detección para encontrar pre cánceres antes de que se tornen en cánceres invasivos.

- La prueba de Papanicolaou y
- La prueba del VPH (virus de papiloma humano) son las pruebas usadas para esto.

Si se encuentra un precáncer, se puede tratar al detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. Por esta razón es muy importante que las mujeres se realicen las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. La mayoría de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho pruebas de detección con regularidad.

- Todas las mujeres deben comenzar las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino a la edad de 21 años. Las mujeres de 21 a 29 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada 3 años. La prueba del VPH no se debe usar como prueba de detección en este grupo de edad (se puede usar como parte del seguimiento de una prueba de Papanicolaou con resultado anormal).
- A partir de los 30 años, el método preferido de detección consiste en una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba de VPH cada 5 años. A esto se le llama prueba conjunta y debe continuar hasta los 65 años. Otra opción razonable para las mujeres de 30 a 65 años consiste en realizar solamente la prueba de Papanicolaou cada 3 años.
- Puede que las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de cuello uterino debido a un sistema inmunológico suprimido (por ejemplo, debido a infección por VIH, trasplante de órgano, o uso prolongado de esteroides), necesiten hacerse las pruebas de detección con más frecuencia.
- Las mujeres mayores de 65 años que se han hecho regularmente las pruebas de detección en los últimos 10 años pueden dejar de hacerse las pruebas siempre y cuando no se haya encontrado ningún precáncer grave (como neoplasia intraepitelial cervical CIN2 o CIN3) en los últimos 20 años “Las mujeres con

antecedentes de CIN2 o CIN3 deben continuar con las pruebas al menos 20 años después de haber detectado la anomalía.

- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) pueden dejar de hacerse las pruebas (como las pruebas de Papanicolaou y las pruebas de VPH), a menos que la histerectomía se haya hecho como tratamiento de precáncer de cuello uterino (o cáncer). Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino (una histerectomía supracervical) deben continuar las pruebas de detección de este cáncer.
- Las mujeres de cualquier edad **NO** deben hacerse las pruebas cada año mediante cualquier método de detección.
- Las mujeres que han sido vacunadas contra el VPH deberán aún seguir haciéndose las pruebas de Papanicolaou y HPV ya que esta no cubre todos los tipos de sepas.

2.2.5 Concepto de Papanicolaou

Procedimiento en el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino. Las células extraídas se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer. (Diccionario de cáncer 2014)

Llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada **citología vaginal**, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.

Una prueba de Papanicolaou también puede ayudar a encontrar otras afecciones como infecciones o inflamaciones. A veces, se realiza al mismo tiempo que un examen pélvico o un examen para detectar ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). También se llama frotis de Pap y prueba de Pap. (Diccionario de cáncer, 2014)

El Papanicolaou es uno de los métodos de diagnóstico utilizados en Salud Pública, para reducir la incidencia de cáncer de útero. Sin embargo esto ha sido efectivo sólo en los países desarrollados, dado que la existencia de una infraestructura sanitaria confiable es un requisito previo para este abordaje. Sería difícil implementar un programa de control

organizado en los países en vías de desarrollo, donde los recursos son escasos. Si bien en los países en vías de desarrollo se realizan controles citológicos, son mayormente en el contexto del tamizaje oportunista que es a menudo de calidad deficiente en términos de cobertura de la población.

En general los servicios se ofertan sin un enfoque de calidad y seguridad del paciente que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria lo que se expresa en condicionantes que rigen la demanda de la citología cervical.

La citología cervical es un examen indispensable de la mujer en edad fértil y sexualmente activa. El acceso a la misma está referido a la capacidad que tienen las mujeres de buscar el servicio y obtener la atención. En varias oportunidades se obvia por temor o desconocimiento de la importancia de esta prueba por parte de las mujeres y la poca o insuficiente oferta de este servicio en las unidades de salud en la atención a la mujer (OPS, 2012).

Estudio que consiste en la toma para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina.

El cuello uterino es la parte más baja del útero, embriológicamente se origina de la fusión de los conductos de Müller, es de aspecto cilíndrico o cónico pero presenta amplias variaciones de forma y tamaño, aumenta en las mujeres multíparas entre 2.5 a 3.0 cm con respecto a las nulíparas. (Colombia Seguro Social, 2009)

El cuello uterino está tapizado por dos tipos de epitelio, el exocervical, que es plano pavimentoso y el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor. El sitio de unión de ambos epitelios es muy variable, ya que está relacionado con la edad, y depende en gran parte de la acción de las hormonas ováricas, de la menarca, del coito y del embarazo. El sitio de unión de estos dos epitelios se llama zona de unión escamo-columnar y consiste en un área dinámica, sujeta a fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en epitelio pavimentoso.

En el cuello uterino, el área donde colindan los epitelios pavimentoso y cilíndricos se denomina unión escamo-columnar original. Históricamente consiste en una unión neta bien definida. La metaplasia es un fenómeno habitual, sobre todo en ciertas épocas de la

vida y bajo determinadas circunstancias; esencialmente es un cambio fisiológico, normal y dinámico que se origina fundamentalmente en el orificio externo del cuello. (Alonso, 2012).

Tan temido como antiguo, el cáncer es un padecimiento que continúa siendo aún en el siglo XXI, una incógnita para el hombre, Las neoplasias malignas constituyen enfermedades cuyo origen aún se explora y son de tratamiento parcialmente eficaz.

2.2.5.1 Procedimiento de la prueba

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos:

- Rotulación de la lámina: previo a la toma de la muestra, la laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de la paciente, en la superficie inferior de la laminilla.
- Visualización del cuello uterino: la zona de transformación (unión del exo y endocervix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc.
- Recolección de la muestra: existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocervix, zona de transformación y endocervix que incluyen cepillos endocervicales, espátulas de madera y plásticas.
- Realización del extendido: la muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla, no frotarla, debe fijarse inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95 grados es suficiente 10 a 15.
- Envío a laboratorios de citología: las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales, de plástico, madera o cartón, junto con sus respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología

2.2.5.1 El sistema Bethesda

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cervicouterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 o más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NIC) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda.

| Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema Bethesda | |
|--|--|
| Sistema de Bethesda | Histología |
| Células escamosas (o glandulares) atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS) | Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica |
| Lesión intra epitelial de bajo grado (LIE B) | Cambios koilocíticos Neoplasia intra epitelial cervical (NIC I): displasia leve |
| Lesión intra epitelial de alto grado (LIE A) | NIC 2: displasia moderada NIC 3: displasia grave CIS: cáncer insitu |
| Carcinoma invasivo | Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma |

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”. Por otro lado las mujeres que no tienen acceso a un seguro social frecuentan el centro de salud que la mayoría de veces las atienden de la manera menos esperada, por lo que optan consultar a líderes comunitarios como curanderos, comadronas tradicionales, que muchas veces influyen en forma negativa sobre las instituciones de salud y su personal, perdiendo las oportunidades de atención, o lo que es peor promoviendo actividades nocivas para la salud (Castro, 2010).

La deficiente información sobre un tema en específico, como es el caso del Papanicolaou, da como resultado una falsa idea de no riesgo, lo que conlleva a la no iniciación de medidas, de detección precoz o curativa. Obviamente si una mujer nunca recibió información sobre el tema y no sabe lo que es una infección por Virus del Papiloma

Humano, el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, o para que sirva un examen de Papanicolaou, es altamente probable que nunca se lo vaya a realizar (Zaberlin, 2011).

La acción de recibir lo que dan u ofrecen, si lo relacionamos con el examen del Papanicolaou nos referimos a que las mujeres se realizan este procedimiento con el conocimiento de cómo es en sí y los beneficios que tendrá.

El miedo es una de las categorías más nombradas por las mujeres, tanto en lo referente a los motivos para no realizarse el Papanicolaou, como para no acudir a buscar el resultado. La referencia a: *„miedo al dolor*, señalando claramente que el miedo está relacionado al dolor y a su vez al desconocimiento del procedimiento.

Con todos los elementos antes planteados y dada su importancia es que decidimos realizar el estudio en nuestra población que cada día se ve más afectada por procesos perfectamente prevenibles y que mejoran la calidad de vida de las mujeres y por consiguiente de la familia. (Castro 2010).

2.3 Conocimiento

2.3.1 Definición de conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto.

El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo); la ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental; la forma sistemática de generar

conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. Así mismo, conocimiento hace referencia a una persona con la que se tiene relación o trato pero sin llegar a tener una amistad como yo tengo conocimiento de lo que hace ese señor. (Alcocer, 2011).

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información. (Belly, 2002).

2.3.1 *Objeto del conocimiento*

Aspectos, propiedades y relaciones de los objetos, fijados en la experiencia e incluidos en el proceso de la actividad práctica del hombre, investigados con un fin determinado en unas condiciones y circunstancias dadas. Según sea el nivel a que haya llegado el conocimiento en su desarrollo, pueden también investigarse fenómenos cuya esencia sea ya conocida en cierto grado.

En este caso, se entra en conocimiento de las leyes principales y más generales del objeto, cuya esencia llega a descubrirse con mayor profundidad, y el conocimiento avanza de una esencia de primer orden. A medida que progresa el saber acerca de un objeto, se descubren del mismo nuevas facetas, que se convierten en objeto del conocimiento. Distintas ciencias sobre un mismo objeto poseen diferentes objetos de conocimiento.

El objeto del conocimiento es objetivo en sentido de que su contenido es independiente de cada hombre y de la humanidad. En cada caso particular, la elección que hace el

hombre de los conocimientos aparentemente puede ser arbitraria y subjetiva, más en último término dicha elección está determinada por las necesidades y el nivel de desarrollo de la práctica social.

El objeto del conocimiento puede estar o no estar inmediatamente dado en los sentidos. En este último caso, se estudia a través de sus manifestaciones. En su totalidad y autodesarrollo, el objeto llega a ser conocimiento por el movimiento del pensar, que va de lo abstracto a lo concreto. El propio proceso de la cognición puede ser objeto del conocimiento.

Existe diversos tipos de conocimientos como; conocimiento mutuo es un tipo de conocimiento que comparte dos o más personas, conocimiento teológico es el conocimiento relativo a Dios que se llega mediante la aceptación de la revelación divina, conocimiento artístico es aquel que comunica ideas, pensamientos y sentimientos, conocimiento intelectual es la facultad del ser humano que lo distingue de los animales, conocimiento cultural es cuando en una organización se utilizan términos, procedimientos, acordados internamente.

2.3.2 Conocimiento filosófico

El conocimiento filosófico se obtiene a través de documentos, razonamiento sistemático y metódico acerca de la naturaleza y existencia humana. El conocimiento filosófico es racional, analítico, totalizador, crítico e histórico. (Belly, 2002).

2.3.3 Conocimiento científico

El conocimiento científico es aquel que se adquiere a través de medios metódicos con el fin de explicar el porqué de las cosas y sus aconteceres. El conocimiento científico es demostrable ya que cualquier persona o científico puede verificar las afirmaciones o falsedad de los hechos, así mismo, es crítico, racional, universal y objetivo. (Belly, 2002)

2.3.4 Conocimiento empírico

El conocimiento empírico puede ser señalado como el conocimiento vulgar, es aquel que se adquiere a través de las vivencias y experiencias propias, del medio donde el hombre se desenvuelve, es un conocimiento que se obtiene sin haberlo estudiado ni aplicado ningún método. (García, 2000).

2.4 Estrategia de intervención educativa

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Metodología en la educación sanitaria. 2007)

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

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la situación existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas.(Planeación Estratégica. 2005)

De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica. Diversos autores coinciden al señalar que las estrategias son instrumentos de la actividad cognoscitiva que permite al sujeto determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones. (Díaz, 2003)

El término intervención se refiere a la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada, al proceso de educación para la salud. La intervención considera dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian

otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio.

Toda intervención tiene en su base la idea del cambio intencionalmente provocado, pero ello supone: el diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento. (Ramírez, 2006)

En la elaboración de la estrategia de intervención deben estar presentes los siguientes elementos:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto; diagnóstico de la situación actual, qué es lo que se necesita intervenir.
- Definición de la misión, referida a delimitar, qué se debe hacer.
- Planteamiento de objetivos, cuáles son los propósitos de la intervención.
- Establecimiento de las metas, es importante por cuatro razones: proporcionan un sentido de dirección, y la organización del sistema refuerza su motivación y encuentran una fuente de inspiración para rebasar los inevitables obstáculos que encuentran; permiten enfocar los esfuerzos e integrar las acciones; guían la planificación de las actividades y ayudan a evaluar el progreso.
- Análisis del ambiente, facilita la identificación de cuáles aspectos del ambiente ejercerán influencia para alcanzar los objetivos, así mismo permite descubrir cuáles son las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan.

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en

consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población. (García, et al 2000)

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: 1. Permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; 2. Implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y 3. Interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo.

Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento

de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia. Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado. (Valentín, 2014)

Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la

sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral. (Secretaría General Técnica Ministerio de Sanidad y Consumo 2003)

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo.

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

Para este trabajo asumiremos el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “*Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud. (Domínguez, 2016)

CAPITULO III

2 METODOLOGÍA:

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Clasificación de la investigación: Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008).

Nivel de investigación: Descriptiva, transversal.

Tipo de estudio: Correlacional

Población de estudio: La población de estudio estuvo constituida por las mujeres de 25 y 64 años del barrio el Progreso. Se trabajó con un universo de 78 mujeres.

Localización y Temporización: Barrio el Progreso de la comunidad Corona Real, parroquia rural Lican. Distrito Chambo – Riobamba. Provincia Chimborazo en el período de enero a de junio de 2016.

Criterios de selección de la población: Definieron los criterios de inclusión, exclusión y de salida de la investigación.

3.1.1 *Criterios de inclusión y de exclusión*

1. *Criterios de inclusión.*

- Mujeres comprendidas entre 25 y 64 años pertenecientes al barrio el Progreso.
- Residir en este barrio al momento del estudio.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado, de participación en el estudio.

2. *Criterios de exclusión*

- Presentar una enfermedad invalidante o discapacidad intelectual.

- Mujeres histerectomizadas por una enfermedad benigna.

3. Criterios de salida

- Abandono del estudio por cualquier causa.

3.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por las mujeres de 25 y 64 años del barrio el Progreso de la comunidad Corona Real de la parroquia rural Lican. Se trabajó con un universo de 78 mujeres.

3.3 Variables

3.3.1 Identificación

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado conyugal
- Ocupación
- Número de hijos
- Vías de información
- Conocimiento

Para dar salida a las variables conocimiento se estudiarán las siguientes dimensiones.

- El conocimiento de las mujeres acerca del concepto de cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou.
- El conocimiento de las mujeres acerca de los factores de riesgo y síntomas más frecuentes del cáncer cervicouterino.
- El conocimiento de las mujeres acerca de las usuarias del test de Papanicolaou.
- El conocimiento de las mujeres acerca de la frecuencia y los requisitos para la realización del test de Papanicolaou.

3.3.2 Operacionalización

| Tipo variable | Escala | Descripción | Indicador |
|--------------------------|---|---|--|
| Cuantitativa Continua | 25 - 34 35 - 44 45 - 54 55 - 64 | Según años cumplidos | % de mujeres de 25 a 64 según grupo de edad. |
| Cualitativa ordinal | Básica sin terminar Básica Bachiller Superior Ninguno | Según último año de educación culminado Básica sin terminar: No culminó el séptimo año de educación Básica: Culminó el séptimo año de educación básica Bachiller: Culminó el tercer año de bachillerato Superior: Culminó la carrera universitaria o técnica Ninguno: No sabe leer ni escribir | % de mujeres de 25 a 64 años por nivel de instrucción. |
| Cualitativa nominal | Casada Soltera Divorciada Viuda | En términos del estatus legal del matrimonio | % de mujeres de 25 a 64 años según el estado civil |

| Tipo variable | Escala | Descripción | Indicador |
|-----------------------|---|---|--|
| Cualitativa nominal | Ama de casa Estudiante Trabajadora Pensionada Jubilada | En términos de la actividad laboral que realice | % de mujeres de 25 a 64 años según la ocupación |
| Cuantitativa continua | No tiene hijos Un hijo Dos hijos Tres hijos Cuatro o más hijo | Según el número de hijos que tenga | % de mujeres de 25 a 64 años según el número de hijos |
| Cualitativa nominal | Madre Hermanos (as) Profesor Amigo Médico Internet Televisión Radio Otros | En términos de quien o en donde obtuvo la información | % de mujeres de 25 a 64 años según las vías de información |

| Variable | Tipo variable | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---------------------|---------------------------------------|--|--|
| Conocimiento de las mujeres acerca del concepto de cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou | Cualitativa nominal | Satisfactorio No satisfactorio | Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al concepto de cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas | % de mujeres de 25 a 64 años según conocimiento sobre concepto de cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou |
| Conocimiento de las mujeres acerca de los factores de riesgo y síntomas más frecuentes para presentar cáncer cervicouterino | Cualitativa nominal | Satisfactorio No satisfactorio | Respuesta a un conjunto de preguntas referidas acerca de los factores de riesgo y síntomas más frecuentes para presentar cáncer cervicouterino Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas | % de mujeres de 25 a 64 años según conocimiento sobre de los factores de riesgo y síntomas más frecuentes para presentar cáncer cervicouterino |
| Conocimiento de las mujeres acerca de las usuarias del test de Papanicolaou. | Cualitativa nominal | Satisfactorio No satisfactorio | Respuesta a un conjunto de preguntas referidas acerca de las usuarias del test de Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas | % de mujeres de 25 a 64 años según las usuarias del test de Papanicolaou. |
| Conocimiento de las mujeres acerca de la frecuencia y los requisitos con que se realiza el test de Papanicolaou. | Cualitativa nominal | Satisfactorio No satisfactorio | Respuesta a un conjunto de preguntas referidas acerca de la frecuencia y requisitos con que se realiza el test de Papanicolaou Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas | % de mujeres de 25 a 64 años según la frecuencia y requisitos con que se realiza el test de Papanicolaou. |

3.4 Instrumento

3.4.1 Fuentes, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

3.4.1.1 Método de recogida de datos

La obtención del conocimiento se realizó mediante entrevista utilizando el mismo instrumento, consistente en un cuestionario, que fue diseñado por el investigador previamente. El instrumento fue aplicado en dos momentos durante la primera y tercera etapa y sometido a la consideración de expertos constituido por 6 miembros y se efectuó una prueba piloto en 20 madres con características similares, que no forman parte del estudio con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación. La validación se realizó en dos vertientes: Primero se estudió la confiabilidad y la consistencia interna y según los resultados obtenidos se procedió a estudiar la validez del instrumento.

3.4.1.2 Etapas de la investigación

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedado validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años que dio salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años y las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre el conocimiento acerca de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años, que incluyó acciones de

información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto. Esta etapa dio salida al primer objetivo específico. Se aplicó una entrevista para caracterizar el grupo de estudio y determinar el conocimiento inicial sobre cáncer cérvico uterino. Una vez que se identificó las necesidades de aprendizaje se elaboró el programa educativo.

3.4.1 Procedimientos de recolección de información

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que se sometió a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte 20 mujeres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

3.4.2 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas y otra que contempla un test de conocimientos. El conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años, fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se consideró una sola alternativa correcta. El sistema de puntuación que se emplea es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.4.3 Validación del instrumento

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

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

- Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.
- Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.
- Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.
- Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

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

El estudio piloto se realizó con 20 mujeres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo

participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

3.5 Procedimientos

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema (conocimiento sobre la detección precoz del cáncer cérvicouterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad del barrio el progreso) logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de tres momentos:

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

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia.
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados.

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

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. La evaluación de la estrategia educativa se realizara de tres formas: para la evaluación de los resultados se aplicara el mismo cuestionario utilizado en el diagnóstico, para la evaluación de las actividades emplearemos la técnica del PNI que consiste en que los participantes expresan su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante al finalizar cada tema y para las evaluaciones del proceso se aplicara una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación(cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas. El currículo de la estrategia de intervención educativa aparece en el anexo número 3.

3.5.1 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluirán en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se hará utilizando porcentajes y medias. Se empleará el estadístico Chi-Cuadrado (χ^2) para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables

de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejarán en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.6 Aspectos éticos

Previo a la realización de la investigación se explicará a los participantes los objetivos del estudio y se solicitará la autorización a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicará los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información obtenida será utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la convención de Helsinki. El anteproyecto será aprobado por el Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión

Este capítulo tiene como objetivo presentar, analizar y discutir los resultados del estudio, con lo que se pretende dar respuesta a los objetivos propuestos por la autora. Para facilitar la comprensión del contenido expuesto, éste se estructura en acápites relacionados con los resultados de las fases de la investigación: la descriptiva o de caracterización de las mujeres de 25 a 64 años integrantes del estudio y el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cérvicouterino que las mismas poseen correlacionando con las variables sociodemográficas y de conocimiento que presentaron significación estadísticamente significativa o no dentro de los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos en esta investigación son producto de un arduo trabajo donde se refleja la relación que existe entre el conocimiento y la detección oportuna del cáncer cérvicouterino que tienen las mujeres en edades comprendidas entre 25 a 64 años sobre el examen de Papanicolaou.

En la tabla 1 se evidencio que de las 78 mujeres que intervinieron en el estudio y a quienes se les realizo una entrevista, la distribución predominante fue el grupo etario de 25 a 34 años con un 50%, que presentaron un nivel de instrucción: básico 32.1%; con un estado conyugal: casadas 57.7%, cuya ocupación fue: trabajadoras 51.3%, número de hijos: uno y dos hijos 23.1% respectivamente y las vías de información fue el personal de salud 70.5%.

En un estudio realizado por La Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS/Pro-Familia, 2015) el grupo de edad que prevaleció fue el de 25 a 34 años 38,3%, al igual que en uno realizado en Colombia (Figuroa, 2010) de 25 a 34 años con un 57,3%, lo cual coincide con nuestra investigación. Con relación a la ocupación en solo un trabajo encontramos similitud al nuestro y fue el realizado (Macha & Quiroz, 2015) en que el grupo predomino las mujeres que trabajan 34%.

En un estudio realizado en Perú (Carrasco & Valera, 2011), se encontró que la edad predominante de las mujeres fue de 20 a 29 con un 42.34%, estado civil la unión libre con 61.26%, nivel de escolaridad secundaria 44,14% y en otro realizado por López, Calderón y González (2012) en Colombia los resultados fueron los siguientes las mujeres presentaron un nivel escolar bachiller 49%, unión libre 41%, amas de casa 50% y con el número de hijos prevalece las que tienen uno 32,4%, dichos resultados no coinciden con nuestro estudio, exceptuando en el último en el que el número de hijos si guarda similitud con nuestra investigación.

Tabla 1-4. Caracterización de las mujeres de 25 a 64 años que intervinieron en el estudio del barrio el Progreso Corona Real, enero a junio 2016.

| Variables sociodemográficas | N = 78 | |
|------------------------------------|---------------|----------|
| | N° | % |
| Edad | | |
| 25 – 34 años | 39 | 49,9 |
| 35 – 44 años | 13 | 16,7 |
| 45 – 54 años | 13 | 16,7 |
| 55 – 64 años | 13 | 16,7 |
| Nivel de instrucción | | |
| Básica sin terminar | 21 | 26,9 |
| Básica | 26 | 33,3 |
| Bachiller | 16 | 20,6 |
| Superior | 15 | 19,2 |
| Estado conyugal | | |
| Casada | 47 | 60,3 |
| Soltera | 25 | 32,1 |
| Divorciada | 4 | 5,0 |
| Viuda | 2 | 2,6 |
| Ocupación | | |
| Trabajadora | 40 | 51,3 |
| Ama de casa | 32 | 41,0 |
| Estudiante | 6 | 7,7 |
| Número de hijos | | |
| No tiene hijos | 16 | 20,5 |
| Un hijo | 18 | 23,1 |
| Dos hijos | 18 | 23,1 |
| Tres hijos | 11 | 14,1 |
| Cuatro o más hijos | 15 | 19,2 |

En la tabla 2 se muestra las vías de información por las cuales obtuvieron el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino, la mayoría de las mujeres del estudio respondió que fue el personal de salud 70, 5%.

Acerca de cómo se recibió la información en un estudio realizado en el Salvador por ADS/Pro-Familia (2015) se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de la información fue a través del personal médico lo cual coincide con nuestra investigación, no así en el estudio realizado en Perú (Palma, 2011) en el que la información el mayor porcentaje 44,45% fue por medio de los profesores.

Tabla 2-4. Mujeres de 25 a 64 años según vías de información, sobre el examen de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Vías de información | N=78 | |
|-------------------------------|-------------|----------|
| | Nº | % |
| Personal de Salud | 55 | 70,5 |
| Familiares | 21 | 26,9 |
| Medios de comunicación | 6 | 7,6 |

La presentación de los datos relativos a la distribución de los mujeres de 25 a 64 años según el conocimiento sobre detección precoz de cáncer cervicouterino aparece en la tabla 3. En ella se aprecia, que el conocimiento es no satisfactorio 66.7%. En numerosos estudios los resultados son similares el nuestro, en una investigación realizada recientemente (Macha & Quiroz, 2015) obtuvieron un conocimiento bajo 60% en una población del Perú. También en un estudio realizado en ese mismo año en el salvador por la ADS/Pro-Familia (2015) se encontró resultados aún con un porcentaje más elevado 87,6 %, del bajo conocimiento de las mujeres acerca del cáncer cervicouterino. En la literatura revisada encontramos solo un estudio donde el conocimiento de las mujeres acerca del cáncer cervicouterino era satisfactorio en un 90% (Jaén, 2009).

Tabla 3-4. Mujeres de 25 a 64 años según conocimiento general sobre el cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Conocimiento | Nº | % |
|-------------------------|-----------|----------|
| No satisfactorio | 52 | 66,7 |
| Satisfactorio | 26 | 33,3 |
| Total | 78 | 100,0 |

En la tabla 4. Podemos apreciar la distribución de las mujeres de 25 a 64 años de edad según las dimensiones del conocimiento, en la cual se muestra que las mujeres presenta un conocimiento no satisfactorio en la mayoría de las dimensiones, exceptuando las relacionadas con el concepto de cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou 66,7%. Similares resultados a los nuestros obtuvieron (Cruz & González, 2014) en el cual el 86% conocían acerca del concepto del cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou, además conocían de otras dimensiones como usuarias 86%, frecuencia y requisitos 88%, estos dos últimas dimensiones no coinciden con nuestra investigación. En el 2014, Villavicencio y Magallanes estudiaron el conocimiento acerca del cáncer cervicouterino y encontraron que sobre el concepto el 100% conocía, no así sobre la frecuencia donde el 80% de las mujeres presentaron un conocimiento no satisfactorio, dichos resultados son similares a los encontrados por nosotros.

Tabla 4-4. Mujeres de 15 a 49 años según conocimiento de prevención oportuna del cáncer cervicouterino y dimensiones. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Dimensiones | N= 78 | | | |
|--|------------------|------|---------------|------|
| | No satisfactorio | | Satisfactorio | |
| | Nº | % | Nº | % |
| Concepto cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou | 26 | 33,3 | 52 | 66,7 |
| Factores riesgo y síntomas más frecuentes | 64 | 82,1 | 14 | 17,9 |
| Usuarias del examen Papanicolaou | 43 | 55,1 | 35 | 44,9 |
| Frecuencia y Requisitos del examen Papanicolaou | 46 | 58,9 | 32 | 41,1 |

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de las mujeres de 25 a 64 años sobre la detección precoz del cáncer cervicouterino aparece en la tabla 5. En ella se aprecia que no existe correlación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento.

No existen estudios correlacionales semejantes al nuestro con los cuales podamos establecer una comparación de sus resultados con los obtenidos en este estudio.

Tabla 5-4. Mujeres de 25 a 64 años según correlación entre variables sociodemográficas y conocimiento de la prevención oportuna del cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Variables socio-demográficas | Conocimiento | | | | | | p |
|------------------------------|--------------------------|------|-----------------------|------|---------------|------|------|
| | No satisfactorio N=51 | | Satisfactorio N=27 | | Total N=78 | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Edad | | | | | | | |
| 25 – 34 años | 24 | 46,2 | 15 | 57,7 | 39 | 49,9 | 0,68 |
| 35 – 44 años | 11 | 21,2 | 2 | 7,7 | 13 | 16,7 | |
| 45 – 54 años | 8 | 15,3 | 5 | 19,2 | 13 | 16,7 | |
| 55 – 64 años | 9 | 17,3 | 4 | 15,4 | 13 | 16,7 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | |
| Básica sin terminar | 12 | 23,1 | 9 | 34,6 | 21 | 26,9 | 0,55 |
| Básica | 21 | 40,4 | 5 | 19,2 | 26 | 33,3 | |
| Bachiller | 12 | 23,1 | 4 | 15,4 | 16 | 20,5 | |
| Superior | 7 | 13,4 | 8 | 30,8 | 15 | 19,3 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Casada | 29 | 55,8 | 18 | 69,2 | 47 | 60,3 | 0,80 |
| Soltera | 18 | 34,6 | 7 | 26,9 | 25 | 32,1 | |
| Divorciada | 3 | 5,8 | 1 | 3,9 | 4 | 5,1 | |
| Viuda | 2 | 3,8 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | |
| Ocupación | | | | | | | |
| Trabajadora | 27 | 51,9 | 13 | 50,0 | 40 | 51,0 | 0,86 |
| Ama de casa | 21 | 40,4 | 11 | 42,3 | 32 | 41,0 | |
| Estudiante | 4 | 7,7 | 2 | 7,7 | 6 | 8,0 | |
| Número de hijos | | | | | | | |
| No tiene hijos | 12 | 23,1 | 4 | 15,4 | 16 | 20,5 | 0,86 |
| Un hijo | 10 | 19,2 | 8 | 30,8 | 18 | 23,1 | |
| Dos hijos | 14 | 26,9 | 4 | 15,4 | 18 | 23,1 | |
| Tres hijos | 5 | 9,6 | 6 | 23,1 | 11 | 14,1 | |
| Cuatro o más hijos | 11 | 21,2 | 4 | 15,3 | 15 | 19,2 | |

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de las mujeres de 25 a 64 años acerca del conocimiento sobre la detección precoz del cáncer cervicouterino aparece en la tabla 6. En ella se aprecia que no existe correlación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento.

No existen estudios correlacionales semejantes al nuestro con los cuales podamos establecer una comparación de sus resultados con los nuestros pero nuestra opinión que

las mujeres que intervinieron en el estudio tienen un conocimiento satisfactorio sobre las dimensiones concepto de cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou razón por la cual no existe una correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones antes mencionadas y las variables sociodemográficas.

Tabla 6-4. Mujeres de 25 a 64 años según correlación de conocimiento y variables sociodemográficas, con concepto cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Variables socio-demográficas | Concepto cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou | | | | | | p |
|------------------------------|---|-------|------------------------|------|---------------|------|------|
| | No satisfactorio N=26 | | Satisfactorio N= 52 | | Total N=78 | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Edad | | | | | | | |
| 25 – 34 años | 11 | 42,3 | 28 | 53,8 | 39 | 49,9 | |
| 35 – 44 años | 7 | 26,9 | 6 | 11,5 | 13 | 16,7 | 0,53 |
| 45 – 54 años | 2 | 7,7 | 11 | 21,2 | 13 | 16,7 | |
| 55 – 64 años | 6 | 23,1 | 7 | 13,5 | 13 | 16,7 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | |
| Básica sin terminar | 6 | 23,1 | 15 | 28,8 | 21 | 26,9 | |
| Básica | 13 | 50,0 | 13 | 25,1 | 26 | 33,3 | 0,10 |
| Bachiller | 7 | 26,9 | 9 | 17,3 | 16 | 20,5 | |
| Superior | 0 | 0,0 | 15 | 28,8 | 15 | 19,3 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Casada | 18 | 69,2 | 29 | 55,8 | 47 | 60,2 | |
| Soltera | 7 | 26,9 | 18 | 34,6 | 25 | 32,1 | 0,80 |
| Divorciada | 1 | 3,9 | 3 | 5,8 | 4 | 5,1 | |
| Viuda | 0 | 0,000 | 2 | 3,8 | 2 | 2,6 | |
| Ocupación | | | | | | | |
| Trabajadora | 11 | 42,3 | 29 | 55,8 | 40 | 51,1 | |
| Ama de casa | 13 | 50,0 | 19 | 36,5 | 32 | 41,0 | 0,24 |
| Estudiante | 2 | 7,7 | 4 | 7,7 | 6 | 7,9 | |
| Número de hijos | | | | | | | |
| No tiene hijos | 4 | 15,4 | 12 | 23,1 | 16 | 20,5 | |
| Un hijo | 6 | 23,1 | 12 | 23,1 | 18 | 23,1 | 0,49 |
| Dos hijos | 7 | 26,9 | 11 | 21,1 | 18 | 23,1 | |
| Tres hijos | 3 | 11,5 | 8 | 15,4 | 11 | 14,1 | |
| Cuatro o más hijos | 6 | 23,1 | 9 | 17,3 | 15 | 19,2 | |

En la tabla 7. Se observan los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimisión síntomas más frecuentes del cáncer cervicouterino de las mujeres de 25 a 64 años. En ella se aprecia que solamente existe correlación entre el nivel

de instrucción y la dimensión síntomas más frecuentes con un nivel de significancia <0,05, valor de P de 0,038.

No existen estudios correlacionales semejantes a la presente investigación, con los cuales podamos establecer una comparación de sus resultados con los nuestros.

Tabla 7-4. Mujeres de 25 a 64 años según correlación de conocimiento y variables sociodemográficas, con factores de riesgo y síntomas más frecuentes del cáncer cervicouterino. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Variabes socio-demográficas | Factores de riesgo y síntomas más frecuentes del cáncer cervicouterino | | | | | | p |
|------------------------------------|---|----------|--------------------------------|----------|-----------------------|----------|----------|
| | No satisfactorio N= 64 | | Satisfactorio N= 14 | | Total N=78 | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Edad | | | | | | | |
| 25 – 34 años | 32 | 50,0 | 7 | 50,0 | 39 | 49,9 | 0,45 |
| 35 – 44 años | 9 | 14,1 | 4 | 28,6 | 13 | 16,7 | |
| 45 – 54 años | 11 | 17,2 | 2 | 14,3 | 13 | 16,7 | |
| 55 – 64 años | 12 | 18,7 | 1 | 7,1 | 13 | 16,7 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | |
| Básica sin terminar | 19 | 29,7 | 2 | 14,2 | 21 | 26,9 | 0,03 |
| Básica | 22 | 34,4 | 4 | 28,6 | 26 | 33,3 | |
| Bachiller | 14 | 21,9 | 2 | 14,3 | 16 | 20,5 | |
| Superior | 9 | 14,0 | 6 | 42,9 | 15 | 19,3 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Casada | 39 | 60,9 | 8 | 57,1 | 47 | 60,3 | 0,90 |
| Soltera | 20 | 31,2 | 5 | 35,7 | 25 | 32,1 | |
| Divorciada | 3 | 4,7 | 1 | 7,2 | 4 | 5,1 | |
| Viuda | 2 | 3,2 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | |
| Ocupación | | | | | | | |
| Trabajadora | 32 | 50,0 | 8 | 57,1 | 40 | 51,1 | 0,43 |
| Ama de casa | 28 | 43,8 | 4 | 28,6 | 32 | 41,0 | |
| Estudiante | 4 | 6,2 | 2 | 14,3 | 6 | 7,9 | |
| Número de hijos | | | | | | | |
| No tiene hijos | 14 | 21,9 | 2 | 14,3 | 16 | 20,5 | 0,62 |
| Un hijo | 13 | 20,3 | 5 | 35,7 | 18 | 23,1 | |
| Dos hijos | 15 | 23,4 | 3 | 21,4 | 18 | 23,1 | |
| Tres hijos | 8 | 12,5 | 3 | 21,4 | 11 | 14,1 | |
| Cuatro o más hijos | 14 | 21,9 | 1 | 7,2 | 15 | 19,2 | |

La presentación de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión usuarias del test de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años aparece en la tabla 8. En ella se aprecia que solamente existe correlación entre el

estado civil y el conocimiento acerca de las usuarias del test de Papanicolaou un nivel de significancia $<0,05$, valor de P de 0,01.

En la literatura revisada no se encontró ningún estudio que enunciara estos resultados de la misma forma que los encontrados por nosotros en esta investigación.

Tabla 8-4. Mujeres de 25 a 64 años según correlación de conocimiento y variables sociodemográficas, con usuarias del test de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Variables socio-demográficas | Usuarias del test de Papanicolaou | | | | | | p |
|------------------------------|-----------------------------------|------|------------------------|------|---------------|------|------|
| | No satisfactorio N= 43 | | Satisfactorio N= 35 | | Total N=78 | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Edad | | | | | | | |
| 25 – 34 años | 21 | 48,8 | 18 | 51,5 | 39 | 49,9 | 0,69 |
| 35 – 44 años | 9 | 20,9 | 4 | 11,4 | 13 | 16,7 | |
| 45 – 54 años | 7 | 16,3 | 6 | 17,1 | 13 | 16,7 | |
| 55 – 64 años | 6 | 14,0 | 7 | 20,0 | 13 | 16,7 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | |
| Básica sin terminar | 11 | 25,6 | 10 | 28,6 | 21 | 26,9 | 0,55 |
| Básica | 15 | 34,9 | 11 | 31,4 | 26 | 33,3 | |
| Bachiller | 12 | 27,9 | 4 | 11,4 | 16 | 20,5 | |
| Superior | 5 | 11,6 | 10 | 28,6 | 15 | 19,2 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Casada | 26 | 60,5 | 21 | 60,0 | 47 | 60,3 | 0,01 |
| Soltera | 12 | 27,9 | 13 | 37,1 | 25 | 32,1 | |
| Divorciada | 3 | 7,0 | 1 | 2,9 | 4 | 5,1 | |
| Viuda | 2 | 4,6 | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | |
| Ocupación | | | | | | | |
| Trabajadora | 23 | 53,5 | 17 | 48,6 | 40 | 51,3 | 0,54 |
| Ama de casa | 16 | 37,2 | 16 | 45,7 | 32 | 41,0 | |
| Estudiante | 4 | 9,3 | 2 | 5,7 | 6 | 7,7 | |
| Número de hijos | | | | | | | |
| No tiene hijos | 10 | 23,3 | 6 | 17,1 | 16 | 20,5 | 0,75 |
| Un hijo | 6 | 14,0 | 12 | 34,3 | 18 | 23,1 | |
| Dos hijos | 12 | 27,9 | 6 | 17,1 | 18 | 23,1 | |
| Tres hijos | 7 | 16,2 | 4 | 11,5 | 11 | 14,1 | |
| Cuatro o más hijos | 8 | 18,6 | 7 | 20,0 | 15 | 19,2 | |

La distribución de los datos relativos a la correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión frecuencia y requisitos del test de Papanicolaou de las mujeres de 25 a 64 años sobre la detección precoz del cáncer cervicouterino aparece en

la tabla 9. En ella se aprecia que no existe correlación entre las variables sociodemográficas y la dimensión antes mencionada.

No existen estudios correlacionales semejantes al nuestro con los cuales podamos establecer una comparación de sus resultados con los nuestros.

Tabla 9-4. Mujeres de 25 a 64 años según correlación de conocimiento y variables sociodemográficas, con frecuencia y requisitos del test de Papanicolaou. Barrio el Progreso de Corona Real, enero a junio 2016.

| Variables socio-demográficas | Frecuencia y requisitos del test de Papanicolaou | | | | | | p |
|------------------------------|--|------|------------------------|------|---------------|------|------|
| | No satisfactorio N= 46 | | Satisfactorio N= 32 | | Total N=78 | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Edad | | | | | | | |
| 25 – 34 años | 21 | 45,7 | 18 | 56,3 | 39 | 50,0 | 0,84 |
| 35 – 44 años | 10 | 21,7 | 3 | 9,4 | 13 | 16,7 | |
| 45 – 54 años | 8 | 17,4 | 5 | 15,6 | 13 | 16,7 | |
| 55 – 64 años | 7 | 15,2 | 6 | 18,8 | 13 | 16,7 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | |
| Básica sin terminar | 10 | 21,7 | 11 | 34,4 | 21 | 26,9 | 0,71 |
| Básica | 20 | 43,5 | 6 | 18,8 | 26 | 33,3 | |
| Bachiller | 9 | 19,6 | 7 | 21,9 | 16 | 20,5 | |
| Superior | 7 | 15,2 | 8 | 25,0 | 15 | 19,2 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Casada | 25 | 54,3 | 22 | 68,8 | 47 | 60,3 | 0,68 |
| Soltera | 17 | 37,0 | 8 | 25,0 | 25 | 32,1 | |
| Divorciada | 2 | 4,3 | 2 | 6,3 | 4 | 5,1 | |
| Viuda | 2 | 4,3 | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 | |
| Ocupación | | | | | | | |
| Trabajadora | 26 | 56,5 | 14 | 43,8 | 40 | 51,3 | 0,21 |
| Ama de casa | 16 | 34,8 | 16 | 50,0 | 32 | 41,0 | |
| Estudiante | 4 | 8,7 | 2 | 6,3 | 6 | 7,7 | |
| Número de hijos | | | | | | | |
| No tiene hijos | 12 | 26,1 | 4 | 12,5 | 16 | 20,5 | 0,66 |
| Un hijo | 7 | 15,2 | 11 | 34,4 | 18 | 23,1 | |
| Dos hijos | 13 | 28,3 | 5 | 15,6 | 18 | 23,1 | |
| Tres hijos | 5 | 10,9 | 6 | 18,8 | 11 | 14,1 | |
| Cuatro o más hijos | 9 | 19,6 | 6 | 18,8 | 15 | 19,2 | |

CAPITULO V

5. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA.

5.1 Fundamentos

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

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconiza un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento

hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que el tema sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años. Barrio el Progreso, Lican, hoy es un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática. Los programas de detección y control del cáncer cérvico uterino son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y la sobrevida y disminuyendo la mortalidad por cáncer. Y la prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación e prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Más el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica e del diagnóstico precoz de la enfermedad.

La OMS incentiva también acciones prioritarias para reducir el número de casos de cáncer en cada país, como: la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa a las personas con cáncer, con participación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, incluyendo representantes de los pacientes y sus familias.

En la comunidad de Corona Real la población es rural, el universo (78) mujeres de entre las edades de 25 a 64 años, de ellas solo se han realizado el test de Papanicolaou hasta el momento son 34 mujeres representando el 17.3% del total de los casos, de estas 34 mujeres 6 de ellas presentaron lesiones premalignas del cuello que representa el 17.6%, constituyendo un gran problema para el sistema de salud, pudiendo estar ante la presencia de morbilidad oculta de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Debido a esta

problemática y con una baja cobertura de la realización del test de Papanicolaou (ASIS 2014).

Una vez que se realizó el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

5.2 Diagnóstico educativo

Problema de salud que va a ser sujeto a una intervención es la baja cobertura de la realización del test de Papanicolaou en el barrio el Progreso de la comunidad Corona Real perteneciente al Subcentro de Salud de Lican, de la ciudad de Riobamba, cuenta con un universo de 185 mujeres en edades comprendidas entre 25 a 64 años, dispensarizadas el 100% y tan solo con el test de Papanicolaou realizado hasta el momento son 34 mujeres representando el 17.3% del total de los casos, de estas 34 mujeres 6 de ellas presentaron lesiones premalignas del cuello que representa el 17.6%, constituyendo un gran problema para el sistema de salud, pudiendo estar ante la presencia de morbilidad oculta de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Debido a esta problemática y con una baja cobertura de la realización del test de Papanicolaou en la unidad operativa, se propone realizar un diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa en este grupo de mujeres con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou para el precoz diagnóstico del cáncer cérvicouterino.

5.3 Objetivos

Objetivo general: Incrementar los conocimientos acerca del diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad del barrio el Progreso.

Objetivos específicos

- Explicar la importancia de la realización del examen de Papanicolaou para lograr aumentar la cobertura de dicho examen.

- Elevar el conocimiento relacionado los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.
- Elevar el conocimiento relacionado los principales síntomas y signos del cáncer cérvico uterino.
- Identificar quienes son las mujeres que deben de realizarse el test de Papanicolaou.
- Reconocer los principales requisitos para la realización del test de Papanicolaou así como el periodo de realización del mismo.

5.4 Límites

La estrategia se aplicara durante 5 semanas, el grupo de investigación será dividido en 4 grupos de 20 personas cada uno excepto uno de 18, cada tema se impartirá de forma semanal con cuatro encuentros acerca del mismo.

El espacio en el que se va a actuar es la casa de reunión comunal del barrio el Progreso. Con un universo de personas 78 que va a ser beneficiaria del programa educativo, integrados por amas de casa, trabajadoras y estudiantes las cuales se beneficiaran la recibir dicha intervención educativa.

5.5 Estrategia

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes. Además se tendrá en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

Las formas organizativas docentes que serán empleadas son tipo curso taller: conferencia interactiva, talleres, multimedia, discusiones grupales demostraciones y video debates.

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

El material didáctico a emplear serán diapositivas, rotafolios, láminas, carteles, pápelografo y computadoras, se utilizaran técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

5.6 Actividades

Se seleccionaron y organizaron, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

Temas a tratar:

1. Introducción y generalidades sobre el cáncer cérvico uterino.
2. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.
3. Principales síntomas y signos del cáncer cérvico uterino.
4. Indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.
5. Conclusiones sobre el cáncer cérvico uterino y evaluación final.

Recursos:

Humanos: Posgradista.

Materiales: salón de la casa parroquial, una computadora, un infocus, 500 hojas de papel, una pizarra, 80 esferos, 5 marcadores.

5.7 Cronograma

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

| Temas | | Semanas | | | | |
|-------|---|---------|---|---|----------|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Introducción y generalidades sobre el cáncer cervicouterino. | C | | | | |
| 2 | Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. | | T | | | |
| 3 | Principales síntomas y signos del cáncer cervicouterino. | | | T | | |
| 4 | Indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou. | | | | T /VD | |
| 5 | Conclusiones sobre el cáncer cervicouterino y evaluación final. | | | | | T |

5.8 Evaluación

Evaluación de resultados: se realizara tipo test-retest, utilizando el mismo instrumento con el cual se realizó el diagnóstico inicial. Se aplicara 15 días, terminado el curso taller.

Evaluación de actividades: se realizara al final de cada sección mediante la técnica PNI (lo positivo, lo negativo y lo interesante) de Edward de Bono, lo que nos ayudara analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de los temas.

Evaluación de proceso: se realizara en el último encuentro del curso taller, se aplicara una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas.

5.9 Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en cuatro sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión) en dependencia de la complejidad y extensión de los objetivos a lograr.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones dilemáticas y asignarse roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Los estilos de comunicación utilizados por el coordinador, deben estar orientados hacia la participación social, la cual se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario y en la atención primaria de salud, es un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de desarrollar el bienestar y la propia salud de la comunidad.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada, factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior. Se propone la utilización de la casa parroquial su salón de reuniones del barrio el Progreso.

Las sillas serán dispuestas en círculo, lo más cerca posible, se incluye en el grupo al facilitador. Esta estructura permite un ambiente afectivo para los sujetos, y logra un clima de trabajo favorable mediante la cercanía física y la disposición de visibilidad entre los participantes.

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y la realización del test de Papanicolaou en las mujeres de 25 a 64 años, mediante la utilización de métodos de elaboración conjunta, demostración y el método expositivo, con la ayuda de las técnicas de apertura y cierre del taller, las cuales motivan la actividad logrando la retroalimentación de las vivencias y opiniones de los participantes, al finalizar se realizará un taller de cierre donde se evaluarán los conocimientos impartidos en los talleres, para comprobar la adquisición de conocimientos en las mujeres sobre el cáncer cérvico uterino.

5.10 Estructura del programa

- **Título: Diagnóstico precoz del Cáncer cérvico uterino.** Factores de riesgo y principales signos y síntomas del cáncer cérvico uterino.
- **Objetivo General:** Incrementar el conocimiento sobre el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad del barrio el Progreso.
- **Dirigido a:** mujeres de 25 a 64 años de edad del barrio el Progreso.
- **Horas totales: 28 horas**
- **Responsables:** Dra. María Judith Iñiguez Rivera.
- **Centro de salud:** Lican.
- **Recursos:** computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos e infocus.
- **Forma organizativa docente:** conferencias y talleres.
- **Métodos:** métodos activos de enseñanza.

5.11 Plan temático

- **Tema 1:** Introducción y generalidades sobre el cáncer cérvico uterino.
Objetivos: Estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza. Explicar las generalidades del cáncer cérvico uterino.
- **Tema 2:** Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.
Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.

- **Tema 3:** Principales síntomas y signos del cáncer cérvico uterino. Su importancia en el diagnóstico del cáncer cérvico uterino.
Objetivos: Explicar la importancia de conocer los síntomas y signos del cáncer cérvico uterino y su importancia en el diagnóstico del cáncer cérvico uterino.
- **Tema 4:** Indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.
Objetivos: Reconocer los requisitos e indicaciones del test de Papanicolaou así como su realización en las mujeres entre 25 y 64 años de edad.
- **Tema 5:** Taller de consolidación.
Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio predominó el grupo etario de 25 a 34 años, que presentaron un nivel de instrucción básico, casadas, ocupación trabajadoras, número de hijos las que tuvieron uno y dos hijos respectivamente y las vías de información fue el personal de salud.
2. El conocimiento sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino fue no satisfactorio.
3. Se encuentra correlación entre la dimensión de factores de riesgo y síntomas más frecuentes y nivel de instrucción, así como la dimensión de usuarias y estado civil.
4. Se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años.

RECOMENDACIONES

- Comunicar a las autoridades del CS de Lican los resultados de la investigación para que apoyen la propuesta de intervención educativa.
- Implementar y aplicar la estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres de 25 a 64 años, del barrio el Progreso de Corona Real.

BIBLIOGRAFÍA:

- Anderson T, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry J.** (2014.) study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect.* Apr 16.
- American Cancer Society.** (2014). *Cancer Facts & Figures.* Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- American Cancer Society.** (2013). *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures.* Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- American Cancer Society.** (2013). Detailed Guide. Cervical Cancer. Accessed at <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/index> on March 28.
- Alonso de Ruiz P, et al.** (2012). *Cáncer Cérvico Uterino, Diagnostico, Prevención Y Control.* 2da edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Biblioteca Universidad Libre de Barranquilla. Pág. 385.
- Armijos G.** (2013) tesis pap seguimiento - Pontificia Universidad Católica del Ecuador repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5894/T-PUCE-052.pdf?sequence.
- Artiles, V, et al.** (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud.* La Habana: ECIMED. Capítulo I, pág 72.
- Beltrán de la Luz. S.** (2016). Estrategia Educativa Basada En El - Universidad Autónoma bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/568/409166.pdf?sequence=1
- Berek J, Novak J.** (2015) *Ginecología 15ª Edición Principios de la atención al paciente* Editorial Panamericana México DC.

- Belly, P.** (2008). El valor del conocimiento. Disponible en: <http://www.gestióndelconocimiento.com>.
- Braillard P, et al.** (2010). *Cáncer de cérvix: Incidencia según edad y estadio tumoral*. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina No. 141.
- Caicedo, E.** (2012). Planeación Estratégica en las organizaciones. Artículo en disponible en: <http://www.aprchile.cl/pdfs/Planificacion%20Estrategica.pdf>
- Calle M.** (2014). Estrategia educativa sobre infecciones de cuello uterino. *dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21083/1/TESIS.pdf*.
- Calle P.** (2014). Aplicación de una estrategia educativa sobre infecciones *dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21083/1/TESIS.pdf*.
- Castro R.** (2010). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. EDITORIAL. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 540 pag.
- Castro R.** (2010). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. EDITORIAL. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 540 pag.
- Colombia Seguro Social.** (2009). *Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino*, Santafé de Bogotá, D.C. pag. 161.
- Corral F, et al.** (2011). editores. *Epidemiología del Cáncer en Quito y en otras regiones del Ecuador*. Registro Nacional de Tumores, Quito SOLCA.
- Cuba Metodología en la educación sanitaria.** (2007) <http://www.gencat.net/salut/pdf/esmetodologia.pdf>.

- Chávez M.** (2014) Universidad de Carabobo facultad de Ciencias de la Salud. - RIUC riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/546/4/cmarrero.pdf
- Diario el Mercurio Cuenca,** (2012). *Loja tiene el índice de cáncer más elevado del país.* Características sociodemográficas y factores que limitan la Cobertura del Papanicolaou en las mujeres. Publicado el 16 abril.
- Díaz C.** (2005). *Modelos y estrategias de cambios de comportamientos.* <http://www.ligasida.org/esload.php/vid=o/leng=es/29/modelocambiodecomportamiento.htm>.
- Diccionario Medico.** (2014) Oncólogos médicos de la SEOM edición 22, Editorial panamericana.
- Diestro T, et al.** (2012). *Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH).* *Oncología* (Barc.). vol. 30, n.2, p. 14-31.
- Domínguez, A.** (2012). Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Aspectos básicos. *Revista Finlay.* ISSN 2221-2434 [revista en Internet]. 2012 [citado 2016 Oct 5]; 2(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
- Ecuador Ministerio de Salud MSP** (2014). Manual para tamizaje del cancer cervico uterino. (pdf) – Ministerio de. [portal.mspas.gob.gt/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%](http://portal.mspas.gob.gt/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20).
- El Salvador Asociación Demográfica Salvadoreña.** (2014). Estudio CAPs sobre el CCU-RHO Cervical Cancer www.rho.org/files/UICC_Estudio_CAPs_CCU.
- España Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo.** (2013). Formación en Promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2003). Madrid. Disponible En:<https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1>

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf&usg=AFQjCNH4NMLsOQU3PDLuOyVYDmHOVILm9g&sig2=lqFlPngtdLobmdryWzZuw&bvm=bv.135974163,d.dmo>

España Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española de Patología, Cervical y Colposcopia (AEPCC), Sociedad Española de Citología (SEC), Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). (2012). *Programa Gineco-Obstetrico*, Chicago Publicaciones Raimon.

Focesi M, Ribeiro P, Abbate S, Góes V. (2010). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: especificidades, interfaces, intersecciones. *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education* [revista en Internet]. 2000 [citado 26 May 2009];7(4):[aprox. 12p]. Disponible en: <http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/xviconf.htm>

García B. (2011). *Prevenir el cáncer del cuello uterino*, Estampas El Universal.

García R. (2013). Causas de bajas coberturas en Papanicolau.pdf - Repositorio de la repositorio.uned.ac.cr/.../Causas%20de%20bajas%20coberturas%20en%20Papanicolaou.

García, J. (2013). La importancia estratégica de la gestión del conocimiento. [En línea] Disponible en: <http://www.gestiondelconocimiento.com>.

García, A. Sáez, J. Escarbajal, A. (2000). Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. Aran Ediciones SA, España. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=estrategias+educativas+en+salud+definicion&source=bl&ots=L_cvKwljnO&sig=Kp8--Ft4x34FoZ7D-N4LuECTnOE&hl=es-19&sa=X&ved=0ahUKEwjM4pO5h93PAhVMXB4KHeWaCnU4ChDoAQgoMAI#v=onepage&q=estrategias%20educativas%20en%20salud%20definicion&f=true.

- Gómez, P.** (2013). La sociedad de la información frente a la crisis de la humanidad. Gaz. Antrop. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G19_13_Pedro_Gomez_Garcia.html.
- González, V.** (2014). Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal (tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas, 2014. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>.
- Hernández L.** (2012). *Cáncer de Cuello Uterino*, Panamericana.
- Instituto Nacional de Investigación de Estadísticas Nicaragua INIDE.** (2008). *Encuesta Nicaragüense De Demografía y Salud*. Informe final. República de Nicaragua. . Pág. 249,241.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.** (2015) “La mujer como jefa de hogar presencia de cáncer cervicouterino”. Op. Cit. Pag. 4.
- Kumar V, et al.** (2010). *Patología Humana* 13ª edición. Editorial El sevier España. Biblioteca Universidad Libre de Barranquilla. Pag. 730-734.
- Lewis M, et al.** (2009). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Loor M.** (2014). pdf Autora directora de tesis dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4814/3/UTPL.
- Lucumi D, et al.** (2014). *Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia*. Rev. Esp. Salud Pública. vol. 78, no. 3, pag. 367-377.
- Moreira del Barco H.** (2013). Tesis de virus papiloma humano.pdf - Repositorio Universidad. repositorio.ug.edu.ec/bitstream/.../tesis%20de%20virus%20papiloma%20humano.pdf.

Moriyama I. (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Fundation.

Monroy E. (2008). Cáncer *dgsa.uaeh.edu.mx:8080/ bibliotecadigital/ bitstream/ .../Cancer% 20cervicouterino.pdf*.

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2012). Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS. Disponible en: OPS <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/CANCER/com Social.pdf>

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2012). Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS. Disponible en: OPS <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/com Social.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1990). Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios e auxiliares. Volumen 18 de Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Washington, DC: OPS;. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluaci%C3%B3n%20para%20el%20planeamiento%20de%20programas%20de%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.pdf?sequence=1>.

Padrón, J. Pachón, G. Pereira, B. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev. Méd. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>.

Páez D. (2015) Protocolo *www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/protocolo-godoy.pdf*.

Paredes C. (2012). Intervención educativa para elevar el nivel de - Cybertesis UNMSM *cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2433/1/Paredes_ce.pdf* de EP.

- Pérez S.** (2014). Universidad Nacional De San Martín-Tunsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_48_Binder1.pdf
- Pineros F, et al.** (2010). *Cobertura de la Citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia*, Op.cit., p. 328.
- Ponce M.** (2013) La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en. - SciELO www.scielosp.org/pdf/scol/v9n2/v9n2a07.pdf
- Raudales G.** (2015) tesis - UACJ www.uacj.mx/ICB/Documents/ets.pdf
- Ravenet M,** (2013). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Cubana Salud Pública*. [Serie en Internet]. 2013; 29(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_artext.
- Sanabria, G.** (2013). Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP; 2013. Disponible en: <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Dise%C3%B1o/7-PLANIFICACI%C3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6-SEXTO%20A%C3%91O/Servicio%20Comunitario%20Estudiantil/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Dise%C3%B1o%20programa%20intervGiselda.pdf>
- Riquelme G.** (2012) Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200006
- Schorge, Schaffer, Halvorson, Hoffman, Bradshaw, Cunningham,** (2015). *Ginecología de Williams Edición 23* pdf editorial Panamericana México DF.
- Torres M.** (2012). Tesis Final pdf - Repositorio Universidad de Guayaquil repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf.
- Torres C.** (2015). La problemática de los grupos vulnerables - Regreso a la página. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf

Varga, I. Villegas, O. Sánchez, A. Holthuis, K. (2003). Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>

Zamberlin N. (2011). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Papanicolaou*. Programa Nacional de Prevención de cáncer Cérvico Uterino. OPS. Pag. 43.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Judith Iñiguez Rivera, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años del barrio el Progreso de la parroquia Lican, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a mujeres de 25 a 64 años de este barrio para determinar el conocimiento que poseen sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino y su relación con las variables seleccionadas. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a las mujeres, con el propósito de elevar el conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

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

Para que conste mi libre voluntad,

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

Firma _____

ANEXO B

CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca del examen de Papanicolaou.

Quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar.

Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Pueden existir preguntas en las que sólo se puede responder a una opción; otras son de varias opciones.

I.- DATOS GENERALES

1. Edad:.....

2. ¿En qué grado término los estudios?

1. Analfabeta
2. Alfabeto
3. Básica sin terminar
4. Básica
5. Bachiller
6. Superior

3. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Viuda
5. Divorciada
6. Separada

4. ¿Cuál es su ocupación?

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Trabajadora
4. Pensionada
5. Jubilada

5. ¿Cuántos hijos tiene usted?

1. No tiene hijos
2. Un hijo
3. Dos hijos
4. Tres hijos
5. Cuatro o más hijos

6. ¿Has recibido información acerca del examen de Papanicolaou?

- Si (1) No (0)

7. Si ha recibido información a través de quién o qué medios la recibió.

- 1) Madre
- 2) Hermanos (as)
- 3) Profesor
- 4) Amigo
- 5) Médico
- 6) Internet
- 7) Televisión
- 8) Radio
- 9) Otros _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

8. ¿Cuál de los siguientes cánceres corresponde al cáncer cervicouterino?

- a) Cáncer de la vagina
- b) Cáncer de ovarios
- c) Cáncer del cuello del útero
- d) Cáncer de la vulva
- e) No sabe

9. ¿Conoce usted cuales son los principales factores de riesgo del cáncer cervicouterino?

- a) Antecedentes cáncer de mama.
- b) Inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años.
- c) Infecciones por el virus del papiloma humano.
- d) Varias parejas sexuales.
- e) Infecciones urinarias.
- f) No sabe

10. ¿Conoce usted cual es el síntoma más frecuente del cáncer cervicouterino?

- 1. Ardor al orinar
- 2. Prurito vaginal
- 3. Sangramiento postcoital (Sangramiento después del contacto sexual)
- 4. Dolor en bajo vientre
- 5. No sabe

11. ¿En qué consiste el examen de Papanicolaou?

- a) Examen de sangre
- b) Examen de orina
- c) Examen del cuello del útero
- d) Examen para detectar si hay embarazo
- e) No sabe

12. ¿Por qué se le recomienda el examen de Papanicolaou a las mujeres?

- a) Para detectar una infección urinaria
- b) Para detecta el cáncer de cuello uterino
- c) Para evitar flujos vaginales
- d) Para detectar infecciones uterinas
- e) No sabe

13. ¿Conoce usted a quiénes se le debe realizar el examen de Papanicolaou?

- a) Mujeres que tienen varios hijos.
- b) Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años.
- c) Mujeres trabajadoras sexuales.
- d) Mujeres en edades comprendidas entre 30 y 64 años.
- e) No sabe

14. ¿Con que frecuencia debe acudir a realizarse el examen de Papanicolaou?

- a) Cada 6 meses
- b) Cada 1 año
- c) Cada 2 años
- d) Cada 3 años
- e) Cada 5 años
- f) No sabe

15. ¿Qué requisitos debes tomar en cuenta para realizarte el examen de Papanicolaou?

Acudes a realizarte el examen de Papanicolaou:

- a) ¿Cuándo estas usando óvulos?
- b) ¿Cuándo te hiciste duchas vaginales?
- c) ¿Después de retirada la menstruación?
- d) ¿Esperas tres días después de la última relación sexual para acudir?
- e) ¿Cuándo presentas flujo vaginal?
- f) No sabe

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

CRITERIOS DE MORIYAMA PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Porcentaje de ítems evaluados desfavorablemente en dos rondas, según Criterios de Moriyama

| Dimensión | Criterios de Moriyama | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|----------|------|------------|------|----------|------|
| | Comprensible | | Sensible | | Pertinente | | Factible | |
| | 1a | 2a | 1a | 2a | 1a | 2a | 1a | 2a |
| | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Concepto cáncer cervicouterino y test de Papanicolaou | 16,7 | 8,3 | 25 | 8,3 | 8,4 | 0 | 33,3 | 8,3 |
| Factores riesgo y síntomas más frecuentes | 11,1 | 0 | 11,1 | 0 | 11,1 | 0 | 11,1 | 0 |
| Usuarías del examen Papanicolaou | 50 | 0 | 50 | 16,7 | 33,3 | 16,7 | 50 | 16,7 |
| Frecuencia y Requisitos del examen Papanicolaou | 38,9 | 0 | 38,9 | 0 | 38,9 | 0 | 50 | 0 |
| Total | 29,2 | 2,1 | 31,2 | 6,2 | 22,9 | 4,2 | 36,1 | 6,2 |

ANEXO E

PRESUPUESTO

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

Gastos del proyecto

1. Material de oficina

| Producto | Unidad de medida | Cantidad | Costo en dólares | |
|-----------------------|------------------|----------|------------------|-------|
| | | | Unitario | Total |
| Hojas de papel | Resma | 4 | 5 | 20 |
| Tóner impresora láser | Unidad | 4 | 60 | 240 |
| Perforadora | Unidad | 1 | 15 | 15 |
| Calculadora | Unidad | 1 | 20 | 20 |
| Total | | | | 295 |

Total de gastos por material de oficina: \$ 295

2. Equipamiento

| Equipo | Unidad de medida | Cantidad | Costo en dólares | |
|-----------------|------------------|----------|------------------|-------|
| | | | Unitario | Total |
| PC Portátil | Unidad | 1 | 1 | 800 |
| Impresora Láser | Unidad | 1 | 1 | 400 |
| Total | | | | 1200 |

Total de gastos por equipos: \$ 1200

3. Servicios

| Servicios | Unidad de medida | Cantidad | Costo en dólares | |
|------------|------------------|----------|------------------|-------|
| | | | Unitario | Total |
| Impresión | Hoja | 500 | 0,05 | 25 |
| Anillado | Hoja | 10 | 2,5 | 25 |
| Fotocopias | Hoja | 200 | 0,05 | 4 |
| Total | | | | 54 |

Total de gastos por servicios: \$ 54

4. Otros gastos

| Otros gastos | Unidad de medida | Cantidad | Costo en dólares | |
|--------------------------------|------------------|----------|------------------|--------|
| | | | Unitario | Total |
| Viajes (gastos en combustible) | Galones | 92 | 2,02 | 185,84 |
| Alimentación | Porciones | 40 | 2,5 | 100 |
| Total | | | | 285,84 |

Resumen del presupuesto en gastos directos

| Gastos directos | Costo en dólares |
|---------------------|------------------|
| Personal | 1205 |
| Material de oficina | 295 |
| Equipos | 1200 |
| Servicios | 54 |
| Otros gastos | 285,84 |
| Total | 3039,84 |

Total de gastos directos: \$ 3039,84

ANEXOS F

TALLERES

Taller No. 1: Introducción al programa educativo y las generalidades del cáncer cérvico uterino.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente de confianza e iniciar el tema general del cáncer cérvico uterino.

Técnica de presentación: La telaraña, conferencia

Material: computadora, infocus, pizarra, marcadores, Una bola de cordel o un ovillo de lana.

Momento inicial o de introducción

Presentación de la estrategia .Los temas que se tratarán en los talleres serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas posteriormente. La coordinadora da la indicación de que todos los participantes se coloquen de pie, formando un círculo.

Pasos a seguir:

- a) El facilitador le entrega a uno de ellos la bola de cordel; este tiene que decir su nombre, procedencia, tipo de trabajo que desempeña, interés de su participación, expectativas sobre el curso o actividad, etcétera.
- b) El que tiene la bola de cordel toma la punta del mismo y lanza la bola al otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. Luego, tomando el hilo, lanza la bola a otra persona del círculo.

- c) La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña.
- d) Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresársela a aquel que se la envió, repitiendo los datos por esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzó.

Objetivos:

- Permitir que los miembros del grupo se conozcan.
- Permitir la integración de los miembros al grupo.

Momento central o de desarrollo

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Momento final o de cierre

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

Taller No. 2: Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.

Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, infocus

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase.

Posteriormente el coordinador presentará una situación problemática relacionada con algún factor de riesgo del cáncer cérvico uterino y conocer si el auditorio sabe identificarlo.

Momento central o de desarrollo

Se procederá a la construcción grupal del concepto de factores de riesgo del cáncer cérvico uterino. Posteriormente se conforman dos grupos, de diez integrantes cada uno, los cuales aportarán sus ideas relacionadas con el tema, para posteriormente en plenaria y utilizando la técnica de la lluvia de ideas expongan sus conocimientos acerca de los factores riesgo del cáncer cérvico uterino. El coordinador irá reflejando las mismas y en el caso de que algunas sean parecidas lo señala. En otro momento el profesor a través de una presentación en power point expondrá los factores del cáncer cérvico uterino más acabado.

Momento final o de cierre

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber sido satisfechas que lo expresen.

Taller No. 3: Principales síntomas y signos del cáncer cérvico uterino.

Objetivos: Explicar la importancia de conocer los síntomas y signos del cáncer cérvico uterino y su importancia en el diagnóstico del cáncer cérvico uterino.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller utilizando la técnica de completamiento de frases para comprobar la asimilación de los contenidos abordados en la actividad anterior.

Momento central o de desarrollo

Se utilizará la técnica del método de caso la que consiste en la presentación al grupo de un determinado problema o caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de cinco mujeres cada uno.

La exposición del caso la lleva a cabo la coordinadora y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si se reparte material escrito, tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica utilizaremos la siguiente estrategia: Las participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema.

A continuación, se vuelve al punto de partida y se realiza un análisis más estricto, teniendo en cuenta aspectos más concretos, las situaciones que se dan en el caso, las causas y los efectos de las conductas que generan.

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

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: “Reflexiones del día”. Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para los participantes.

Tema 4: Indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.

Objetivos: Reconocer los requisitos e indicaciones del test de Papanicolaou así como su realización en las mujeres entre 25 y 64 años de edad.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, video sobre cómo se realiza el examen de Papanicolaou e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy.

Técnica mis favoritos:

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

Se organiza el grupo en forma de semicírculo y se pasa una pelota donde el facilitador mande a detener la bola se le pregunta a la participante:

- Su color favorito.
- Su música favorita.
- Su ciudad y lugar favorito de esta.

- Su familiar favorito.
- Su deporte favorito.

Responsable. La coordinadora.

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a realizar una discusión sobre las indicaciones, requisitos y usuarias del test de Papanicolaou, además se proyectara un video de cómo se realiza el test. En un primer momento se iniciara la discusión del tema dividido el grupo en cuatro equipos a cada uno se le dará un contenido diferente y posteriormente se propiciara el debate. En un segundo tiempo se proyecta el vídeo y se pregunta los criterios acerca del proceder.

Posteriormente el coordinador realizará las acotaciones necesarias relacionadas con el tema en cuestión tratado realizando un resumen donde señale las principales indicaciones y requisitos del test de Papanicolaou.

Momento final o de cierre

Se realizará mediante la técnica: “La liga del saber”

Objetivo: Evaluar el conocimiento y manejo de cualquier tema trabajado. La dinámica se basa en simular un concurso transmitido por radio o por televisión.

Pasos a seguir:

- a) Se forman varios equipos según el número de participantes.
- b) El facilitador prepara de antemano una serie de preguntas sobre el tema que se haya tratado.
- c) Se establece el orden de participación de los grupos. El equipo que responda a mayor número de preguntas correctamente es el que gana.

- d) Inicia el facilitador con una de las preguntas que tiene elaborada. Cada equipo tiene un tiempo límite para responder (de 1 a 3 minutos).
- e) Cada equipo tiene un representante para cada pregunta. En caso que el representante no pueda responder, los miembros del equipo tienen la posibilidad de discutir entre sí para dar la respuesta dentro del límite de tiempo acordado con anterioridad.
- f) Cada respuesta correcta significa dos puntos, cuando es contestada por el compañero que le correspondía por el equipo, y de un punto cuando es respondida en la segunda oportunidad por el equipo.
- g) En caso que al equipo que le corresponda no conteste correctamente, cualquiera de los otros equipos que lo solicite primero, lo puede hacer. Se gana un punto.
- h) Las preguntas no deberán ser formuladas sobre la memorización de conceptos, sino presentar problemas o situaciones concretas, cuyas respuestas requieran de la aplicación correcta de los conceptos, conocimientos, etc.

El facilitador puede poseer dos cartulinas donde se diga: correcto o incorrecto.

Una vez que un equipo haya dado su respuesta, le pregunta al resto si es correcto o no.

Independientemente de lo que diga el conjunto, voltea el cartón que corresponda. Si fuera incorrecto, cualquiera de los otros equipos que pueda responderle.

Recomendaciones:

El facilitador debe actuar como un animador de radio o televisión para darle más dinamismo a la técnica. Debe estar muy atento para afirmar las respuestas correctas o para calificar una respuesta de incorrecta.

Utilidad:

Esta técnica resulta muy útil cuando se ha estudiado un tema que el grupo debe asimilar, tanto desde el punto de vista docente para reafirmar, consolidar y para evaluar la asimilación y comprensión que ha habido, y en este sentido puede ser introducida para desarrollar seminarios o clase de consolidación.

Permite integrar los contenidos de un tema a partir de las preguntas que elabore el educador y llegar a elementos conclusivos del mismo.

Tema 5: Taller de consolidación y conclusiones.

Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, rotafolio, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se utilizará una técnica para animar al grupo que puede ser la denominada “**La doble rueda**”.

El procedimiento a utilizar será:

- a) Se divide a los participantes en dos grupos iguales.
- b) Se coloca a un grupo formado círculo tomados de los brazos, mirando hacia fuera.
- c) Se coloca el otro grupo hacia alrededor, formando un círculo, tomados de la mano mirando hacia dentro.
- d) Se les pide que cada miembro de la rueda exterior se coloque delante de uno de la rueda interior, que será su pareja, y que se fije bien en quien es pareja de cada quién.
- e) Una vez identificadas las parejas, se les pide que se vuelvan de espalda y queden nuevamente tomados de la mano los de afuera, y los de adentro tomados de los brazos.
- f) Se indica que se va hacer sonar una música (o el ruido de algún instrumento) y que mientras suena deberán moverse los círculos hacia su izquierda (así cada rueda girará en sentido contrario a la de la otra), y que cuando pare la música (o el ruido) deberá

buscar su pareja, tomarse de las manos y sentarse en el suelo; la última pareja en hacerlo pierde y sale de la rueda. El coordinador interrumpirá la música o el ruido en cualquier momento.

- g) Las parejas que salen van formando luego el jurado que determinará qué pareja pierde cada vez. El ejercicio continúa sucesivamente hasta que queda una pareja sola al centro, que es la ganadora. La coordinadora debe tener cuidado de que las instrucciones sean bien comprendidas.

Momento central o de desarrollo

Se utilizará la técnica de “Palabras claves” cuyo objetivo es Permitir a los participantes sintetizar o resumir los aspectos centrales de una idea o un tema.

Procedimiento de aplicación: Pasos a seguir: a) Con todos los participantes o por grupos (Según el número), se le pide a cada uno que escriba o diga con una sola palabra (que sintetice o resuma), lo que piensa sobre el tema que se trata, por ejemplo, el facilitador puede preguntar: ¿Qué es lo más importante para el diagnóstico del cáncer cérvico uterino? b) Los miembros del grupo deberán responder con una sola palabra a esta pregunta. Su respuesta pueden ser: utilizar métodos anticonceptivos, peso adecuado, edad ideal, etc.

Discusión:

Luego se realiza una breve reflexión en torno a lo que cada palabra significa para los participantes. En este paso, el facilitador puede apoyarse en un papeógrafo en el que previamente se hayan escrito las palabras nombradas por el grupo o simplemente en el pizarrón. Se puede conducir este paso con preguntas como las siguientes: ¿Por qué es importante realizarse el test de Papanicolaou? La que mencionó dicha palabra explica el porqué. Otras integrantes pueden apoyar sus ideas o contradecirlas, y en este sentido se dirige la discusión. Pueden aplicarse diferentes variantes a la técnica. Así, por ejemplo, puede pedirse, en lugar de una palabra una frase que resuma o sintetice; la "Palabra clave" o la frase pueden ser expresadas en forma gráfica por parte de los participantes. Se puede realizar la

técnica a partir de la lectura de un documento, una charla, una discusión o presentación de un medio audiovisual, se le pide a los participantes que resuman en una frase o en la que consideren conveniente, las ideas más importante del tema tratado.

Momento final o de cierre

Se utilizará la técnica participativa: “**Mirada Retrospectiva**” cuyo objetivo es permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente.

Procedimiento de aplicación: Esta técnica es recomendable para ser utilizada en la sesión final después de que el grupo haya hecho una evaluación del trabajo realizado, del cumplimiento de los objetivos etc. Pasos a seguir:

1er. Momento

El capacitador presentará a los participantes las siguientes interrogantes, para ser respondidos individualmente:

- ¿Me gusto?
- ¿No me Gusto?
- ¿Qué Aprendí?
- ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?
- ¿Cómo la pasé?
- ¿Cómo me sentí?

2do. Momento

Se formaran grupos de 4 a 6 integrantes. A nivel grupal, cada participante comentara las respuestas y, entre todos producirán un afiche que dé cuenta de los aspectos positivos y negativos de la experiencia vivida.

3er. Momento

Cada grupo expondrá su producción y el capacitador dará su opinión respecto de la experiencia.

Utilidad: Sirve para hacer explícito los sentimientos y emociones que han experimentado y experimenta los participantes provocados por la actividad grupal. Le permite al coordinador valorar el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros.