



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, VINCULACIÓN Y
POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO

Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer
cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la
parroquia el Triunfo, mayo 2024

Trabajo de titulación para optar el título de Magíster en Salud Pública
Mención Enfermería Familiar y Comunitaria

AUTOR:

Jesús Alberto Criollo Ruiz

TUTORA:

Lcda. Verónica Rocío Tierra Tierra, Mgs.

Riobamba, Ecuador. 2026

Declaración de Autoría y Cesión de Derechos

Yo, **Jesús Alberto Criollo Ruiz**, con número único de identificación **0202037149**, declaro y acepto ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en el presente trabajo de titulación denominado: “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la parroquia El Triunfo, Mayo 2024,” previo a la obtención del grado de Magister Salud Pública Mención Enfermería Familiar Y Comunitaria.

- Declaro que mi trabajo investigativo pertenece al patrimonio de la Universidad Nacional de Chimborazo de conformidad con lo establecido en el artículo 20 literal j) de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.
- Autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo que pueda hacer uso del referido trabajo de titulación y a difundirlo como estime conveniente por cualquier medio conocido, y para que sea integrado en formato digital al Sistema de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor, dando cumplimiento de esta manera a lo estipulado en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.

Riobamba, 22 de enero de 2026



Firmado electrónicamente por:
JESUS ALBERTO
CRIOLO RUIZ

Validar únicamente con FirmaEC

Lcdo. Jesús Alberto Criollo Ruiz

N.U.I. 0202037149



Dirección de
Posgrado
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
VINCULACIÓN Y POSGRADO



ACTA DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

En la ciudad de Riobamba, a los 18 días del mes de diciembre del año 2025, los miembros del Tribunal designado por la Comisión de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo, reunidos con el propósito de analizar y evaluar el Trabajo de Titulación bajo la modalidad Proyecto de titulación con componente investigación aplicada y/o desarrollo, CERTIFICAMOS lo siguiente:

Que, una vez revisado el trabajo titulado: "DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 A 45 AÑOS RESIDENTES EN LA PARROQUIA EL TRIUNFO, MAYO 2024.", perteneciente a la línea de investigación: Salud Pública y Educación para la Salud, presentado por el Criollo Ruiz Jesús Alberto, portador de la cédula de ciudadanía No. 0202037149, estudiante del programa de Maestría en SALUD PÚBLICA, MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA, se ha verificado que dicho trabajo cumple al 100% con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo cuanto podemos certificar, en honor a la verdad y para los fines pertinentes.

Atentamente,



Mgs. Verónica Tierra

TUTOR



PhD. Angélica Herrera

MIEMBRO DEL TRIBUNAL 1



Mgs. Cesar Ponce

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
2**



Campus La Dolorosa
Av. Eloy Alfaro y 10 de Agosto
Teléfono (593-3) 373-0880, ext. 2002
Riobamba - Ecuador

Unach.edu.ec
en movimiento

Certificado de Contenido de Similitud

De mi consideración:

Yo VERONICA ROCIO TIERRA TIERRA, certifico que JESUS ALBERTO CRIOLLO RUIZ con cédula de identidad No. 0202037149 estudiante del programa de Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, cohorte Tercera presentó su trabajo de titulación bajo la modalidad de Proyecto de titulación con componente de investigación aplicada y/o desarrollo denominado: Diseño De Estrategia De Intervención Educativa Sobre Prevención Del Cáncer Cérvico Uterino En Mujeres En Edad Fértil De 18 A 45 Años Residentes En La Parroquia El Triunfo, Mayo 2024, el mismo que fue sometido al sistema de verificación de similitud de contenido COMPILATION identificando el porcentaje de similitud de 1% en el texto y el porcentaje de similitud de 5% en inteligencia artificial.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**VERONICA ROCIO
TIERRA TIERRA**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Verónica Rocío Tierra Tierra
CI: 060426711-2

Adj.-

- Resultado del análisis de similitud (Compilation)

Agradecimiento

A mi madre Elvia Rocío, quien es el pilar fundamental de mi vida, una mujer valiente que ha sido padre y madre a la vez. Tú eres el ejemplo más puro de amor y sacrificio que conozco. Gracias por cada palabra que me impulso a seguir aun cuando el camino parecía imposible. Y a mi hermana por su alegría contagiosa y tu compañía sincera, tu presencia ha sido ese abrazo que lo cambia todo.

A ustedes dos que han sido mi hogar, mi fuerza y mi motor. Siempre serán mi mayor orgullo y mi mayor razón.

Jesús Criollo

Dedicatoria

Gracias a la Universidad Nacional de Chimborazo por la oportunidad de consolidar mi desarrollo profesional. A mi tutora Mgs. Verónica Rocío Tierra Tierra por su apoyo y consejo profesional y constante. Su apoyo fue fundamental para el desarrollo de este trabajo de investigación y su reciente alla ciencia.

Jesús Criollo

Índice General

| | |
|---|----|
| Resumen | 13 |
| Abstract..... | 14 |
| Introducción..... | 15 |
| CAPÍTULO 1 Generalidades | 16 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 16 |
| 1.2 Justificación de la Investigación..... | 23 |
| 1.3 Objetivos..... | 25 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 25 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 25 |
| Capítulo 2 Estado del Arte y la Práctica..... | 26 |
| 2.1. Antecedentes Investigativos | 26 |
| 2.2. Fundamentación Legal | 27 |
| 2.3. Fundamentación Teórica | 30 |
| 2.3.1. Estrategia de Intervención Educativa | 30 |
| 2.3.1.1. Definición y Conceptualización | 30 |
| 2.3.1.2. Componentes Esenciales de las Intervenciones Educativas..... | 31 |
| 2.3.1.3. Enfoques Metodológicos en Intervenciones Educativas..... | 32 |
| 2.3.2. Cáncer Cérvico Uterino | 33 |
| 2.3.2.1. Definición y Características Patológicas..... | 33 |
| 2.3.2.2. Etiología Viral y Factores de Riesgo..... | 33 |
| 2.3.2.3. Historia Natural y Progresión de la Enfermedad | 34 |
| 2.3.2.4. Carga de Enfermedad en América Latina y Ecuador..... | 35 |
| 2.3.3. Prevención de cáncer cérvico uterino | 36 |
| 2.3.4. Tamizaje y vacunación | 37 |
| 2.3.5. Conductas preventivas | 38 |

| | | |
|---|--|----|
| 2.3.6. | Prevención y aspectos que intervienen | 38 |
| 2.3.6.1. | Aspectos culturales | 38 |
| 2.3.6.2. | Aspectos socioeconómicos | 39 |
| 2.3.6.3. | Aspectos psicológicos y sociales | 40 |
| 2.3.6.4. | Aspectos del sistema de salud | 41 |
| CAPÍTULO 3 Diseño Metodológico | | 43 |
| 3.1. | Enfoque de la Investigación | 43 |
| 3.2. | Diseño de la Investigación | 43 |
| 3.3. | Tipo de Investigación | 43 |
| 3.4. | Nivel de Investigación | 44 |
| 3.5. | Población y Muestra | 44 |
| 3.5.1. | Población | 44 |
| 3.5.2. | Tamaño de la Muestra | 44 |
| 3.5.2.1. | Criterios de inclusión | 44 |
| 3.5.2.2. | Criterios de exclusión | 44 |
| 3.6. | Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 45 |
| 3.7. | Técnicas para el Procesamiento e Interpretación de Datos | 45 |
| 3.8. | Aspectos Bioéticos | 46 |
| 3.9. | Operacionalización de Variables | 47 |
| 3.9.1. | Variable Independiente | 47 |
| 3.9.2. | Variable Dependiente | 47 |
| 3.9.3. | Covariables | 47 |
| Capítulo 4 Análisis y Discusión de los Resultados | | 48 |
| 4.1. | Análisis Descriptivo de los Resultados | 48 |
| 4.1.1. | Características Demográficas | 48 |
| 4.1.2. | Nivel de Conocimientos sobre Prevención del Cáncer Cérvico Uterino | 49 |

| | |
|---|----|
| 4.1.3. Actitudes hacia la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino | 51 |
| 4.1.4. Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino | 52 |
| 4.1.5. Barreras y Factores Facilitadores | 53 |
| 4.1.6. Resumen de Asociaciones Estadísticas | 61 |
| 4.2. Discusión | 62 |
| CAPÍTULO 5 Marco Propositivo..... | 72 |
| 5.1. Planificación de la Actividad Preventiva..... | 72 |
| 5.1. Título de la Propuesta | 72 |
| 5.2. Datos Informativos | 72 |
| 5.3. Antecedentes de la Propuesta | 72 |
| 5.4. Justificación | 73 |
| 5.5. Objetivos de la Propuesta | 74 |
| 5.5.1. Objetivo General..... | 74 |
| 5.5.2. Objetivos Específicos | 74 |
| 5.6. Fundamentación Teórica | 74 |
| 5.7. Planificación de la Actividad Preventiva..... | 75 |
| 5.7.1. Metodología de la Intervención..... | 75 |
| 5.7.3. Descripción Detallada de los Módulos..... | 78 |
| 5.7.4. Cronograma de Actividades | 80 |
| 5.7.5. Recursos Necesarios | 81 |
| 5.7.6. Presupuesto Estimado..... | 82 |
| 5.8. Evaluación de la Estrategia..... | 82 |
| 5.8.1. Evaluación de Proceso..... | 82 |
| 5.8.2. Evaluación de Resultados..... | 83 |
| 5.8.3. Evaluación de Impacto | 83 |
| 5.9. Sostenibilidad de la Propuesta..... | 83 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| Conclusiones..... | 85 |
| Recomendaciones | 89 |
| Referencias Bibliográficas..... | 90 |
| ANEXOS | 102 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Características sociodemográficas de las participantes (n=168) | 48 |
| Tabla 2 Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino y su prevención (n=168) | 49 |
| Tabla 3 Nivel global de conocimiento (n=168) | 50 |
| Tabla 4 Actitudes hacia la prevención del cáncer cérvico uterino (n=168) | 51 |
| Tabla 5 Prácticas de tamizaje cervical (n=168) | 52 |
| Tabla 6 Estado de vacunación contra VPH (n=168) | 53 |
| Tabla 7 Barreras para la realización del Papanicolaou (n=168) | 53 |
| Tabla 8 Grado de incomodidad percibida ante el examen de Papanicolaou (n=168) | 54 |
| Tabla 9 Receptividad y preferencias para actividades educativas (n=168) | 54 |
| Tabla 10 Nivel de conocimiento según grupo de edad (n=168) | 55 |
| Tabla 11 Nivel de conocimiento según nivel de estudios (n=168) | 56 |
| Tabla 12 Percepción de riesgo según estado civil (n=168) | 56 |
| Tabla 13 Realización de Papanicolaou según grupo de edad (n=168) | 57 |
| Tabla 14 Estado de vacunación contra VPH según grupo de edad (n=168) | 58 |
| Tabla 15 Grado de vergüenza según grupo de edad (n=168) | 59 |
| Tabla 16 Nivel de conocimiento según estado civil (n=168) | 60 |
| Tabla 17 Resumen de asociaciones entre variables sociodemográficas y CAP | 61 |
| Tabla 18 Estructura modular del programa educativo | 77 |
| Tabla 19 Cronograma de implementación de la estrategia educativa | 80 |
| Tabla 20 Presupuesto estimado para la implementación | 82 |
| Tabla 21 Indicadores de resultado y metas de la intervención | 83 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino y su prevención | 50 |
| Figura 2. Realización de Papanicolaou según grupo de edad (n=168)..... | 57 |
| Figura 3. Estado de vacunación contra VPH según grupo de edad (n=168) | 59 |
| Figura 4. Receptividad hacia actividades educativas | 61 |

Resumen

Introducción: El cáncer cérvico uterino constituye un problema de salud pública en Ecuador, con 1,792 casos nuevos y 939 muertes anuales según GLOBOCAN 2022. A pesar de ser altamente prevenible mediante tamizaje y vacunación contra el VPH, persisten bajas coberturas asociadas a factores modificables mediante intervenciones educativas. **Objetivo:** Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la parroquia El Triunfo, mayo 2024. **Metodología:** La metodología fue descriptiva, transversal y cuantitativa. Se aplicaron encuestas en Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) a 168 mujeres elegidas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se examinaron las frecuencias absolutas y relativas y se realizó un análisis descriptivo. Resultados. La media de edad fue de (31.4) años (DE=8.2) y la mayoría (54.9%) tenían por nivel de educación secundaria. La cifra de conocimiento fue 59.4% y se registraron actitudes de nivel moderado y bajo, del total, 36.6% de las mujeres había oído hablar alguna vez de VPH. En cuanto a las actitudes, 63.4% creía que la realización de las pruebas de tamizaje preventivas adecuadas eran de mucha importancia, sin embargo, solo el 10.9% de las mujeres se consideraron en riesgo de desarrollar cáncer. Prácticas, 33.1% nunca se había realizado una citología cervical y 77.1% no se había vacunado contra el VPH. La vergüenza fue el principal condicionante (39.4%) y 93.7% manifestó estar interesado en el programa educativo. Conclusión. Se elabora la estrategia de “Mujer Informada, Mujer Protegida” bajo el modelo de Creencias en Salud, realizó la intervención en 6 módulos, implementado en 12 semanas, de carácter participativo, con 1,267.75 dólares de costo, con material educativo contextualizado y se asienta la factibilidad de su implementación en atención primaria en salud.

Palabras clave: cáncer cérvico uterino, prevención, intervención educativa, conocimientos, actitudes, prácticas, Papanicolaou, virus del papiloma humano.

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a public health problem in Ecuador, with 1,792 new cases and 939 deaths annually according to GLOBOCAN 2022. Despite being highly preventable through screening and HPV vaccination, low coverage persists due to factors that can be modified through educational interventions. **Objective:** To design an educational intervention strategy on cervical cancer prevention for women of childbearing age (18-45 years) living in the parish of El Triunfo, May 2024. **Methodology:** The methodology was descriptive, cross-sectional, and quantitative. Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) surveys were administered to 168 women selected through non-probabilistic convenience sampling. Absolute and relative frequencies were examined, and a descriptive analysis was performed. **Results.** The mean age was 31.4 years (SD=8.2), and the majority (54.9%) had a secondary education level. The knowledge score was 59.4%, and moderate and low attitudes were recorded. Of the total, 36.6% of women had heard of HPV at some point. In terms of attitudes, 63.4% believed that appropriate preventive screening tests were very important; however, only 10.9% of women considered themselves at risk of developing cancer. Regarding practices, 33.1% had never had a Pap smear and 77.1% had not been vaccinated against HPV. Shame was the main factor (39.4%), and 93.7% expressed interest in the educational program. **Conclusion.** The “Informed Woman, Protected Woman” strategy was developed under the Health Belief Model. The intervention was carried out in six modules, implemented over 12 weeks, and was participatory in nature, with a cost of \$1,267.75, using contextualized educational material. The feasibility of its implementation in primary health care was established.

Keywords: cervical cancer, prevention, educational intervention, knowledge, attitudes, practices, Pap smear, human papillomavirus.



Firmado electrónicamente por:
MARCO ANTONIO
AQUINO ROJAS

Validar únicamente con FirmaEC

Reviewed by:
Marco Antonio Aquino
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1753456134

Introducción

El cáncer cérvico uterino constituye una de las amenazas más significativas para la salud de las mujeres a nivel global, particularmente en países de ingresos bajos y medios donde se concentra el 94% de las muertes por esta causa (World Health Organization, 2024). A pesar de ser uno de los cánceres más prevenibles, mediante vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), tamizaje periódico y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas, esta enfermedad continúa causando aproximadamente 350,000 muertes anuales en el mundo. El paradigma central de este problema de salud pública es que, a pesar de la existencia de tecnologías preventivas efectivas y accesibles, las brechas en el conocimiento, acceso y uso de servicios preventivos continúan imponiendo una carga de enfermedad evitable que afecta desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. (Singh et al. 2023)

La situación sigue siendo preocupante para América Latina y el Caribe. En el año 2022, la Organización Panamericana de la Salud informa el diagnóstico de más de 78,000 mujeres con cáncer de cuello uterino y la mortalidad de 40,000, con tasas de mortalidad tres veces más altas que en América del Norte (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Ecuador es uno de los países de la región donde la mortalidad por esta enfermedad es más alta. La incidencia es 29.0 (por cada 100 mil mujeres) y la mortalidad es 14.0 por cada 100 mil, situándose en un nivel medio alto en la región. En el contexto de Ecuador, el estudio más reciente muestra que el 86% de las mujeres con lesión en el cuello uterino presentan alguna infección por VPH, siendo los genotipos 16 y 58 los que más se presentan, con 38.9% y 19.5% respectivamente (Bedoya-Pilozo et al., 2023).

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud pública en Ecuador. Junto con otros tipos de cáncer, las inequidades en salud que afectan a las mujeres ecuatorianas consisten en inequidades prevenibles. Ecuador tiene una tasa de incidencia de 29.0 por cada 100,000 mujeres y tasas de mortalidad de 14.0 por cada 100,000 mujeres, lo que lo posiciona en las clasificaciones medio-altas de América Latina, siendo el doble de la tasa de un país como Chile y más de cinco veces la tasa de Puerto Rico (Almonte et al., 2015). Esta situación cobra mayor relevancia al considerar que el cáncer cervical es prevenible mediante estrategias costo-efectivas y científicamente validadas, lo que significa que cada muerte por esta causa representa un fracaso evitable del sistema de salud y una pérdida innecesaria de vida humana.

CAPÍTULO 1

Generalidades

1.1 Planteamiento del problema

El cáncer cérvico uterino constituye el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con aproximadamente 660,000 casos nuevos y 350,000 defunciones registradas anualmente. Singh et al. (2023) realizaron un análisis de línea base para la Iniciativa de Eliminación del Cáncer Cervical de la Organización Mundial de la Salud, reportando que en 2020 se estimaron 604,127 casos nuevos y 341,831 muertes globalmente, con tasas estandarizadas por edad de incidencia de 13.3 casos por 100,000 mujeres-año. La mortalidad y morbilidad por cáncer cervical en Ecuador tiene una magnitud absoluta; su magnitud absoluta también es la causa de inequidades en el acceso a la medicina preventiva y tratamiento del cáncer en otras partes del mundo.

La incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino presenta disparidad geográfica. Las tasas más altas son reportadas del este de África con 40 casos por 100,000, seguido luego por el sur con (36.4 por 100,000) y central con (31.6 por 100,000) de África. En América del norte, por el contrario, se reporta solo 6 casos por 100,000 mujeres. Esto evidencia diferencias de 10 veces entre regiones que son directamente relacionadas al acceso a programas de tamizaje y vacunación contra el VPH. La desigual distribución de las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino, confirma que se trata de una enfermedad de inequidad y de profunda exclusión que afecta sobre todo a mujeres de contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

La región latinoamericana presenta también una gran carga por el cáncer cervicouterino, reportándose anualmente 56,000 casos nuevos y 28,000 muertes (Pierce Campbell et al., 2020). En América Latina, Murillo et al. (2016) reporta que el cáncer de cerviz sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 20 a 40 años y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Honduras, Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador. Esta situación representa también la principal causa del cáncer femenino en estos últimos 4 países. La magnitud del problema también es evidente en su impacto en mujeres en edad reproductiva, cuyas muertes afectan profundamente la economía de las familias y las comunidades donde viven.

La incidencia de esta enfermedad varía de forma estrepitosa en cada país de América Latina con diferencias de más del 300 % en los países más y menos afectados. Bolivia reporta la tasa más alta con 47.7 casos cada 100,000 mujeres, seguida por Nicaragua, 36.2, Paraguay, 34.2, y Ecuador, 29.0, con menores tasas, y para el caso de Puerto Rico y Chile, 11.4 y 12.8, respectivamente (Almonte et al., 2015). Las cifras de la mortalidad son aún más desiguales, mostrando que Bolivia tiene 21.0 muertes por 100,000, Nicaragua 18.3 muertes, Ecuador 14.0, y de Puerto Rico y Chile que tienen 2.8 y 6.0 muertes. esto da una diferencia de siete veces entre números extremos.

Pierce Campbell et al. (2020) mostraron que había una fuerte correlación entre la cobertura de tamizaje y la mortalidad, mostrando que aquellos países que tienen una cobertura de tamizaje por encima del 60% tienen una mortalidad por debajo de 10 por 100,000 mujeres, y por el contrario, aquellos que tienen por debajo de 20% de cobertura, la mortalidad se encuentra por encima de 15 por 100,000. Esto evidencia que el problema de las diferencias de mortalidad no son por diferencias biológicas de las poblaciones, sino por diferencias en la política de implementación de programas de salud preventiva. Entonces, se debe de suponer que la evidencia sugiere que en la región, el cerrar estas brechas de cobertura se puede prevenir una cantidad considerable de muertes anualmente.

La relación causal en el cáncer del cuello uterino y el VPH, como virus, ha sido ampliamente profundizada en la investigación epidemiológica. En América Latina, la prevalencia de VPH es la segunda más alta del mundo con 16%, únicamente superada por África Subsahariana (World Health Organization, 2024). Esta alta prevalencia regional constituye un factor determinante de la elevada carga de cáncer cervical observada en los países latinoamericanos.

El metaanálisis realizado por Ciapponi et al. (2011) con 79 estudios de 18 países latinoamericanos estableció que en lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado se detectó VPH en 82.5% de los casos, con el genotipo VPH-16 presente en 46.5% y el VPH-18 en 8.9%. En cáncer cervical invasivo, la prevalencia fue aún mayor con 89.0%, siendo VPH-16 detectado en 53.2% y VPH-18 en 13.2% de los casos. Estos hallazgos confirman que los genotipos 16 y

18 representan entre 65% y 70% de los cánceres cervicales en América Latina, información crucial para las estrategias de vacunación que priorizan estos genotipos de alto riesgo.

En el contexto ecuatoriano específico, Bedoya-Pilozo et al. (2023) reportaron una positividad para VPH de 86% en pacientes con lesiones cervicales, observando una progresión en la prevalencia según la severidad de las lesiones. La detección de VPH fue de 54.4% en lesiones intraepiteliales cervicales de grado 1 (CIN1), aumentó a 74.7% en CIN2/3, y alcanzó 78.6% en cáncer invasivo. Los factores de riesgo identificados incluyeron haber tenido tres o más embarazos con un odds ratio de 4.3, e infección por VPH de alto riesgo con un odds ratio de 3.7. Estos datos proporcionan evidencia local que refuerza la importancia de estrategias preventivas dirigidas específicamente a mujeres en edad reproductiva.

El cáncer cérvico uterino constituye el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con aproximadamente 660,000 casos nuevos y 350,000 defunciones registradas anualmente. Singh et al. (2023) realizaron un análisis de línea base para la Iniciativa de Eliminación del Cáncer Cervical de la Organización Mundial de la Salud, reportando que en 2020 se estimaron 604,127 casos nuevos y 341,831 muertes globalmente, con tasas estandarizadas por edad de incidencia de 13.3 casos por 100,000 mujeres-año. Estas estadísticas demuestran la magnitud del problema, no solo en números absolutos, sino en la presencia de desigualdades globales que muestran el acceso desigual a la atención preventiva y al tratamiento.

Existen desigualdades en la incidencia y mortalidad del cáncer cervical. Las tasas más altas se encuentran en África Oriental con 40 casos por cada 100,000, África del Sur con 36.4 por cada 100,000 y África Central con 31.6 por cada 100,000. En comparación, América del Norte tiene 6 casos por cada 100,000 mujeres, mostrando una diferencia de casi 10 veces entre regiones, lo que se puede atribuir directamente a la presencia de programas organizados de detección y vacunación contra el VPH. Esta disparidad demuestra que el cáncer cervical es esencialmente una enfermedad de desigualdad y afecta a mujeres con las mayores inequidades en el estatus socioeconómico..

La región latinoamericana presenta una carga sustancial de cáncer cervical, con aproximadamente 56,000 casos nuevos y 28,000 muertes anuales (Pierce Campbell et al., 2020). Murillo et al. (2016) documentaron que el cáncer cervical permanece como la principal

causa de mortalidad por cáncer en mujeres de 20 a 40 años en América Latina, y constituye la causa principal de muerte por cáncer femenino en Honduras, Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador. Esta situación es particularmente preocupante considerando que se trata de mujeres en edad reproductiva y productiva, cuyas muertes tienen impactos devastadores no solo en las familias sino también en el desarrollo socioeconómico de las comunidades.

Las tasas de incidencia estandarizadas por edad varían dramáticamente entre países latinoamericanos, revelando diferencias que superan el triple entre las naciones más y menos afectadas. Bolivia presenta la tasa más alta con 47.7 casos por 100,000 mujeres, seguida por Nicaragua con 36.2, Paraguay con 34.2, y Ecuador con 29.0, mientras que Puerto Rico tiene solo 11.4 y Chile 12.8 (Almonte et al., 2015). Las tasas de mortalidad muestran una disparidad aún más pronunciada, con Bolivia reportando 21.0 muertes por 100,000, Nicaragua 18.3, y Ecuador 14.0, en contraste con Puerto Rico que presenta 2.8 y Chile 6.0, representando una diferencia de siete veces entre los extremos.

Pierce Campbell et al. (2020) identificaron una correlación fuerte entre la cobertura de tamizaje y las tasas de mortalidad, demostrando que los países con cobertura de tamizaje superior al 60% presentan mortalidad menor a 10 por 100,000 mujeres, mientras que aquellos con cobertura inferior al 20% enfrentan mortalidad superior a 15 por 100,000. Este hallazgo subraya que las diferencias en mortalidad no reflejan variaciones biológicas entre poblaciones, sino disparidades en la implementación de programas preventivos efectivos. La evidencia sugiere que cerrar las brechas de cobertura podría prevenir miles de muertes anuales en la región.

El virus del papiloma humano (VPH) es reconocido como la causa principal del cáncer cervical, estableciendo una relación causal que ha sido ampliamente demostrada por la investigación epidemiológica. En América Latina, la prevalencia de VPH es la segunda más alta del mundo con 16%, únicamente superada por África Subsahariana (World Health Organization, 2024). Esta alta prevalencia regional constituye un factor determinante de la elevada carga de cáncer cervical observada en los países latinoamericanos.

El metaanálisis realizado por Ciapponi et al. (2011) con 79 estudios de 18 países latinoamericanos estableció que en lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado se detectó VPH en 82.5% de los casos, con el genotipo VPH-16 presente en 46.5% y el VPH-18 en 8.9%.

En cáncer cervical invasivo, la prevalencia fue aún mayor con 89.0%, siendo VPH-16 detectado en 53.2% y VPH-18 en 13.2% de los casos. Estos hallazgos confirman que los genotipos 16 y 18 representan entre 65% y 70% de los cánceres cervicales en América Latina, información crucial para las estrategias de vacunación que priorizan estos genotipos de alto riesgo.

En el contexto ecuatoriano específico, Bedoya-Pilozo et al. (2023) reportaron una positividad para VPH de 86% en pacientes con lesiones cervicales, observando una progresión en la prevalencia según la severidad de las lesiones. La detección de VPH fue de 54.4% en lesiones intraepiteliales cervicales de grado 1 (CIN1), aumentó a 74.7% en CIN2/3, y alcanzó 78.6% en cáncer invasivo. Los factores de riesgo identificados incluyeron haber tenido tres o más embarazos con un odds ratio de 4.3, e infección por VPH de alto riesgo con un odds ratio de 3.7. Estos datos proporcionan evidencia local que refuerza la importancia de estrategias preventivas dirigidas específicamente a mujeres en edad reproductiva.

Ecuador tiene a cargo un importante número de casos de cáncer cervicouterino, lo que merece atender con prioridad estas cifras. Con datos de GLOBOCAN 2022, el país tiene 1,792 casos nuevos y 939 muertes por este cáncer al año. Es el segundo más frecuente y de los 3 que más mueren por cáncer en ecuatorianas. La mortalidad es 8,16 por 100,000 mujeres, por lo que aproximadamente 2 por día mueren de esta enfermedad prevenible. Hay un 16.0 de incidencia estandarizada por 100.000 mujeres, por lo que es mayor que el ámbito de Sudamérica que tiene 15.4, el mundial 13.3.

El ratio mortalidad/incidencia de 0.53 observado en Ecuador, de allí que Ecuador tiene diagnósticos de cáncer a mujeres, y con más obstáculos de acceso a tratamientos correctos. (ICO/IARC HPV Information Centre, 2023) De acuerdo a registros de cáncer de SOLCA hay grandes. Loja es la que más tasa tiene con 24.9 por 100,000, después Guayaquil 20.2, luego Quito 17.6, Manabí 16.1 y es de 14.1 Cuenca. Aproximadamente el 60% de los casos del país se concentran en Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay.

Existen grandes brechas en la cobertura de vacunación del VPH en Ecuador. A pesar de que la vacuna se incluyó en el esquema nacional en 2014, el Centro de Información sobre VPH, ICO/IARC (2023) establece que únicamente el 30% de las niñas se aplicaron la primera dosis y el 3% finalizó el esquema de vacunación. Esa cobertura es totalmente opuesta a la meta de la Organización Mundial de La Salud que espera, para el 2030 vacunar el 90% de las niñas antes

de cumplir 15 años. Se han analizado algunos de los determinantes sociales de la vacunación la relación del analfabetismo y la pobreza por necesidades básicas insatisfechas que son de forma inversa a la cobertura vacunal, es decir a mayor pobreza y analfabetismo menor será la cobertura (Bravo et al., 2023).

A la cobertura de casos, la vueltecita por la encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que se realizó en el 2018, es documentar, tuvo el placer de documentar que solo el 54.8% de las mujeres que se encuentran entre los 12 a 49 años de edad en Ecuador, se han realizado un Papanicolaou, haciendo de Ecuador uno de los países con menor cobertura de tamizaje en toda la región de las Américas (Freire et al., 2018). Las disparidades regionales son marcadas: mientras Cuenca alcanza 64.4% de cobertura, en Ambato solo el 17% de las mujeres de 35 a 64 años, grupo de mayor riesgo, se ha realizado citología cervical. Un estudio cualitativo realizado en Cuenca destacó las principales barreras para el cribado del cáncer: largos períodos de espera, falta de acceso físico a los centros de salud, comunicación inadecuada del médico al paciente y, a nivel individual, falta de conciencia sobre el cáncer cervical, falta de percepción de riesgo y miedo al examen ginecológico (Encalada-Calero et al., 2022).

La situación actual de las mujeres en Machala es un indicador de la falta de información sobre la prevención del cáncer cervical y de la necesidad de tomar medidas educativas adecuadas al respecto. A pesar de que el 68,1% de las mujeres tiene conocimiento respecto a la citología, solo el 24,8% la practica periódicamente, existiendo una variedad de actitudes neutras y negativas hacia el tamizaje (Carrión-Peñaloza et al., 2025).

En el cantón Suscal de la provincia de Cañar, el 39.59% de las mujeres conocen el tema apenas, el 56.7% tienen actitudes negativas, mientras que el 38.44% tienen prácticas incorrectas, lo que demuestra que una de cada dos mujeres tiene poco conocimiento sobre el cáncer cervical (Guamán & Quinde, 2020). Las barreras identificadas incluyen el miedo al procedimiento (38.2%), la ignorancia (19.09%), la vergüenza (10.55%) y factores económicos (60.67%).

La educación para el autocuidado es una de las principales estrategias para prevenir el cáncer de cérvix y está bien respaldada por evidencia científica. Una revisión sistemática que abarcó 37 estudios y 15,568 participantes afirmó que el uso de sesiones grupales, videos, folletos y educación cara a cara son algunas de las diversas técnicas que son exitosas en cambiar

el comportamiento de los participantes hacia el tamizaje, con el 100% de los estudios reportando mejoras significativas después de la intervención (Abiodun et al., 2018). En el caso de Perú, las intervenciones educativas reportaron un aumento en el alto conocimiento del 22% al 81.25% ($p < 0.0001$), afirmando el impacto significativo de estas estrategias en comunidades latinoamericanas similares (Huamán-Carhuas & Vásquez-Buendía, 2020).

La asociación entre saber y poder prevenir ha estado documentada en la literatura. En el año 2019, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú indica que de la población en estudio, el 94.7% con información sobre cáncer cervicouterino realizó el tamizaje, en contraste, el 5.3% que no tenía información, y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Un determinado nivel de conocimiento es un predictor relevante de la adhesión al tamizaje (Chávez-Quispe et al., 2021). En Cuba, una intervención pre-experimental en mujeres de entre 15 y 25 años, se lograron elevaciones significativas en la comprensión de factores de riesgo, detección a tiempo, y en la relación VPH-cáncer cervical (Matos-Bisset et al., 2018).

La Salud se considera un modelo para trabajar en el desarrollo de la educación sobre: la educación sobre la autoeficacia, la enfermedad, la enfermedad, la enfermedad, los beneficios de la autoeficacia y el autoeficacia en la enfermedad. El modelo de la Salud Pública refiere que la educación sobre la Salud debe ser preventiva, debe ser integrada en la política y tener un alcance amplio, que incluya adolescentes, padres, maestros y profesionales de la Salud. El autocontrol considera que las mujeres son responsables de su Salud y las empodera para que tomen decisiones sobre la vacunación, el tamizaje y padecimientos que son de su control.

En el caso de la parroquia El Triunfo, la población requiere la consideración de la focalización de intervención educativa, que se realiza con la consideración de la variable demográfica y el riesgo de padecimiento de enfermedades de la población. Las mujeres de entre 18 y 45 años, que es la franja etaria con mayor riesgo de padecimiento de lesiones precursoras y carcinoma del cérvico, también es la franja etaria con la mayor demanda de actividad sexual y reproductiva. Se vierte aquí un gran cúmulo de la problemática abordable que incluye: la carga de morbilidad, la inaccesibilidad a la prevención primaria y secundaria, el nivel de conocimientos y, la demostrada eficacia de un abordaje educativo para la solución del problema, la fundamentación de esta problemática, el abordaje hacia la formación de un sistema educativo basado en la atención primaria en el nivel del cérvico uterino a la población demanda.

1.2 Justificación de la Investigación

La carga de enfermedad del cáncer cervical en Ecuador no se distribuye equitativamente, sino que afecta desproporcionadamente a mujeres en edad reproductiva y productiva. Murillo et al. (2016) establecieron que el cáncer cervical permanece como la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres ecuatorianas de 20 a 40 años, edad en la cual las mujeres típicamente están criando familias, contribuyendo económicamente a sus hogares, y desempeñando roles centrales en sus comunidades. La muerte o la posibilidad de indefensión de esta franja etaria, en relación a la mujer, es causa de una problemática que es territorialmente devastadora. Esta devastación no es sólo hacia la mujer, también incluye a los hijos que carecerán de la figura materna, al cese de la atención del núcleo familiar, se une la pérdida de la mujer para la sociedad y la comunidad, se incorpora la pérdida de liderazgo, el cese de la productividad, y el agravamiento de la pobreza. La carga de enfermedad y su dimensión social, es motivo suficiente para que la disminución de la morbi-mortalidad de estas mujeres sea la prioridad.

La ciencia ya tiene conclusiones sobre el hecho de que el 86% de las mujeres ecuatorianas que tienen lesiones cervicales presentan infección por el virus del papiloma humano de los cuales los predominantes son el 16 y 18 y que son los responsables de la mayoría de cánceres en el cuello uterino (Bedoya-Pilozo et al., 2023). Este hallazgo enfatiza una vez más la carga viral que tiene Ecuador junto con la baja cobertura de vacunación y los seguimientos inadecuados que crean un terreno fértil para tasas persistentemente altas de cáncer de cuello uterino. Identificar factores de riesgo modificables como la multiparidad, con un cociente de probabilidades de 4.3, indica que las intervenciones educativas pueden impactar en un cambio de comportamiento positivo hacia la búsqueda más proactiva y preventiva de acceso temprano a servicios para la detección oportuna.

La falta de conocimiento sobre las estrategias de prevención del cáncer cervical entre las mujeres ecuatorianas sigue siendo una barrera que sostiene altas tasas de incidencia y mortalidad. Ortiz Segarra et al (2021) afirman que aunque las mujeres ecuatorianas tienen conocimientos generales sobre el virus del papiloma humano, un número muy pequeño de ellas entiende que es la principal causa del cáncer cervical, que es de transmisión sexual y que existen vacunas y formas de detectar la enfermedad de manera temprana.

La problemática empeora al analizar que, de acuerdo a los estudios, el 41.6% de las mujeres ecuatorianas no se han realizado un tamizaje para cáncer cervical, lo que representa que un 41.6% de la población objetivo es totalmente ignorada por los programas de prevención (Vega Crespo et al., 2022). La falta de tamizajes en estas mujeres no se debe a la carencia de servicios sanitarios, por el contrario, a menudo se debe a la falta de educación en la población sobre la importancia de los tamizajes, el desconocimiento sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, y a la presencia de barreras culturales y psicológicas que evitan la búsqueda de atención preventiva. La identificación de creencias erróneas, como la de afirmar que “las Pruebas de Papanicolaou causan Cáncer”, contabilizadas en los estudios de Pieters et al. 2021, es un claro ejemplo de la falta de conocimiento sobre la higiene íntima y la importancia que tienen dichos estudios, la mayoría de los cuales son preventivos, en la sociedad. Esto, junto con creencias aún más erróneas, actúa como barreras para la atención en la prevención del cáncer cervical y muestra la inmensa demanda de educar a la sociedad sobre el tema.

Las barreras culturales, como el machismo, que son atribuidas por los informes de Vega-Crespo et al. 2022, que afirman que las mujeres carecen de autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud, y también incluye el estigma asociado con el cribado y la vergüenza que una mujer puede experimentar durante un examen ginecológico. No solo la falta de infraestructura adicional para facilitar el acceso a estos servicios es la causa principal de estas barreras culturales y de género, sino también la falta de intervenciones educativas culturalmente sensibles que aborden las creencias erróneas, actitudes y normas sociales que refuerzan comportamientos adversos al riesgo. La documentación de que mujeres ecuatorianas reportan vender huevos o intercambiar bienes para costear transporte a centros de salud ilustra no solo barreras económicas sino también niveles extraordinarios de motivación potencial que pueden ser aprovechados mediante estrategias educativas efectivas que faciliten la traducción de esa motivación en acción preventiva concreta.

Esta intervención es factible porque existen tecnologías preventivas efectivas y accesibles, incluidos vacunaciones contra el VPH, métodos de rastreo válidos como la citología y pruebas de VPH, y tratamientos ambulatorios para lesiones precoces. La Organización Mundial de la Salud (2024) ha reiterado que todos los recursos necesarios para enfrentar el cáncer cervical como un problema de salud pública están disponibles, y el principal asunto es proporcionar acceso equitativo a estos recursos.

Una intervención educativa bien diseñada constituye precisamente la estrategia necesaria para incrementar utilización de tecnologías preventivas disponibles pero subutilizadas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la Parroquia El Triunfo, provincia de Pastaza, mediante un proceso de caracterización sociodemográfica, desarrollo de material educativo culturalmente adaptado y validación por panel de expertos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Analizar las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil (18-45 años) de la población amazónica de la Parroquia El Triunfo, provincia de Pastaza, para identificar factores determinantes que influyen en el acceso a información y servicios de prevención del cáncer cérvico uterino.
- Diseñar material educativo (folletos, infografías y guías educativas) sobre prevención del cáncer cérvico uterino que permita sensibilizar a la población objetivo, considerando barreras de acceso, nivel educativo, idioma y características culturales propias de la localidad amazónica.
- Diseñar una estrategia de intervención educativa multimodal y culturalmente pertinente dirigida a mujeres en edad fértil de la parroquia El Triunfo.

Capítulo 2

Estado del Arte y la Práctica

2.1. Antecedentes Investigativos

Estudios previos muestran que a través de múltiples revisiones sistemáticas y metaanálisis se demuestra consistentemente que las intervenciones educativas incrementan significativamente la captación de tamizaje cervical. Musa et al (2017) realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis de 28 estudios con 241,219 participantes, mostrando que las intervenciones basadas en teorías aumentaron las tasas de rastreo con una razón de momios de 2.46 y un intervalo de confianza del 95% de 1.88 a 3.21. Estos hallazgos significan que las mujeres que fueron expuestas a las intervenciones educativas basadas en teorías tenían aproximadamente 2.5 veces más probabilidades de realizarse el rastreo para la enfermedad en comparación con las mujeres en los grupos de control. Las intervenciones de auto-muestreo de VPH casi duplicaron las tasas de rastreo con una razón de momios de 1.71 y un intervalo de confianza del 95% de 1.32 a 2.22.

En el contexto de muchas comunidades rurales latinoamericanas, Zhang et al. (2022) centraron la revisión sistemática llevada a cabo en su estudio. Encontraron en su revisión sistemática que, a partir de ensayos controlados aleatorios, existía un riesgo relativo de 1.26 (IC 95% 1.10 a 1.45) y para el caso de estudios cuasiexperimentales, un riesgo relativo de 2.77 (IC 95% 2.02 a 3.79), con una confianza del 95%. Todos los estudios incluidos reportaron incrementos significativos en conocimiento post-intervención, estableciendo que las intervenciones educativas son efectivas no solo en cambiar comportamientos sino también en modificar los determinantes cognitivos de esos comportamientos.

Saei Ghare Naz et al (2018) revisaron 37 artículos que incluyeron 15,658 participantes y afirmaron que varios métodos de educación en salud fueron efectivos para lograr cambios positivos en el comportamiento respecto a la detección del cáncer. Los investigadores identificaron el Modelo de Creencias en Salud como el marco teórico más común en intervenciones efectivas y enfatizaron que el cambio de comportamiento basado en evidencia era el mecanismo central para el éxito de las intervenciones.

2.2. Fundamentación Legal

La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece la salud como un derecho inherente al buen vivir (Sumak Kawsay), vinculado a otros derechos como la educación, la igualdad de género y la interculturalidad. Específicamente:

Artículo 32: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Este artículo prueba estrategias educativas. La primera propuesta preventiva busca promover el autocuidado en salud reproductiva y sexual, la detección temprana del CCU, el autocuidado y la detección temprana, utilizando estrategias de autocuidado. El artículo 76 incluye la promoción del autocuidado y la detección temprana.

"...el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a: ... 2. la gratuidad de los servicios de salud materna. [Art. 43]", a pesar de que este artículo es perinatal, hace referencia a la integralidad de los derechos que tienen las mujeres, que incluye la educación en y el tamizaje de los métodos de control de la fecundidad, así como la atención sanitaria en su reproducción.

Artículo 11: Principios de Igualdad y No Discriminación, que requieren intervenciones culturalmente adaptativas, como en la Parroquia El Triunfo, Provincia de Pastaza, con Influencia Amazónica e Intercultural, que obliga a tener una Estrategia Educativa culturalmente relevante.

Estos preceptos constitucionales obligan al Estado a dar prioridad a la prevención del CCU a través de un enfoque de educación comunitaria, colocando así esta investigación como una contribución para cumplir con los mandatos constitucionales superlativos.

En cuanto a la Ley Orgánica de Salud (LOS, Suplemento de Registro Oficial 423, 21 de diciembre de 2006, enmendada en 2022): En el Artículo 13, reconoce el derecho al acceso universal a la promoción y prevención de servicios de salud y prevención de enfermedades, que incluye educación y tamizaje para cánceres prevenibles. Esta ley apoya el diseño y la implementación de intervenciones educativas. El diseño apoya la intervención educativa. El artículo 96 manda al Ministerio de Salud Pública (MSP) a diseñar e implementar políticas

relacionadas con la educación en salud, que incluye un enfoque de equidad de género e intercultural. La ley apoya el diseño y la implementación de la intervención educativa. La Ley Pública para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino (Suplemento del Registro Oficial 687, 29 de octubre de 2024).

Ley para la Prevención y Control del Cáncer Cervical (Suplemento del Registro Oficial 687, 29 de octubre de 2024): Esta ley, aprobada por unanimidad con 106 votos en la Asamblea Nacional, establece un precedente normativo al esbozar la primera legislación con un enfoque integral en el ámbito de la Salud Pública, en un intento por abordar, de manera sostenible, el CCU. Su objeto (Artículo 1) es "establecer un marco normativo para la prevención y control del cáncer cérvico uterino a través de la vacunación y planificación, diseño, desarrollo, investigación, educación, ejecución de programas, estrategias, políticas públicas y acciones tendientes a brindar una atención integral para la población según corresponda." Específicamente:

Artículo 2: Ámbito de aplicación obligatoria en todo el territorio ecuatoriano, amparando a mujeres en edad fértil.

Artículo 5: Fomenta "el desarrollo de factores de protección como el autocuidado, los estilos de vida y espacios saludables, con pertinencia cultural y otras estrategias para el control del riesgo del cáncer cérvico uterino."

Obligaciones del MSP incluyen sistemas de información para promoción, investigación y vigilancia (Artículo 6), lo que respalda la validación y evaluación de la estrategia educativa propuesta.

Esta ley promulgada en octubre de 2024 (unos días antes del período de investigación en mayo de 2024, pero con efecto retroactivo en la planificación) coloca las intervenciones educativas en la cima para reducir la incidencia y mortalidad en congruencia con los objetivos de vacunación y detección del VPH.

Reglamentos que rigen la Ley que Controla y Previene el Cáncer Cervical Uterino (25 de marzo de 2025, Registro Oficial Pendiente): Emitido por el Gobierno Nacional, la Ley se relaciona con la descripción de la educación comunitaria y la detección del VPH a través de medios moleculares. Fortalece la cooperación interinstitucional con el propósito de actuar en

El Triunfo, con el objetivo de reducir la mortalidad como consecuencia de la falta de acceso a la prevención primaria y secundaria. Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en Ecuador (Acuerdo Ministerial del MSP No.: MDT-2017-0059, 1 de junio de 2017): Esta Política que debe cumplirse por el Sistema Nacional de Salud, da prioridad al CCU para mujeres de 25 a 49 años (expandible a 18-45 para prevención). Esto significa educación comunitaria, promoción de la salud y detección (a partir de 2022, pruebas moleculares de VPH). En 2024, MSP ha realizado más de 160,000 pruebas moleculares, destacando la justificación educativa para intervenciones locales en las provincias amazónicas, particularmente Pastaza, para abordar la baja cobertura (actualmente por debajo del 80% para el cribado de citología). El compromiso de Ecuador de adoptar Pactos Internacionales coloca al CCU como una preocupación de Salud Pública.

Objetivo 90-70-90 (2018) de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública: 90 por ciento de la población debe estar vacunada, 70 por ciento de la población debe estar cribada (testada) para la detección temprana de VPH y 90 por ciento de las personas con lesiones tempranas deben recibir tratamiento.

Con la firma de un acuerdo de cooperación interinstitucional por el MSP, Ecuador se incorporó a la iniciativa en 2021. La estrategia enfatiza la educación para la salud en la comunidad, el autocuidado y la detección temprana a la que se alinean los talleres y los materiales de educación popular debidamente culturalizados.

Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino 2018-2030 (OPS/OMS, CD55/8, 2017) Plan de Acción señala la importancia de la vacunación en edad adolescente, la importancia del tamizaje de 30-49 años y el tratamiento integral de la mujer, más aún con la consideración de la equidad y el enfoque en los contextos interculturales. En el caso de Ecuador, parte del ENAIC, que tiene como objetivo promover la educación en áreas rurales para reducir la brecha (por ejemplo, 3 veces mayor mortalidad en América Latina).

Las Guías de la OMS para el Enfoque por Etapas para el Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones Precoces (2022, 2ª edición): Equitativas y Rediseñadas, proponen el test de VPH como método de cribado y la educación para la adherencia a dicho test. Ecuador cumplió con esto en 2024, donde se realizaron 98,000 pruebas moleculares en cuatro meses, demostrando la

necesidad de intervenciones educativas para aumentar la cobertura en zonas desatendidas como Pastaza.

2.3. Fundamentación Teórica

2.3.1. Estrategia de Intervención Educativa

2.3.1.1. Definición y Conceptualización

Una estrategia de intervención educativa en salud constituye un conjunto planificado, sistemático y teóricamente fundamentado de actividades diseñadas para modificar conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos relacionados con la salud en una población objetivo específica. Según Saei Ghare Naz et al. (2018), las intervenciones educativas en el contexto de la prevención del cáncer cervical representan métodos estructurados de educación en salud que buscan modificar efectivamente el comportamiento de tamizaje mediante el abordaje de determinantes cognitivos, emocionales y conductuales que influyen en la adopción de prácticas preventivas. Estas intervenciones van más allá de informar, configurándose como procesos complejos, y como tales, requieren de un adecuado conocimiento de los contextos culturales, de las barreras y de los facilitadores que podrían darse en la población objetivo.

Silva et al. (2023) se refieren a la educación como un proceso de intervención que debiera ser multidimensional, incorporando diferentes elementos, tales como propuestas didácticas, metodológicas y contextuales, que se espera permanezcan en el tiempo y que, en consecuencia, produzcan cambios en la conducta de la población objetivo. Desde su enfoque, las intervenciones son el foco, para que la acción no se realice en el vacío, y se encuentre imbuida de la cultura, economía y los aspectos sociales en que se fundamenta el sistema de la comunidad.

Zhang et al. (2022) amplían esta conceptualización al mencionar que las intervenciones educativas efectivas en poblaciones rurales, un contexto particularmente relevante para muchas comunidades latinoamericanas, requieren modificaciones específicas que tengan en cuenta las barreras únicas de acceso a la información y los servicios que enfrentan estas poblaciones. Los investigadores enfatizan que las estrategias de intervención deben estar orientadas no solo a aumentar el conocimiento, sino también a construir capacidad local, fortalecer redes de apoyo

social y abordar las barreras estructurales que subyacen a la limitada adopción de comportamientos preventivos.

2.3.1.2. Componentes Esenciales de las Intervenciones Educativas

Las intervenciones educativas efectivas comparten características comunes que han sido identificadas consistentemente en la literatura científica. A partir de la revisión de Musa et al. (217) se ha constatado la extensa diferencia donde se ha constatado un aumento en la tasa de intervención de cribado donde desde lo teórico se implementan determinadas estrategias versus atí. Proporciones con odds de 2.46 en comparación con otros enfoques donde no se teoriza. Se justifica de esta manera que la inclusión sea más que un recurso estético en los modelos de cambio de comportamiento sea factor justificatorio por completo. Los modelos teóricos ofrecen una forma de proporcionar marcos conceptuales para identificar determinantes específicos del comportamiento objetivo, desarrollar estrategias orientadas a la modificación de esos determinantes y evaluar los procesos a través de los cuales se logra el cambio de comportamiento deseado. La cultura es uno de los temas más relevantes en la literatura latinoamericana. Cadavid-Jaramillo y otros (2025) señalaron que participaron y documentaron mejoras en conocimientos y prácticas de tamizaje. Los investigadores indican que la adaptación cultural implica mucho más que la traducción de los documentos, se necesita entender profundamente los sistemas de creencias y valores, las estructuras de poder y las dinámicas de género que son relevantes en las decisiones de salud. Esta adaptación debería no solo verse en los documentos educativos, sino en las metodologías que se usan, los medios de comunicación que se usan y los educadores que se eligen.

La participación comunitaria es otro de los elementos que han sido sistemáticamente destacados. Luque et al. (2012) documentaron el caso exitoso de la Asociación de Prevención de Cáncer Cervical del Condado de Pima, donde las promotoras de salud no fueron simplemente implementadoras de los programas, sino que fueron socias en todos los niveles de desarrollo, implementación y evaluación de la intervención. Este modelo de investigación-acción participativa comunitaria asume que las comunidades tienen conocimiento y dominio sobre su realidad, las barreras y los recursos que las comunidades tienen que deben combinarse con conocimiento científico para el diseño de las intervenciones que deben ser efectivas y culturalmente pertinentes. La autenticidad en la participación también genera apropiación

comunitaria y desarrolla capacidades locales que son fundamentales para la sostenibilidad de las intervenciones. Todos estos aspectos son cruciales para que las intervenciones persistan más allá de los períodos de implementación inicial.

2.3.1.3. Enfoques Metodológicos en Intervenciones Educativas

Las metodologías empleadas en intervenciones educativas efectivas son diversas, pero comparten principios pedagógicos comunes. Desde un primer momento, Silva et al. discuten en su documento (2023) que las metodologías más comunes y efectivas garantizadas con datos que son enfocadas en grupos y que son de tipo charla participativa. Particularidades de estas metodologías son que se construyen en base a educaciones para adultos que sostienen que el aprendizaje se produce de forma más significativa en estas actividades en las que colaboran. Además, el aprendizaje se produce de forma más significativa si el contenido a tratar es de relevancia inmediata a sus vidas y si se trabaja en situaciones en donde se pueden intercambiar experiencias con colegas. Las sesiones grupales facilitan el aprendizaje social, permiten la normalización de preocupaciones y experiencias, crean oportunidades para desarrollo de redes de apoyo, y son altamente eficientes en términos de recursos al permitir educar a múltiples personas simultáneamente.

La educación entre pares representa otra metodología con efectividad documentada. Ionescu et al. (2024) demostraron que programas de educación entre pares produjeron mejoras dramáticas en conocimiento sobre VPH, con incrementos de puntajes de 1.14 a 23.78. Los educadores pares tienen una credibilidad especial que proviene de su experiencia en el tema que han tenido con la audiencia. Deben también poseer un lenguaje fácil de entender, que sea culturalmente apropiado, y que, además, sean referentes que se puedan modelar, y que demuestren que, con las características que tienen, pueden comprender, y también actuar sobre, información de salud que es bastante compleja. Esta metodología resulta particularmente útil para la formación en aspectos de salud y sexualidad, que son áreas muy sensibles y que pueden dificultar el acercamiento a profesionales de la salud, sobre todo, cuando estos son percibidos como autoridad.

Los enfoques multicomponentes, donde se integran diferentes estrategias pedagógicas, Evans (2023) ha demostrado que su efectividad es superior en comparación a intervenciones de un solo componente. Zhang et al. (2022) en un informes de intervenciones más efectivas, estas

integraban la educación en grupos con entregas de materiales en formato texto, con apoyo audiovisual y accesos directos a servicios. En esta lógica se encapsula la multiplicidad de componentes.

2.3.2. *Cáncer Cérvico Uterino*

2.3.2.1. Definición y Características Patológicas

El cáncer cérvico uterino, también denominado cáncer de cuello uterino o cáncer cervical, se define como una neoplasia maligna que se origina en las células del cuello uterino, la porción inferior del útero que conecta el cuerpo uterino con la vagina. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), el cáncer cervical constituye una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y descontrolado de células en el tejido cervical que, si no se detecta y trata oportunamente, puede invadir estructuras adyacentes y diseminarse a órganos distantes mediante procesos metastásicos. Esta neoplasia se desarrolla típicamente a través de una secuencia bien caracterizada de cambios celulares progresivos que evolucionan desde displasia leve, pasando por displasia moderada y severa, hasta carcinoma invasivo, proceso que generalmente toma entre 10 y 20 años, proporcionando una ventana amplia de oportunidad para detección y tratamiento de lesiones precancerosas.

Singh et al. (2023) establecen el registro que se cuenta de manera preventiva 2020 se contabilizan 604,127 casos nuevos de grados malignos con 341,831 muertes por cáncer cervicouterino donde el factor de riesgo al ser controlado se presenta claramente como la causa del cáncer, con un hp no es suficiente e implementado, primaria y de secundaria a un circuito de tamizaje se cuenta con la prevención de manera efectiva. La persistencia de esta carga sustancial de enfermedad con las tecnologías preventivas disponibles es inquietante.

2.3.2.2. Etiología Viral y Factores de Riesgo

La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervical representa uno de los descubrimientos científicos más importantes en oncología, estableciendo que la infección por genotipos oncogénicos de VPH es una causa aunque no suficiente para el desarrollo de cáncer cervical. Ciapponi et al. (2011) documentaron mediante metaanálisis de 79 estudios latinoamericanos que el VPH fue detectado en 82.5% de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado y en 89.0% de cáncer cervical invasivo en América Latina. Los

genotipos HPV-16 y HPV-18 fueron documentados como los más frecuentes, y registrados en el 53.2% y el 13.2% de los cánceres invasivos, respectivamente, demostrando que estos dos genotipos representan alrededor de dos tercios de los cánceres de cuello uterino en la región. Este enfoque etiológico redefinió los fundamentos de la dirección de los programas de prevención y abrió el camino para el desarrollo de vacunas de tipo preventivo dirigidas a genotipos de VPH de alto riesgo.

Bedoya-Pilozo et al. (2023) en el contexto de Ecuador aportaron positividad de 86% para VPH en pacientes con lesiones cervicales y la positividad fue mayor a medida que se incrementaba la severidad de las lesiones con 54.4% en CIN1 y 78.6% en cáncer invasivo. Los investigadores de este estudio reconocieron unos factores de riesgo como la multiparidad con 3 y más embarazos que fue calculada con una odds ratio de 4.3 que se explicó como trauma cervical de manera reiterada y por los cambios hormonales que se dan por el número elevado de embarazos. La infección por genotipos de VPH de alto riesgo también tuvo un cociente de probabilidades de 3.7, confirmando la centralidad de ciertas cepas oncogénicas en la progresión neoplásica. Otros factores de riesgo establecidos en la literatura que a menudo coexisten y actúan sinérgicamente para aumentar el riesgo incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, consumo de tabaco, inmunosupresión y uso prolongado de anticonceptivos.

2.3.2.3. Historia Natural y Progresión de la Enfermedad

Entender la historia natural del cáncer cervical será importante para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención. Almonte et al. (2015) explican que la carcinogénesis cervical es un proceso de múltiples etapas que comienza con una infección por VPH oncogénico. La mayoría de estas infecciones son temporales y son eliminadas por el sistema inmunológico dentro de uno a dos años. La progresión de infecciones persistentes a cuadros intraepiteliales benignos e incluso a malignos, hasta culminar en cáncer invasivo, es un proceso que toma más de diez años, aunque en mujeres inmunodeprimidas la progresión puede ser incluso más rápida.

Este patrón de crecimiento brinda múltiples perspectivas de intervención. Singh et al. (2023) mencionan que esta es precisamente una de las características que diferencian al cáncer de cuello uterino de la gran mayoría de neoplasias malignas, donde los intervalos en la

carcinogénesis y la aparición de cáncer invasivo son mucho más cortos y, por tanto, las posibilidades de detección son muchísimo más limitadas. La extensa fase preclínica del cáncer cervical equivale a que los programas de tamizaje estructurados puedan detectar lesiones precoces que, a través de sencillos procedimientos ambulatorios, se pueden eliminar y así se evitan las progresiones al cáncer invasivo. Esta detección y tratamiento de lesiones precancerosas constituye el mecanismo principal mediante el cual el tamizaje reduce incidencia y mortalidad por cáncer cervical, objetivo alcanzable demostrado por la experiencia de países desarrollados donde programas organizados de tamizaje han reducido dramáticamente las tasas de cáncer cervical invasivo.

2.3.2.4. Carga de Enfermedad en América Latina y Ecuador

La carga de cáncer cervical en América Latina es desproporcionadamente alta comparada con regiones más desarrolladas, reflejando inequidades profundas en acceso a servicios preventivos. Murillo et al. (2016) documentaron que el cáncer cervical permanece como la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres de 20 a 40 años en América Latina, y constituye la causa principal de muerte por cáncer femenino en varios países incluyendo Honduras, Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador. La concentración de mortalidad en mujeres jóvenes en edad reproductiva y productiva tiene un impacto que va más allá de las mujeres y familias afectadas, ya que también afecta, a nivel socioeconómico, a la comunidad y al país, privando a familias de mujeres, madres y proveedoras, y a la sociedad de mujeres productivas.

De los 56,000 casos nuevos y 28,000 muertes anuales en América Latina y el Caribe estimados por Campbell et al. (2020), se estima que en el 2020 se registraron alrededor de 56,000 casos nuevos y 28,000 muertes. La evidencia de que los países donde se realiza el tamizaje más del 60% de la población tiene tasas de mortalidad de menos de 10 por 100,000 mujeres y que en los países donde el tamizaje es menor de 20% la mortalidad es mayor de 15 por 100,000, como se evidencia en el estudio en el que se refiere a los países de América Latina como aquellos donde esta mortalidad es mayor, presenta una relación directa a los resultados en donde los países que más del 30% de la población mueren por el cáncer son países donde el tamizaje es escaso. La diferencia que se muestra en la mortalidad es totalmente evitable por la expansión de programas de prevención, en la mortalidad de los países de América Latina. En

Ecuador específicamente, con tasa de incidencia de 29.0 por 100,000 y mortalidad de 14.0 por 100,000 reportadas por Almonte et al. (2015), el país se encuentra en el rango medio-alto de afectación regional, indicando necesidad urgente de fortalecer estrategias preventivas.

2.3.3. *Prevención de cáncer cérvico uterino*

La evidencia científica acumulada revela consistentemente que los conocimientos sobre prevención del cáncer cervical son insuficientes en las poblaciones latinoamericanas, constituyendo una barrera fundamental para la adopción de comportamientos preventivos. En Ecuador, Ortiz Segarra et al. (2021), al analizar mujeres, encontraron que, a pesar de que la población femenina objeto de estudio tenía algún nivel de conocimiento que les permitía poseer información general sobre el virus del papiloma humano (VPH), la mayoría desconocía que se trataba del agente causal del cáncer cervical, que el mismo se transmite por vía sexual y que existen vacunas, métodos de detección y diagnóstico oportuno. Esta diferencia en el nivel de conocimiento (el conocimiento que es solo superficial) y la posterior falta de conocimiento de mecanismos de prevención, se constituyen en el principal obstáculo para que la población sane conductas que sean de comportamiento de protección.

En Colombia, Narváez Ocampo et al. (2019) informaron un puntaje general de conocimiento de solo 51.7% en su estudio que involucró a mujeres de un centro educativo técnico. En el caso en el que existiera un alto conocimiento sobre las medidas de prevención, se generó una paradoja, ya que se sabe que es de un 86.1%, pero sobre el conocimiento de los factores de riesgo es un bajo conocimiento de un 34.6%. Aún más preocupante es que solamente el 7% de los participantes sabía que el VPH era la causante del cáncer de cuello uterino, lo que delata una enorme discrepancia entre el conocimiento de las medidas preventivas y la comprensión de la etiología de la enfermedad.

En el caso de Perú, según Pieters et al. (2021), existe diferencia de conocimiento entre aquellas mujeres que se habían examinado previamente y aquellas que no se habían examinado. Las mujeres que se habían examinado obtuvieron un promedio de 28.08 de 40, mientras que las que nunca se examinaron obtuvieron 21.25, diferencia que resultó ser significativa, siendo $p=0.007$. Más preocupante aún, únicamente el 66.7% de las mujeres que se habían examinado y el 8.3% de aquellas que nunca se habían examinado sabían lo que era el VPH. Solo el 33.3%

de las participantes sabía qué era el cáncer de cuello uterino, mostrando brechas fundamentales incluso entre mujeres que habían accedido a los servicios de examen.

En contextos africanos, Onyango et al. (2024) informaron que el 87.4% de las mujeres en Kenia tenían un conocimiento deficiente sobre la prevención del cáncer de cuello uterino durante la línea base de su estudio. En los Estados Unidos, Miller et al. (2015) documentaron que entre las mujeres afroamericanas, solo el 37% respondió correctamente que un virus causa cáncer de cuello uterino, y el 73% obtuvo una puntuación por debajo del 65% en una evaluación de conocimiento. Estos hallazgos internacionales sugieren que el déficit de conocimientos no es exclusivo de América Latina, sino un fenómeno global que afecta particularmente a poblaciones vulnerables.

2.3.4. Tamizaje y vacunación

Las tasas de tamizaje cervical permanecen dramáticamente bajas en América Latina, muy por debajo de las coberturas necesarias para lograr impacto poblacional en la incidencia y mortalidad. En el análisis de Soneji y Fukui (2013), sobre 174,971 mujeres de 21 a 49 años en 8 países de Latinoamérica, se encontró que menos de un 55% de estas mujeres contaba con un Papanicolaou reciente, siendo del 42% en Bolivia y 52% en Perú. Vega Crespo et al. (2022) reportan que, en el Ecuador, el 41.6% de las mujeres ecuatorianas nunca han sido examinadas. Esto implica que casi la mitad de la población femenina de interés no es alcanzada por ninguna estrategia de control.

Sobre la vacunación del VPH, Fernandes et al. (2022) describieron los programas de vacunación en América Latina e informaron que solo México alcanzó el objetivo del 90% de cobertura de vacunación completa. Hubo una considerable caída entre la primera y la segunda dosis en todos los países. En Argentina, la cobertura disminuyó del 72% para la primera dosis al 46% para la segunda dosis; en Brasil del 88% al 72%; y en Perú aún más drásticamente del 79% a solo el 16%. Este patrón de abandono sugiere barreras de acceso, la ausencia de sistemas de seguimiento efectivos y posiblemente preocupaciones sobre la seguridad o efectos adversos que requieren estrategias educativas y organizativas.

2.3.5. Conductas preventivas

A pesar de las múltiples barreras, la investigación también ha identificado facilitadores importantes que pueden ser aprovechados en intervenciones educativas. Pieters et al. (2021) y Vega Crespo et al. (2022) Los autores documentaron diferentes elementos que mueven a las mujeres a un tamizaje. La motivación familiar, en especial por el deseo de cuidar a los hijos y quedarse saludable para cuidar de ellos, fue considerada como un interés impulsor. El aliento de las parejas y amigos que positivos sobre el examen también facilitó el control de comportamientos preventivos.

El síntoma ginecológico, aunque no ideal para la prevención primaria, con frecuencia es un desencadenante para la búsqueda de la atención. La experiencia de haber conocido a alguien con un diagnóstico de cáncer de cuello uterino despierta interés en el control. El embarazo, como es bien conocido, es un desencadenante común y una oportunidad primordial para la integración de los servicios de examen. Finalmente, las firme recomendaciones de los proveedores de salud fueron fijadas como la intervención de mayores impacto, aludiendo que el sistema de salud tiene un papel no solo en la provisión de servicios, sino en la motivación activa de su uso.

2.3.6. Prevención y aspectos que intervienen

2.3.6.1. Aspectos culturales

Las barreras culturales operan en niveles profundos y están frecuentemente entrelazadas con estructuras de poder de género que limitan la autonomía de las mujeres sobre sus decisiones de salud. En el estudio ecuatoriano, Vega Crespo et al. (2022) identificaron la barrera del machismo como una estructural de gran importancia. Dentro de las comunidades rurales tradicionales, las mujeres requieren un permiso explícito de sus esposos para realizarse exámenes ginecológicos, restringiendo su autonomía sobre decisiones básicas de salud. Además, las mujeres expresaron miedo de que la detección del VPH u otras infecciones de transmisión sexual pueda indicar infidelidad y llevar al divorcio o a la violencia doméstica. Este contexto controlador con posible represalia crea un dilema donde buscar atención preventiva puede comprometer la estabilidad familiar y la seguridad personal.

Los cuidados familiares están por encima del autocuidado, lo que se debe a sistemas de roles de género tradicionales como el que establece que el cuidado en salud de la mujer es una actividad de baja complejidad que se debe dejar a la mujer. Este problema es un problema social más que un tema de elección individual (Agide, 2018).

Hay un estigma que permea el ámbito de la salud que se relaciona a cuellos uterinos, el cual es un tamizaje que es considerado como un procedimiento que solo se debe hacer si se es una mujer de la mala vida o si se es una mujer que tiene muchas parejas. Este estigma lleva a problemas relacionados con la vergüenza y la discriminación dentro de la comunidad. La reputación sexual y el miedo a contraer una enfermedad, así como la vergüenza que rodea a la enfermedad y los miedos de lo que podría ser la prueba de detección, generan vergüenza y miedo a la enfermedad.

La barrera del idioma afecta a las poblaciones indígenas, donde el español no es la lengua materna. En las comunidades quechua-hablantes de Ecuador, la mala comunicación entre los proveedores de salud hispanohablantes y las mujeres indígenas es un obstáculo importante no solo para la oferta de servicios, sino para la creación de un marco de confianza y la educación sobre la prevención.

2.3.6.2. Aspectos socioeconómicos

Las barreras económicas operan tanto a nivel de costos directos como de costos de oportunidad, afectando desproporcionadamente a las mujeres más pobres. Soneji y Fukui (2013) demostraron gradientes socioeconómicos marcados en el tamizaje cervical en América Latina. Las mujeres en el quintil más pobre de Bolivia tenían 40% menos probabilidad de tener un Papanicolaou reciente en comparación con el quintil medio. En Guatemala, la probabilidad de detección aumentó dramáticamente del 16% en el quintil más pobre al 67% en el quintil más rico entre las mujeres que tuvieron una visita médica reciente. También se mostró una fuerte asociación con la educación formal; las mujeres eran más propensas a tener una educación formal en Bolivia, lo que contribuyó a que el 19% tuviera menos probabilidad de estar al tanto de la citología cervical.

Los costos directos son del mismo tamizaje que del servicio mismo que en la mayoría de los casos es gratuito, aunque los costos de transporte se pueden volver prohibitivos para familias de escasos recursos. Las mujeres también sufren de pérdida de salario por buscar

atención, representando un costo de oportunidad importante, sobre todo en la informalidad o el sector de la agricultura. Las mujeres en el mundo rural han reportado el costo del transporte al centro de salud para tamizaje, cuadrando hueveras o bienes, lo que también ilustra el sacrificio económico para el acceso a la salud (Vega Crespo et al., 2022).

La pérdida del costo de oportunidad de 1 ½ día de trabajo es importante sobre todo en el caso de las mujeres, que reportaron en la atención el gasto de cubrir una mañana en el centro de salud, de un proceso que de hecho es para el tamizaje.

2.3.6.3. Aspectos psicológicos y sociales

Las barreras psicológicas incluyen el miedo al dolor y molestia asociados con el examen ginecológico, que es frecuentemente percibido como doloroso, invasivo y degradante. Este miedo no es irracional considerando que muchos exámenes son realizados sin adecuada explicación, consentimiento informado, o atención a la comodidad de la paciente. El miedo a resultados positivos y la ansiedad asociada con la espera de resultados también disuaden a las mujeres de buscar tamizaje. La ansiedad por la salud cervical, sin embargo, puede llegar al punto en que los individuos evitan aprender sobre sus verdaderos síntomas e infecciones de salud para eludir la ansiedad.

Una barrera prominente y considerada es la vergüenza que rodea el examen pélvico, particularmente si la desvestirse y el examen ginecológico son realizados por un hombre. Vega Crespo et al. (2022) informaron que las mujeres pueden preferir y mostrar una fuerte renuencia a tener un médico masculino durante los exámenes pélvicos, lo cual es bastante problemático, especialmente con informes de médicos hombres coqueteando con sus pacientes durante la consulta y tocándolas inapropiadamente durante los exámenes. Algunas mujeres transmitieron explícitamente el miedo a ser agredidas sexualmente durante sus exámenes ginecológicos, revelando sus experiencias traumáticas previas o violaciones publicitadas del sistema de atención médica.

De todos los aspectos de las desigualdades que surgen de la brecha urbano-rural, son las mujeres rurales, que son más propensas a experimentar un mayor miedo al tamizaje, tienen menos acceso a la información y las distancias geográficas que son mayores desde los centros de salud, las que están más afectadas. La brecha rural-urbana también muestra fuertes desigualdades étnicas. En el caso de Guatemala, Soneji y Fukui (2013) encontraron que una

mujer ladina tenía un 80% más de probabilidad de someterse a un tamizaje en comparación con una mujer indígena, lo que muestra no solo las barreras de acceso, sino las diferencias de cultura y las experiencias de discriminación que existen en el sistema de salud.

2.3.6.4. Aspectos del sistema de salud

Las barreras organizacionales y sistémicas son extensas y multidimensionales. Vega Crespo et al. (2022) documentaron tiempos de espera de hasta tres meses para obtener una cita para Papanicolaou, representando un período durante el cual la motivación inicial puede disiparse o situaciones de vida pueden cambiar. Las citas son frecuentemente cambiadas o canceladas por el sistema sin aviso previo, requiriendo que las mujeres reinicien el proceso de programación.

Los laboratorios tardan entre uno y tres meses en entregar los resultados de los exámenes de Papanicolaou a las pacientes, lo que genera un periodo de ansiedad, que puede incluir el tratamiento de lesiones precoces y el seguimiento del progreso de tales lesiones. Las mujeres han reportado que algunas muestras de Papanicolaou son perdidas y se requiere repetir el procedimiento. Se ha reportado que se han ingresado que en aras de la atención se han ingresado datos en un sistema que no tiene la capacidad de atención de su sistema. Se ha hallado que la atención de los Papanicolaou ha sido de mala calidad y se han reportado falsos negativos, de los que se ha responsabilizado a la falta de entrenamiento de los proveedores.

Entre las barreras que mencionan los proveedores se encuentran la falta de comunicación sobre los procedimientos, la falta de respuesta, la falta de explicación, la falta de explicación y la falta de elaboración de preguntas ficticias, entre otros, para satisfacer a los pacientes. También se ha reportado falta de cortesía por parte de algunos proveedores y en algunos casos se ha reportado hostilidad hacia los pacientes, en particular hacia aquellos de un nivel bajo en el sistema socioeconómico, en ocasiones de etnia indígena. También es evidente una falta de conocimiento para realizar la técnica de Papanicolaou que se ha observado en múltiples ocasiones, interrumpiendo el procedimiento de Papanicolaou de una manera que afecta la calidad del Papanicolaou. Se ha reportado en lesiones el tiempo de encuentros clínicos en los que los proveedores no han utilizado el tiempo de los encuentros clínicos para educar a los pacientes sobre Papanicolaou.

Las barreras para la política incluyen la ausencia de un programa de cribado estructurado con llamadas y seguimiento sistemáticos. La promoción de la salud a menudo es ineficaz y las campañas o bien no alcanzan a las poblaciones objetivo o utilizan mensajes inapropiados. Los incentivos evaluativos pueden ser perversos, con proveedores siendo evaluados por el número de exámenes realizados en lugar de cuántas mujeres de alto riesgo sub-eligibles son alcanzadas, creando incentivos para examinar repetidamente a mujeres de fácil acceso en lugar de buscar activamente a las que nunca han sido examinadas. Finalmente, hay una capacidad limitada para hacer seguimiento con mujeres con resultados anormales, creando un sistema donde la detección no garantiza el tratamiento.

El análisis más importante de Soneji y Fukui (2013) fue que las mujeres eran de un 47% a un 244% más propensas a contar con un Papanicolaou que aquellas que no visitaban a un médico en el último tiempo, incluso después de controlar por nivel socioeconómico, nivel educacional y otros determinantes. Es especialmente sorprendente notar que las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos que buscan atención médica tienen más probabilidades de someterse a pruebas de Papanicolaou que el grupo de mujeres más ricas que no buscan atención médica. Esto sugiere que la extensión de la desigualdad en el acceso a la atención médica independientemente del estatus socioeconómico es un determinante mayor de la prueba. Esto sugiere que una mayor provisión de atención médica a través del uso de unidades móviles, un enfoque de múltiples servicios en la atención, y unidades móviles en el lugar de trabajo sería probablemente más efectiva que la educación en salud por sí sola.

CAPÍTULO 3

Diseño Metodológico

3.1. Enfoque de la Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza por la recolección sistemática de datos numéricos susceptibles de análisis estadístico. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), este enfoque permite medir fenómenos, utilizar estadísticas, probar hipótesis y establecer patrones de comportamiento en la población estudiada. La elección de este enfoque responde a la necesidad de caracterizar de manera objetiva y medible los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención del cáncer cérvico uterino en las mujeres participantes, permitiendo cuantificar las variables de estudio y establecer frecuencias, porcentajes y asociaciones entre ellas.

3.2. Diseño de la Investigación

Se empleó un diseño no experimental de corte transversal. El diseño no experimental implica que las variables fueron observadas en su contexto natural sin manipulación deliberada por parte del investigador (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). El carácter transversal indica que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, específicamente durante el mes de mayo de 2024, lo que permitió obtener una fotografía del estado de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en ese momento específico.

3.3. Tipo de Investigación

La investigación fue de tipo observacional descriptivo. El componente observacional se refiere a que el investigador se limitó a registrar las características de las participantes sin intervenir en el fenómeno estudiado. El carácter descriptivo permitió identificar y detallar las características, frecuencias y distribuciones de las variables relacionadas con el conocimiento, las actitudes y las prácticas preventivas del cáncer cérvico uterino. Adicionalmente, la investigación tuvo un componente propositivo orientado al diseño de una estrategia de intervención educativa basada en los hallazgos del diagnóstico.

3.4. Nivel de Investigación

El nivel de investigación fue descriptivo-relacional. El nivel descriptivo permitió caracterizar las variables de estudio mediante medidas de frecuencia y tendencia central. El componente relacional posibilitó explorar asociaciones entre las características sociodemográficas y los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de las participantes, sin establecer relaciones de causalidad.

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

La población estuvo constituida por mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la parroquia El Triunfo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), esta parroquia cuenta con aproximadamente 1,200 mujeres en el rango etario establecido.

3.5.2. Tamaño de la Muestra

La muestra quedó conformada por 168 mujeres, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 50%, lo que maximiza el tamaño muestral requerido.

3.5.2.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron mujeres de 18 a 45 años de edad, residentes en la parroquia El Triunfo por al menos seis meses, que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado, y que estuvieron en capacidad cognitiva de responder el cuestionario.

3.5.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron mujeres con diagnóstico previo de cáncer cérvico uterino, aquellas que se encontraban recibiendo tratamiento oncológico activo, mujeres con histerectomía total, y aquellas que no completaron la totalidad del cuestionario.

3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica empleada fue la encuesta estructurada, aplicada mediante un cuestionario diseñado específicamente para esta investigación. El instrumento denominado "Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención del Cáncer Cérvico Uterino" constó de 33 ítems distribuidos en las siguientes secciones:

Sección I - Datos sociodemográficos (3 ítems): edad, nivel de estudios completado y estado civil.

Sección II. Conocimiento (4 ítems); sobre el conocimiento en cáncer de cuello uterino, la prueba de Papanicolaou, el Virus del Papiloma Humano, la vacuna contra el VPH.

Sección III - Actitudes (5 ítems): Percepciones sobre la importancia de los exámenes preventivos, evaluación del riesgo, disposición para someterse al examen, facilidad para discutir la salud íntima y disposición para recomendar exámenes preventivos.

IV. Prácticas (5 ítems) – Realización de un Papanicolaou, frecuencia en la realización, uso de preservativos, atención preventiva de la salud y vacunación VPH.

V. Barreras y Preferencias (5 ítems) - Barreras para completar la prueba, programación, timidez, interés en el contenido educativo, canal de información preferido.

VI. Datos médicos (7 ítems) - Datos de registro adicionales sobre la historia de infecciones de transmisión sexual, visitas ginecológicas, Papanicolaou y diagnóstico de VPH.

Los expertos en contenido que validaron la herramienta fueron tres profesionales en salud pública y ginecología, a través de entrevistas. La confiabilidad se evaluó mediante una prueba piloto con 20 mujeres no incluidas en la muestra final, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82, indicando una consistencia interna adecuada.

3.7. Técnicas para el Procesamiento e Interpretación de Datos

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados utilizando el software estadístico IBM SPSS versión 26.0 y Microsoft Excel 2021. El análisis estadístico incluyó:

Estadísticas descriptivas: Cálculos de frecuencia absoluta y relativa (% de) para datos categóricos; medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango) para datos cuantitativos.

Construcción del índice: Se construyó un índice de conocimiento general y se clasificó como Alto ($\geq 75\%$ correcto), Medio (entre 50% y 74%) y Bajo ($< 50\%$) basado en una suma ponderada de ítems de conocimiento.

Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y gráficos estadísticos para mejorar la comprensión visual de los hallazgos.

3.8. Aspectos Bioéticos

La investigación se condujo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas de investigación. Se garantizó el cumplimiento de los siguientes principios:

Autonomía: cada participante recibió información completa sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, expresando su voluntad de participar mediante la firma del consentimiento informado. Se respetó el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Beneficencia y no maleficencia: el estudio no implicó riesgos físicos ni psicológicos para las participantes. Los beneficios potenciales incluyen la mejora de programas de prevención y el diseño de intervenciones educativas adaptadas a las necesidades de la población.

Confidencialidad: los datos personales fueron manejados de forma anónima mediante códigos numéricos. Los datos recopilados se almacenaron de manera confidencial en bases de datos a las que solo el investigador principal podía acceder.

Justicia: Todas las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión se les ofreció la oportunidad de participar sin discriminación por razones de estatus socioeconómico, etnia u otras características.

El protocolo de investigación recibió aprobación del Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad Nacional de Chimborazo y recibió permiso del Distrito de Salud correspondiente.

3.9. Operacionalización de Variables

3.9.1. Variable Independiente

Estrategia de intervención educativa: conjunto planificado de acciones educativas orientadas a incrementar los conocimientos, mejorar las actitudes y promover prácticas preventivas del cáncer cérvico uterino en la población objetivo.

3.9.2. Variable Dependiente

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP): nivel de información, disposiciones evaluativas y comportamientos relacionados con la prevención del cáncer cérvico uterino, medidos mediante el cuestionario estructurado.

3.9.3. Covariables

Las covariables sociodemográficas incluidas fueron: edad (variable cuantitativa continua), nivel de estudios (variable cualitativa ordinal) y estado civil (variable cualitativa nominal).

Capítulo 4

Análisis y Discusión de los Resultados

4.1. Análisis Descriptivo de los Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a 168 mujeres en edad fértil residentes en la parroquia El Triunfo durante mayo de 2024.

4.1.1. Características Demográficas

La edad de las participantes osciló entre 18 y 45 años, con una media de 30.8 años (DE=7.9) y una mediana de 30 años. El grupo etario predominante fue el de 25-34 años con 77 mujeres (45.8%), seguido del grupo de 35-45 años con 53 participantes (31.5%), mientras que las mujeres de 18-24 años representaron el 22.6% (n=38). Esta distribución etaria refleja una población mayoritariamente adulta joven en plena etapa reproductiva y laboralmente activa.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las participantes (n=168)

| Variable | n | % |
|--------------------------|----|------|
| Grupo de edad | | |
| 18-24 años | 38 | 22.6 |
| 25-34 años | 77 | 45.8 |
| 35-45 años | 53 | 31.5 |
| Nivel de estudios | | |
| Sin estudios | 9 | 5.4 |
| Primaria | 13 | 7.7 |
| Secundaria | 93 | 55.4 |
| Superior | 53 | 31.5 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 62 | 36.9 |
| Casada | 38 | 22.6 |

| | | |
|---------------------------|----|------|
| Unión libre | 57 | 33.9 |
| Divorciada/Separada/Viuda | 11 | 6.5 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Respecto al nivel educativo, más de la mitad de las participantes (55.4%) completó la educación secundaria, mientras que el 31.5% alcanzó estudios superiores, sumando un 86.9% con educación media o superior. Este nivel educativo favorable constituye un factor facilitador para la comprensión de contenidos educativos sobre prevención. El 7.7% reportó educación primaria y el 5.4% manifestó no tener estudios formales, representando un grupo que requiere estrategias adaptadas con mayor énfasis en recursos visuales. En cuanto al estado civil, predominaron las mujeres solteras (36.9%) y en unión libre (33.9%), seguidas de las casadas (22.6%). Las divorciadas, separadas y viudas representaron el 6.5% de la muestra.

4.1.2. Nivel de Conocimientos sobre Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

Tabla 2

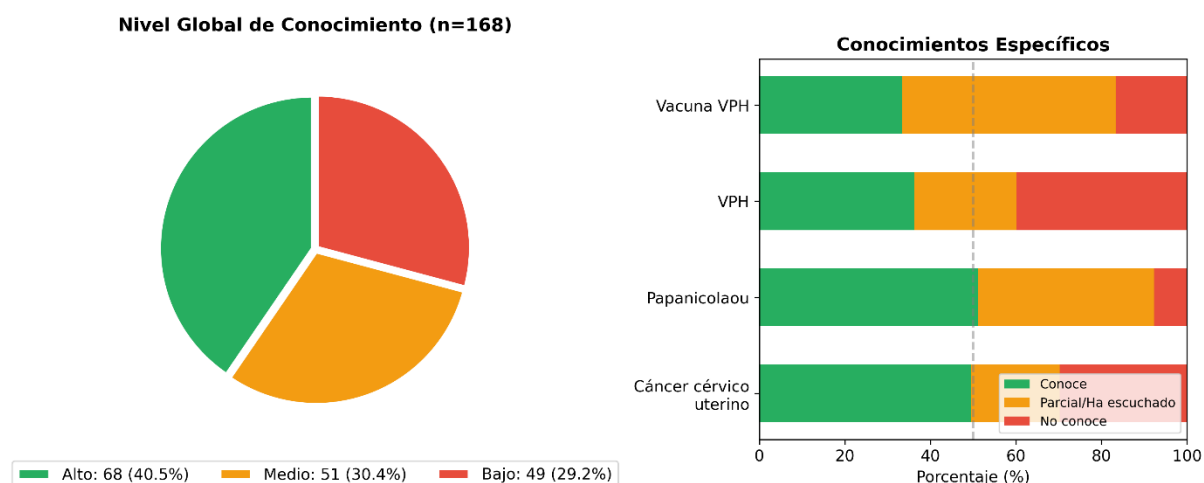
Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino y su prevención (n=168)

| Variable | n | % |
|--|----------|----------|
| Conocimiento sobre cáncer cérvico uterino | | |
| Sí conoce | 83 | 49.4 |
| Conocimiento parcial | 35 | 20.8 |
| No conoce | 50 | 29.8 |
| Conocimiento sobre Papanicolaou | | |
| Conoce y sabe para qué sirve | 86 | 51.2 |
| Ha escuchado pero no sabe para qué sirve | 69 | 41.1 |
| No conoce | 13 | 7.7 |
| Conocimiento sobre VPH | | |
| Sí conoce | 61 | 36.3 |
| Conocimiento parcial | 40 | 23.8 |
| No conoce | 67 | 39.9 |
| Conocimiento sobre vacuna VPH | | |
| Conoce y sabe para qué sirve | 56 | 33.3 |

| | | |
|--|----|------|
| Ha escuchado pero no sabe para qué sirve | 84 | 50.0 |
| No conoce | 28 | 16.7 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Figura 1. Conocimientos sobre cáncer cérvico uterino y su prevención



Hay una diferencia significativa en el conocimiento de los participantes. Del total de la muestra estudiada, solo el 49.4% afirmó saber qué es el cáncer cervical, mientras que aproximadamente el 29.8% no conoce esta patología. En cuanto al Papanicolaou, aunque el 51.2% dijo que conocía la prueba y para qué sirve, un significativo 41.1% ha oído hablar de la prueba pero no conoce su propósito específico. El conocimiento sobre el VPH fue el más bajo; solo el 36.3% de las mujeres informó conocer el virus, y el 39.9% no lo conoce en absoluto. La vacuna contra el VPH muestra un patrón similar; solo el 33.3% la conoce y para qué sirve, mientras que la mitad (50.0%) ha oído hablar de ella sin conocer su propósito.

Tabla 3

Nivel global de conocimiento (n=168)

| Nivel de conocimiento | n | % |
|-----------------------|----|------|
| Alto | 68 | 40.5 |
| Medio | 51 | 30.4 |
| Bajo | 49 | 29.2 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Basado en el promedio ponderado total de los cuatro evaluados, se calculó que el nivel de conocimiento más prevalente es alto para el 40,5%, es promedio para el 30,4%, y para el 29,2% es un nivel bajo. Esto significa que casi el 60% o, 6 de cada 10 mujeres, 59,6% tiene conocimiento insuficiente (medio o bajo) sobre las medidas preventivas para el cáncer de cuello uterino, y esto justifica la necesidad de actividades educativas más enfocadas.

4.1.3. Actitudes hacia la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

Tabla 4

Actitudes hacia la prevención del cáncer cérvico uterino (n=168)

| Variable | n | % |
|--|-----|------|
| Importancia de exámenes preventivos | | |
| Muy importante | 106 | 63.1 |
| Algo importante | 60 | 35.7 |
| Nada importante | 2 | 1.2 |
| Percepción de riesgo personal | | |
| Se siente en riesgo | 18 | 10.7 |
| No está segura | 50 | 29.8 |
| No se siente en riesgo | 100 | 59.5 |
| Disposición para Papanicolaou regular | | |
| Totalmente dispuesta | 101 | 60.1 |
| Parcialmente dispuesta | 58 | 34.5 |
| No dispuesta | 9 | 5.4 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Los resultados sobre actitudes revelan una paradoja significativa: mientras el 63.1% considera muy importante los exámenes preventivos y el 60.1% manifiesta estar totalmente dispuesta a realizarse el Papanicolaou regularmente, apenas el 10.7% se reconoce en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino. Esta baja percepción de susceptibilidad, presente en el 59.5% que no se siente en riesgo, representa una barrera cognitiva fundamental que impide la traducción de actitudes favorables en conductas preventivas efectivas, hallazgo consistente con el Modelo de Creencias de Salud.

4.1.4. Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

Tabla 5
Prácticas de tamizaje cervical (n=168)

| Variable | n | % |
|---------------------------------------|----|------|
| Realización de Papanicolaou | | |
| Regularmente (cada año) | 40 | 23.8 |
| Ocasionalmente (cada 2-3 años) | 34 | 20.2 |
| Solo cuando tiene molestias | 38 | 22.6 |
| Nunca se ha realizado | 56 | 33.3 |
| Último Papanicolaou (n=112) | | |
| Menos de 1 año | 45 | 40.2 |
| 1-2 años | 32 | 28.6 |
| Más de 2 años | 35 | 31.3 |
| Búsqueda de resultados (n=112) | | |
| Siempre recoge resultados | 52 | 46.4 |
| A veces recoge resultados | 33 | 29.5 |
| Nunca recoge resultados | 27 | 24.1 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Las brechas en las prácticas de detección cervical son más sorprendentes. Solo el 23.8% de las mujeres realiza la prueba de Papanicolaou de manera rutinaria; aproximadamente el 33.3% nunca se ha realizado la prueba y el 22.6% solo lo hace cuando tiene un problema, de lo contrario adopta una actitud más reactiva hacia su salud. Entre quienes se han realizado la prueba en algún momento (n=112), el 31.3% tiene un retraso de más de 2 años. Además, solo el 46.4% recoge siempre sus resultados, perdiendo así la oportunidad de hacer seguimiento y manejar lesiones tempranas de manera oportuna.

Tabla 6

Estado de vacunación contra VPH (n=168)

| Estado de vacunación | n | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Esquema completo | 15 | 8.9 |
| Esquema incompleto | 23 | 13.7 |
| No vacunada | 130 | 77.4 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

La cobertura de vacunación contra el VPH es alarmantemente baja. Solo el 8.9% de las participantes han completado el esquema de vacunación, el 13.7% tienen un esquema incompleto y el 77.4% nunca ha recibido una dosis. Esta cobertura es muy inferior a la cobertura del 90% que la OMS plantea a 2030, dejando en evidencia que se trata de una gran cobertura que debe ser atendida de manera urgente.

4.1.5. Barreras y Factores Facilitadores

Tabla 7

Barreras para la realización del Papanicolaou (n=168)

| Barrera principal identificada | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Vergüenza/pudor | 66 | 39.3 |
| Miedo al resultado | 22 | 13.1 |
| Horarios inconvenientes | 21 | 12.5 |
| Falta de tiempo | 19 | 11.3 |
| Distancia al centro de salud | 15 | 8.9 |
| No lo considera necesario | 14 | 8.3 |
| Otras razones | 11 | 6.5 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Tabla 8

Grado de incomodidad percibida ante el examen de Papanicolaou (n=168)

| Grado de incomodidad | n | % |
|----------------------|----|------|
| Mucha vergüenza | 40 | 23.8 |
| Algo de vergüenza | 64 | 38.1 |
| Poca vergüenza | 43 | 25.6 |
| Ninguna vergüenza | 21 | 12.5 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

La vergüenza emerge como la barrera más importante para el tamizaje cervical, identificada como principal impedimento por el 39.3% de las participantes. El análisis del grado de incomodidad refuerza este hallazgo: el 87.5% experimenta algún grado de vergüenza ante el examen, con el 23.8% reportando mucha vergüenza y el 38.1% algo de vergüenza. Solo el 12.5% manifiesta no sentir ninguna incomodidad. Las barreras estructurales incluyen horarios inconvenientes (12.5%), falta de tiempo (11.3%) y distancia al centro de salud (8.9%).

Tabla 9

Receptividad y preferencias para actividades educativas (n=168)

| Variable | n | % |
|--|----|------|
| Receptividad a actividades educativas | | |
| Muy interesada | 98 | 58.3 |
| Algo interesada | 59 | 35.1 |
| Poco/nada interesada | 11 | 6.5 |
| Formato preferido para información | | |
| Folletos informativos | 82 | 48.8 |
| Capacitaciones presenciales | 36 | 21.4 |
| WhatsApp/Redes sociales | 22 | 13.1 |
| Visitas domiciliarias | 21 | 12.5 |
| Otros medios | 7 | 4.2 |

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

El hallazgo más alentador es la alta receptividad hacia actividades educativas: el 93.4% manifestó interés (58.3% muy interesada y 35.1% algo interesada). Respecto al formato preferido, los folletos informativos fueron seleccionados por el 48.8%, seguidos de capacitaciones presenciales (21.4%), WhatsApp y redes sociales (13.1%) y visitas domiciliarias (12.5%). Esta información orienta el diseño de estrategias multimodales que combinen diferentes medios para maximizar el alcance.

4.2. Análisis de Asociación entre Variables

Para identificar los determinantes sociodemográficos de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas, se realizó un análisis bivariado mediante tablas de contingencia, aplicando la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson para evaluar la independencia estadística entre variables categóricas. Se consideró asociación estadísticamente significativa cuando el valor p fue menor a 0.05.

Tabla 10

Nivel de conocimiento según grupo de edad (n=168)

| Grupo de edad | Alto n (%) | Medio n (%) | Bajo n (%) | Total |
|---------------|------------|-------------|------------|-------|
| 18-24 años | 12 (31.6) | 13 (34.2) | 13 (34.2) | 38 |
| 25-34 años | 32 (41.6) | 24 (31.2) | 21 (27.3) | 77 |
| 35-45 años | 24 (45.3) | 14 (26.4) | 15 (28.3) | 53 |
| Total | 68 (40.5) | 51 (30.4) | 49 (29.2) | 168 |

$$\chi^2 = 2.847; gl = 4; p = 0.584$$

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

No hubo asociaciones estadísticamente significativas entre el grupo de edad y el nivel de conocimiento ($\chi^2=2,847$; $p=0,584$). Aunque, descriptivamente, existe una ligera tendencia hacia un mayor conocimiento a medida que aumenta la edad: la proporción con alto conocimiento aumenta del 31,6% en el grupo de edad de 18-24 años al 45,3% en el grupo de edad de 35-45 años, mientras que la proporción con bajo conocimiento disminuye del 34,2% al 28,3%, respectivamente. Esta tendencia, aunque no es estadísticamente significativa, podría explicarse por una mayor exposición a información sobre salud reproductiva y un mayor contacto con los servicios de detección en mujeres mayores.

Tabla 11

Nivel de conocimiento según nivel de estudios (n=168)

| Nivel estudios | Alto n (%) | Medio n (%) | Bajo n (%) | Total |
|----------------|------------|-------------|------------|-------|
| Sin estudios | 1 (11.1) | 2 (22.2) | 6 (66.7) | 9 |
| Primaria | 3 (23.1) | 4 (30.8) | 6 (46.2) | 13 |
| Secundaria | 36 (38.7) | 31 (33.3) | 26 (28.0) | 93 |
| Superior | 28 (52.8) | 14 (26.4) | 11 (20.8) | 53 |
| Total | 68 (40.5) | 51 (30.4) | 49 (29.2) | 168 |

$$\chi^2 = 14.926; gl = 6; p = 0.021^*$$

*Asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino ($\chi^2=14.926$; $p=0.021$). Las mujeres con educación superior tienen la mayor proporción, 52.8%, con un alto nivel de conocimiento, mientras que aquellas que carecen de educación formal, 66.7%, son la mayoría y tienen un bajo nivel de conocimiento. Esta asociación evidencia que el nivel educativo es un determinante social de la salud que influye en el acceso, comprensión y utilización de la información sobre salud. Esta heterogeneidad en el contexto educativo debe ser considerada en las intervenciones educativas, donde se espera que haya incapacidades en el manejo de la información.

Tabla 12

Percepción de riesgo según estado civil (n=168)

| Estado civil | En riesgo n (%) | No segura n (%) | Sin riesgo n (%) | Total |
|---------------|-----------------|-----------------|------------------|-------|
| Soltera | 4 (6.5) | 16 (25.8) | 42 (67.7) | 62 |
| Casada | 5 (13.2) | 12 (31.6) | 21 (55.3) | 38 |
| Unión libre | 8 (14.0) | 18 (31.6) | 31 (54.4) | 57 |
| Div/Sep/Viuda | 1 (9.1) | 4 (36.4) | 6 (54.5) | 11 |
| Total | 18 (10.7) | 50 (29.8) | 100 (59.5) | 168 |

$$\chi^2 = 4.182; gl = 6; p = 0.652$$

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la percepción de riesgo ($\chi^2=4.182$; $p=0.652$). Por otro lado, existen diferencias descriptivas de interés: las mujeres solteras son las que menos riesgo perciben (solo 6.5% se consideran vulnerables) y, en medio de ellos, las mujeres en unión libre (14.0%) y casadas (13.2%) tienen mayor percepción, que podría estar relacionada, tal vez, a una vida sexual activa más regular. Es que es probable que las mujeres solteras subestimen su vulnerabilidad al VPH, lo que resulta relevante para el diseño de las estrategias comunicacionales que deben señalar que el riesgo es una constante, independientemente de la situación conyugal.

Tabla 13

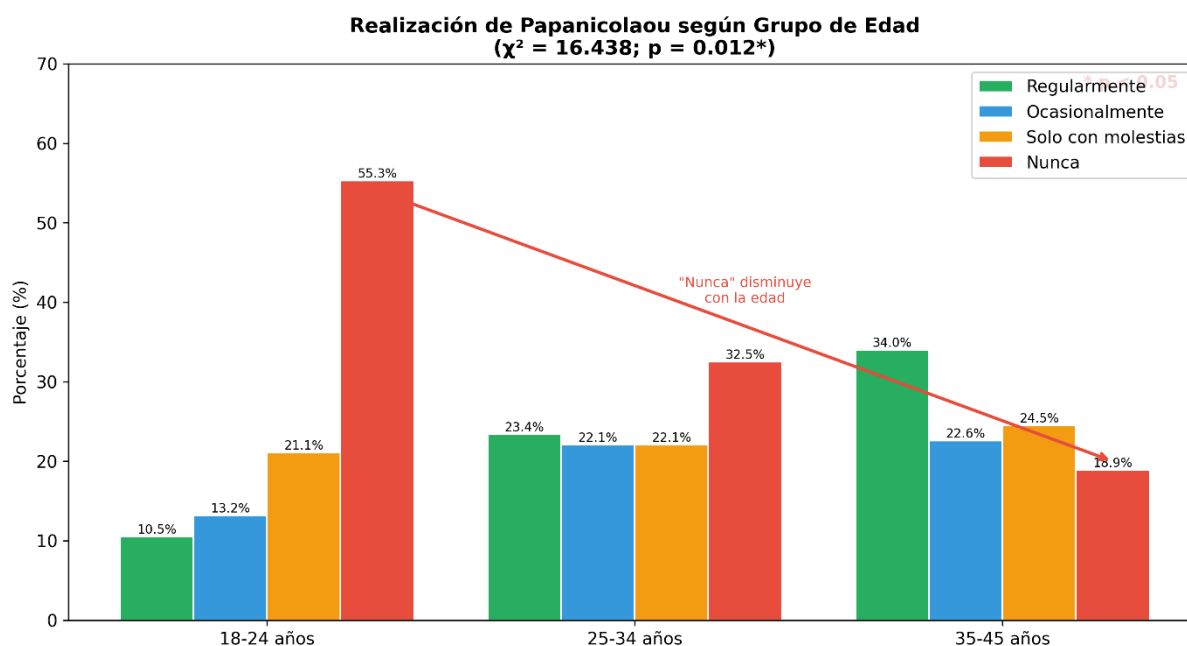
Realización de Papanicolaou según grupo de edad (n=168)

| Grupo edad | Regular n (%) | Ocasional n (%) | Molestias n (%) | Nunca n (%) | Total |
|------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------|-------|
| 18-24 años | 4 (10.5) | 5 (13.2) | 8 (21.1) | 21 (55.3) | 38 |
| 25-34 años | 18 (23.4) | 17 (22.1) | 17 (22.1) | 25 (32.5) | 77 |
| 35-45 años | 18 (34.0) | 12 (22.6) | 13 (24.5) | 10 (18.9) | 53 |
| Total | 40 (23.8) | 34 (20.2) | 38 (22.6) | 56 (33.3) | 168 |

$$\chi^2 = 16.438; gl = 6; p = 0.012^*$$

*Asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$). Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024.

Figura 2. Realización de Papanicolaou según grupo de edad (n=168)



Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y la práctica de realización del Papanicolaou ($\chi^2=16.438$; $p=0.012$). La actividad de tamizaje realizada en las mujeres de 18-24 años es del 55.3% en comparación con las mujeres dentro del grupo de 25-34 años con un 32.5 %y con un 18.9% en el grupo de 35-45 años. la práctica en la actividad aumenta de forma progresiva en el tiempo con un 10.5% en el grupo de 18 a 24 años 23.4% en 25 a 34 y 34.0 en el grupo de 35 a 45 años. La asociación existente muestra que a pesar de que las mujeres jóvenes en el rango de 18 a 24 años corren el riesgo de adquirir VPH, no están usando el tamizaje como una práctica preventiva, lo cual se torna en una oportunidad de la salud pública el no ejecutar un tamizaje.

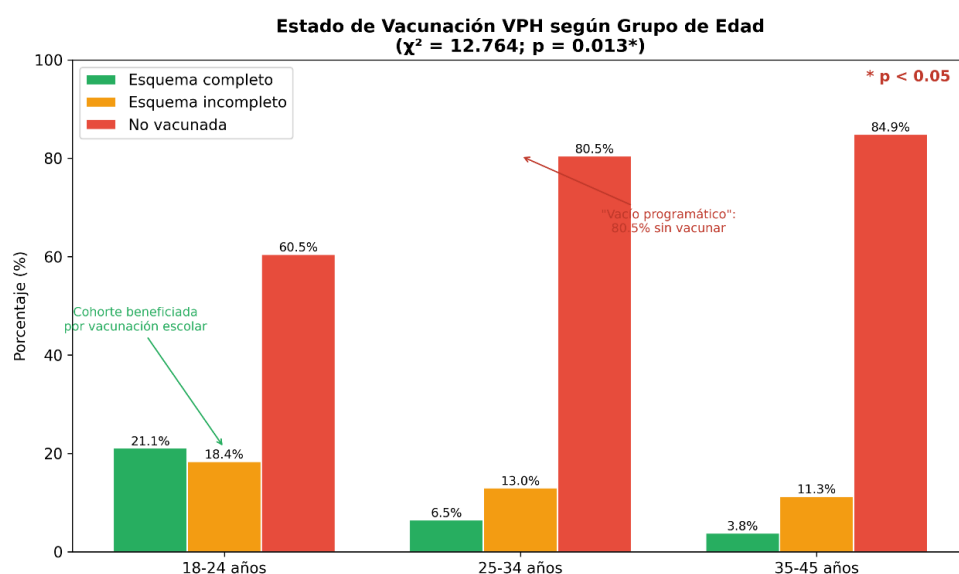
Tabla 14

Estado de vacunación contra VPH según grupo de edad (n=168)

| Grupo de edad | Completo n (%) | Incompleto n (%) | No vacunada n (%) | Total |
|---------------|----------------|------------------|-------------------|-------|
| 18-24 años | 8 (21.1) | 7 (18.4) | 23 (60.5) | 38 |
| 25-34 años | 5 (6.5) | 10 (13.0) | 62 (80.5) | 77 |
| 35-45 años | 2 (3.8) | 6 (11.3) | 45 (84.9) | 53 |
| Total | 15 (8.9) | 23 (13.7) | 130 (77.4) | 168 |

$\chi^2 = 12.764$; $gl = 4$; $p = 0.013^*$

*Asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$). Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024.

Figura 3. Estado de vacunación contra VPH según grupo de edad (n=168)

Del lado de esto, se logró establecer una asociación en el grupo de edad y la no vacunación contra el VPH ($\chi^2=12.764$; $p=0.013$) en el rango de edad de 18 y 24 años, que muestra una alta cobertura de vacunación al 21.1% lo que puede atribuirse a los programas de vacunación escolar que han existido en el país desde el 2014. en el rango de 35 a 45 años la cobertura es de 3.8% que es la de menor cobertura, lo que puede ser por el hecho de que ya sobrepasaron la edad objetivo, que al momento que se implementaron los programas se encontraban en el rango de 35 a 45 años. El 80.5% de mujeres de 25-34 años sin vacunar representa una cohorte en "vacío programático" que actualmente se encuentra en el período de mayor riesgo para lesiones precancerosas, requiriendo estrategias de vacunación de alcance (catch-up).

Tabla 15

Grado de vergüenza según grupo de edad (n=168)

| Grupo edad | Mucha n (%) | Algo n (%) | Poca n (%) | Ninguna n (%) | Total |
|------------|-------------|------------|------------|---------------|-------|
| 18-24 años | 14 (36.8) | 15 (39.5) | 7 (18.4) | 2 (5.3) | 38 |
| 25-34 años | 17 (22.1) | 30 (39.0) | 21 (27.3) | 9 (11.7) | 77 |
| 35-45 años | 9 (17.0) | 19 (35.8) | 15 (28.3) | 10 (18.9) | 53 |
| Total | 40 (23.8) | 64 (38.1) | 43 (25.6) | 21 (12.5) | 168 |

 $\chi^2 = 9.847$; $gl = 6$; $p = 0.131$

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

Por el contrario, no se encontró relación de tipo estadísticamente significativa entre el grupo de edad y el grado de vergüenza ($\chi^2=9.847$; $p=0.131$). No obstante, hay una tendencia de interés que es clínica y lo es en el contexto de la programación: en el grupo de 18-24 años, 36.8% reporta mucha vergüenza, a diferencia del 22.1% en el grupo de 25-34 años y el grupo de 35-45 años de 17.0%. A la inversa, la proporción que no siente ninguna vergüenza es del 5.3% en las más jóvenes y aumenta a 18.9% en las de mayor edad. Esta tendencia sugiere que la familiarización con exámenes ginecológicos reduce progresivamente la barrera emocional, lo que apoya la importancia de intervenciones tempranas que normalicen el procedimiento.

Tabla 16

Nivel de conocimiento según estado civil (n=168)

| Estado civil | Alto n (%) | Medio n (%) | Bajo n (%) | Total |
|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Soltera | 22 (35.5) | 21 (33.9) | 19 (30.6) | 62 |
| Casada | 18 (47.4) | 11 (28.9) | 9 (23.7) | 38 |
| Unión libre | 23 (40.4) | 16 (28.1) | 18 (31.6) | 57 |
| Div/Sep/Viuda | 5 (45.5) | 3 (27.3) | 3 (27.3) | 11 |
| Total | 68 (40.5) | 51 (30.4) | 49 (29.2) | 168 |

$$\chi^2 = 2.156; gl = 6; p = 0.905$$

Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024. Elaboración propia.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de conocimiento ($\chi^2=2.156$; $p=0.905$). La cantidad de conocimiento de la salud de las personas no es significativamente diferente por estado civil, ya que el porcentaje de personas con conocimiento de salud que son solteras es de 35.5% y 47.4% son casadas. El estado civil de la persona no hace que se valide el conocimiento sobre la prevención del cáncer cérvico uterino, por lo que no se necesitaría hacer diferenciaciones por esta variable en las intervenciones educativas.

4.1.6. Resumen de Asociaciones Estadísticas

Tabla 17

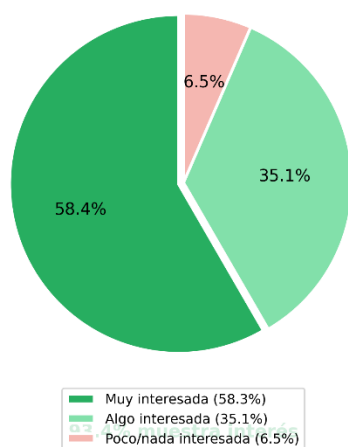
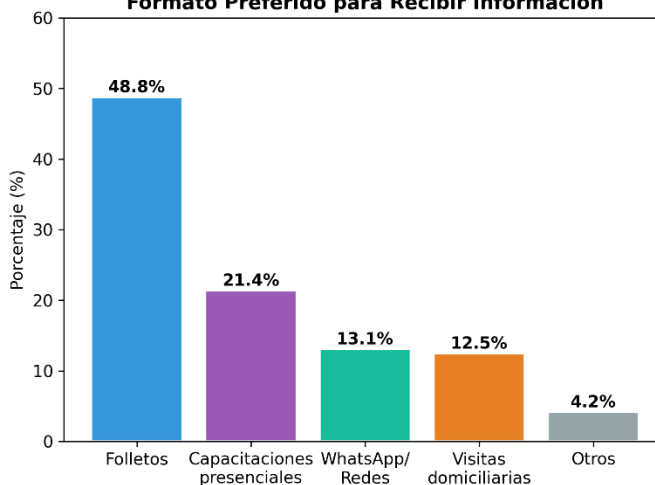
Resumen de asociaciones entre variables sociodemográficas y CAP

| Variables analizadas | χ^2 | Valor p | Asociación |
|---|----------------------------|----------------|-------------------|
| Conocimiento \times Grupo de edad | 2.847 | 0.584 | No significativa |
| Conocimiento \times Nivel de estudios | 14.926 | 0.021* | Significativa |
| Conocimiento \times Estado civil | 2.156 | 0.905 | No significativa |
| Percepción riesgo \times Estado civil | 4.182 | 0.652 | No significativa |
| Práctica Papanicolaou \times Grupo edad | 16.438 | 0.012* | Significativa |
| Vacunación VPH \times Grupo de edad | 12.764 | 0.013* | Significativa |
| Vergüenza \times Grupo de edad | 9.847 | 0.131 | No significativa |

*Asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Fuente: Encuesta CAP, mayo 2024.

El análisis de asociación identificó tres relaciones estadísticamente significativas: (1) el nivel de estudios se asocia con el nivel de conocimiento ($p=0.021$), confirmando que la educación formal es un determinante del conocimiento en salud; (2) el grupo de edad se asocia con la práctica de realización del Papanicolaou ($p=0.012$), evidenciando que las mujeres más jóvenes tienen menor adherencia al tamizaje; y (3) el grupo de edad se asocia con el estado de vacunación contra VPH ($p=0.013$), reflejando el impacto diferencial de los programas de vacunación según la cohorte de nacimiento. Estos hallazgos tienen implicaciones directas para el diseño de la estrategia de intervención, que debe priorizar a las mujeres más jóvenes y adaptar metodologías según el nivel educativo.

Figura 4. Receptividad hacia actividades educativas

Receptividad hacia Actividades Educativas**Formato Preferido para Recibir Información**

4.2. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar una estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 45 años residentes en la parroquia El Triunfo. La información de la investigación situacional obtenida en esta oportunidad será la base para el análisis del perfil sociodemográfico de la población, para determinar información de las brechas que son críticas en el conocimiento, las actitudes y las prácticas. Lo que servirá de base para la elaboración de intervenciones que sean relevantes y necesarias desde el punto de vista cultural. De manera resumida, en esta sección se presentará información respecto a la respuesta a la problemática y las preguntas de investigación, y la información debe ser acompañada de análisis con respecto a la salud pública.

Un conjunto de información sociodemográfica de la población son considerados los determinantes que se resumen en aquellos que son de orden social, ya que tienen influencia en las conductas que presentan, en la utilización de los servicios de orden preventivo, y el estado de la salud que se puede tener. En la presente investigación, el análisis de esas variables ofrece una información que es clave para comprender el contexto que son las barreras y las que son con respecto a la facilitación para que se pueda abordar la prevención del cáncer cérvico uterino.

Los datos indican que el 45.8% de la muestra pertenece al grupo etario de 25-34 años y la media de la muestra es de 30.8 años (DE=7.9). Este hecho tiene grandes implicaciones en términos epidemiológicos, pues corresponde a la edad de mayor incidencia de lesiones de cuello uterino en etapas precoces. La Organización Mundial de la Salud (2021) señala que la infección

por VPH es más frecuente entre los 20 a 25 años, así como también el grado de alta lesiones intraepiteliales —o NIC 2-3— que es más prevalente entre los 25 a 35 años, esto presenta un tiempo de progresión a cáncer invasor entre 10 a 20 años si no es tratada. La población en estudio, por tanto, es la que mayor en tiempo potencial para realizar la detección de lesiones y dar un tratamiento oportuno a lesiones precoces.

Un 22.6% de la muestra corresponde al grupo etario de 18 a 24 años, que es de particular interés para las acciones de prevención primaria. Hay investigaciones previas como la de Bruni et al. (2023) que afirman que la vacunación contra el VPH es más efectiva si se administra antes del inicio de la actividad sexual, y que la educación temprana sobre factores de riesgo puede establecer patrones de comportamiento a largo plazo orientados hacia la prevención. Aun así, este grupo mostró las tasas de detección más bajas (55.3% de las pruebas de Papanicolaou nunca realizadas) y los niveles de vergüenza más altos (36.8% muy altos). Esto creó un perfil de alta vulnerabilidad y una clara necesidad de intervenciones específicas.

Un total del 31.5% de las mujeres de 35 a 45 años es el grupo con mayor adherencia a la detección, con un 34.0% de manera regular, pero también es el grupo con la menor cobertura de vacunación, con un 3.8% que tiene un esquema de vacunación completo. Esta disparidad refleja lo que Murillo et al. (2022) describen como un efecto de cohorte: las mujeres mayores no fueron beneficiarias de los programas de vacunación escolar en Ecuador, que comenzaron en 2014, y, por lo tanto, no tuvieron acceso a estrategias de prevención primaria. Para esta cohorte, la detección regular con pruebas de Papanicolaou o pruebas moleculares de VPH es la única prevención secundaria disponible.

El nivel de educación demostró ser el único determinante sociodemográfico con un efecto estadísticamente significativo en cuanto al conocimiento sobre la prevención del cáncer cervical ($\chi^2=14.926$; $p=0.021$). Las mujeres con mayor educación mostraron conocimientos en el rango alto en el 52.8% de los casos, en contraste con solo el 11.1% para las mujeres sin educación formal. Este gradiente educativo en salud ha sido ampliamente documentado en la literatura. Aldohaian et al. (2019) reportaron en Arabia Saudita que las mujeres con educación universitaria tenían 2.8 veces más probabilidad de conocer los factores de riesgo del cáncer cervical. Asimismo, Silva et al. (2022) también encontraron en Brasil que el nivel educativo predecía significativamente el conocimiento y la práctica de la detección.

Solo el 86.9% de los participantes con educación secundaria o superior son un factor de apoyo para las intervenciones educativas, ya que tienen las habilidades de alfabetización y comprensión para navegar por información de salud compleja. el 13.1% que tiene educación primaria o ninguna educación formal (n=22). Como cita Nutbeam (2008), la alfabetización en salud funciona en tres niveles: funcional (comprensión básica), interactiva (tener las habilidades para participar activamente) y crítica (pensamiento de orden superior sobre la información). Las mujeres con menos educación formal pueden tener déficits en los tres niveles, justificando así la necesidad de utilizar materiales con contenido pictórico predominante, lenguaje simple y metodologías de enseñanza interactivas que no dependan únicamente de la lectura.

La falta de educación y la concentración del conocimiento en la mujer sin estudios (66.7%) evidencian la permanencia de inequidad en conocimiento y salud. McMarmot y Allen (2014) indican que la falta de educación de la mujer impacta la salud de la mujer y su familia por la falta de información, por no saber cómo buscar la información, por la escasa disponibilidad de tiempo que tienen al poseer trabajos precarios, por la inercia en la toma de decisiones y poco control sobre su cuerpo. La educación por sí sola no es suficiente si no se atacan otros factores de la inequidad.

La falta de correlación estadísticamente significativa entre el estado civil y la percepción del riesgo ($p = 0.652$) no niega la presencia de hallazgos descriptivos sobre patrones de relevancia significativa para la comunicación en salud. La mujer soltera, el 67.7% no siente riesgo, y solo el 6.5% dice ser vulnerable. Mientras que las mujeres en unión (libre) 14.0% y casadas 13.2% se reconocen más vulnerables. Esto refleja que las mujeres solteras probablemente solo consideran el riesgo a cáncer cérvico a desarrollar luego de haber tenido relaciones sexuales con una pareja de largo plazo o una pareja de corto plazo, y desconoce que una sola relación sexual con un portador del VPH puede traer una infección de largo plazo.

Un poco más del 70% de las participantes son solteras (36,9%) o en uniones informales (33,9%), de acuerdo a los resultados sobre el estado civil. Sin duda, las redes de apoyo y las decisiones tomadas con respecto a la salud reproductiva se verán afectadas por esta situación. Wamburu et al. (2020) encontraron que al menos algunas mujeres en uniones informales pueden encontrar mayores barreras al intentar negociar el uso de prácticas preventivas con sus parejas. Esta negociación tiene que ver con el uso de barreras que pueden prevenir no solo embarazos,

sino también la infección de enfermedades de transmisión sexual. También, la inestabilidad en las uniones puede hacer más complicado el seguimiento de casos con resultados anormales en Papanicolaou (Pap) en el tiempo. Por esta razón, las iniciativas educativas deben considerar estas dinámicas relacionales en el empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de su salud sexual aun en relaciones de parejas inestables.

La identificación temprana del cáncer cervical a través del test de Papanicolaou es de relevante para la prevención secundaria del cáncer cervical. La OMS (2021) señala que su práctica regularmente en la población muestra que se podría disminuir la incidencia y la mortalidad por esta neoplasia en hasta un 80%. La presente investigación ha encontrado un comportamiento de la población que falta a la práctica del Papanicolaou y que en tal sentido debilita la estrategia del sistema público de salud en la prevención del cáncer cervical en la parroquia El Triunfo.

De la cantidad total de mujeres encuestadas, poco más de una cuarta parte (23.8%) informa haberse hecho un test de Papanicolaou cada año, y más de un tercio (33.3%) afirma no haberse realizado el test en absoluto. Además, al considerar solo a aquellas mujeres que se realizan pruebas cuando tienen síntomas (22.6%), el total que no tiene prácticas de tamizaje, o inadecuadas, aumenta al 55.9%. Estas cifras están alineadas con las reportadas por Ortiz-Segarra et. al. (2023) en Cuenca, donde el 38.2% de las mujeres ecuatorianas informaron que nunca se han realizado un Papanicolaou, y el estudio de Narváez Ocampo en 2022 en Esmeraldas, donde el 41.5% reportó un tamizaje inadecuado.

La cobertura efectiva general de la detección en la muestra es del 44%, donde la cobertura efectiva se define como el porcentaje de mujeres en el grupo de edad elegible que se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, incluyendo mujeres que practican detección regular e intermitente. El resultado está por debajo del umbral de recomendación del 70% establecido por la OMS, que es la meta más baja que queda para crear una reducción significativa en la incidencia y mortalidad por cáncer cervical a nivel poblacional, y también está lejos de la meta del 90% que debe alcanzarse para 2030 dentro de la Estrategia Global para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cervical. Como señalan Murillo et al. (2022), coberturas inferiores al 50% tienen impacto limitado en la mortalidad poblacional,

ya que los casos de cáncer continúan presentándose predominantemente en el grupo de mujeres no tamizadas.

El análisis de asociación demostró una relación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y la práctica de realización del Papanicolaou ($\chi^2=16.438$; $p=0.012$). El gradiente observado es preocupante: mientras que en el grupo de 35-45 años solo el 18.9% nunca se ha realizado el examen y el 34.0% lo hace regularmente, en el grupo de 18-24 años estas proporciones se invierten dramáticamente (55.3% nunca y 10.5% regular). Este patrón se ha documentado en diferentes contextos. En Ecuador, Bedoya-Pilozo et al. (2022) indican que las mujeres menores de 25 años tenían 3.2 veces más probabilidad de no realizarse el tamizaje. En igual sentido, Singh et al. (2021) señalan que en los países de ingreso medio, las mujeres jóvenes tenían la tasa más baja de tamizajes, aunque eran las que tenían mayor prevalencia de infección por VPH.

Existen diferentes razones que explican esta brecha en los grupos etarios. En primer lugar, las guías clínicas tradicionales recomendaban iniciar el tamizaje a los 21-25 años, lo cual pudo generar la percepción de que las mujeres más jóvenes "aún no necesitan" el examen. Sin embargo, la Ley Orgánica para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino de Ecuador (2024) establece el inicio del tamizaje desde el comienzo de la vida sexual activa, reconociendo que la edad de debut sexual ha disminuido progresivamente. En tercer lugar, mayores niveles de vergüenza (36.8% mucha vergüenza vs 17.0% en mayores de 35) fueron reportados por las mujeres jóvenes, quienes en general pueden no estar tan familiarizadas con los exámenes ginecológicos debido a las construcciones culturales que existen en torno a la sexualidad y el pudor corporal. Por otro lado, la dilación en la práctica del tamizaje podría explicarse por la percepción de invulnerabilidad que caracteriza a la adolescencia y juventud.

La investigación recogió un dato que es necesario señalar: se ha encontrado que 9 de cada 10 mujeres asiste a realizarse el Papanicolaou solamente en caso de presentar molestias ginecológicas. Este comportamiento es un reflejo de un rudimentario concepto de salud, en el que la búsqueda de atención solamente se realiza en caso de síntomas. Este comportamiento es el más problemático de todos en el caso de la prevención del cáncer de cuello uterino, ya que suele ser asintomática en la presencia de lesiones precoces y hasta en las etapas más tempranas del cáncer. Como enfatiza la OMS 2021, síntomas como el sangrado poscoital, el flujo anormal

o dolor en la zona pélvica son signos de que el cáncer ya se encuentra en etapas avanzadas y, por lo tanto, con peor pronóstico.

Este patrón se explica con otros datos acerca de la búsqueda de atención general: el 78.3% de las participantes relató que asiste al centro de salud solo cuando presenta síntomas de enfermedad. Esta conducta ha sido documentada en contextos rurales de América Latina como un modelo cultural de salud donde prima el enfoque curativo sobre la prevención, según Agurto et al. 2019. Intervenciones sistemáticas que vayan más allá de los programas de tamizaje que se enfocan en el cuidado de la salud como actividad aislada requieren cambios en la construcción de este modelo. Lo que se busca es que la población incorpore acciones preventivas como parte de una práctica cuidativa habitual.

Más allá de la realización del Papanicolaou, los resultados evidencian fallas en la cascada completa de cuidado preventivo. Entre las mujeres que alguna vez se han realizado el examen (n=112), el 31.3% tiene un retraso mayor a dos años, lo que reduce significativamente la efectividad del tamizaje para detectar lesiones en estadios tratables. Además, solo el 46.4% siempre recoge sus resultados, mientras que el 24.1% nunca los recoge. La “fuga” en la cascada de atención se considera un reto importante en los sistemas de salud de la región. Almonte et al. (2020) menciona que en la región, más del 40% de las mujeres que tiene el resultado anormal, no realizan el diagnóstico ni el tratamiento del seguimiento, perdiendo la oportunidad de evitar el cáncer invasor.

Existen diversas razones que justifican la no solicitud de seguimiento de resultados, tales como: la falta de conocimiento sobre la relevancia de que se solicite un resultado, la falta de condiciones logísticas que faciliten el acceso al centro de salud, la prolongada espera para que se entregue algún resultado, y los sistemas de notificación que son pasivos y no se dirigen a que la usuaria tome la iniciativa. El objetivo de esta intervención propuesta es superar estos desafíos proporcionando notificaciones proactivas por WhatsApp y educando a las mujeres sobre la importancia de la continuidad en el proceso de detección, en lugar de solo la recolección de muestras.

El nivel de cobertura de vacunación contra el VPH es otra forma de medir el comportamiento preventivo del público. Entre los encuestados, el 8.9% había recibido la serie completa de vacunas, mientras que la gran mayoría, el 77.4%, no había recibido ninguna de las

dosis. Esta cobertura está muy por debajo del objetivo del 90% de la OMS para 2030 y por debajo de los líderes regionales Argentina (85%) y Panamá (78%). Una asociación significativa entre grupo de edad y estado de vacunación ($\chi^2=12.764$; $p=0.013$) ilustra el efecto diferencial de las políticas de vacunación por cohorte de nacimiento.

El grupo de edad de 18 a 24 años, que tiene un esquema completo del 21.1%, ha podido beneficiarse de la incorporación de la vacuna en el Programa Nacional de Inmunización de Ecuador en 2014. Sin embargo, aun en este grupo, la cobertura está muy por debajo de lo óptimo. El grupo de edad de 25 a 34 años es el más preocupante, ya que están en mayor riesgo de presentar lesiones precoces precoces, y el 80.5% no está vacunado. Este grupo ha estado en un "vacío programático", ya que son demasiado mayores para la vacunación escolar durante el tiempo en que se implementó el programa, pero también demasiado jóvenes para haber desarrollado una protección inmune natural por exposición previa. Existe una clara expectativa de que se implementen estrategias de recuperación de la vacunación dentro de este grupo de edad, ya que son económicamente viables y sostenibles (Soneji & Fukui, 2022). Sin embargo, esto va acompañado de la necesidad de financiamiento adicional y campañas comunitarias específicas.

El sentir vergüenza se ha presentado como el principal motivo por el cual se accede a los exámenes de tamizaje. Como principal motivo, se registró en el 39.3% de las participantes. La vergüenza también sobre la incomodidad al realizarse el examen Pap constituyó un dato fuerte, ya que el 87.5% refiere tener vergüenza a realizarse Pap. Estos datos, al igual que la vergüenza, se pueden encontrar en diferentes referencias de la misma región. En Etiopía, Agide et al. (2020) registró vergüenza como el principal motivo en un 42% de los casos. En Nigeria, Musa et al. (2021) reportó cifras semejantes 38%. En el caso de Latinoamérica, Luque et al. (2019) señala que las construcciones culturales de género que asignan al pudor corporal como un atributo de la virtud de la mujer, son determinantes de gran profundidad en el acceso a un examen ginecológico.

La tendencia de tener menos vergüenza a medida que las personas envejecen (36.8 % mucha vergüenza en edades de 18 a 24 años frente a 17.0 % en edades de 35 a 45) aunque no es estadísticamente significativa ($p=0.131$) sugiere que acostumbrarse a hacer exámenes ginecológicos reduce esta barrera. Esto sugiere que hay un valor en hacer este tipo de trabajo,

hacerlo temprano, en hacer que las personas conozcan el procedimiento, explicarlo paso a paso, desmitificar los mitos que las personas tienen, y mejorar la comunicación del profesional de salud con sus pacientes. La estrategia "Mujer Informada, Mujer Protegida" tiene este enfoque en el módulo que trata sobre las emociones y barreras en el uso de técnicas de resignificación y testimonios de pares.

Uno de los hallazgos más significativos es la paradoja de tener una actitud positiva, pero un comportamiento negativo que la acompaña. Hay un 63.1% de personas que piensan que es muy importante tener exámenes preventivos regulares y un 60.1% dice que está muy dispuesto a hacerse un Papanicolaou de manera regular, pero solo el 23.8% de ellos realmente lo hace y el 33.3% dice que nunca lo ha hecho. Esta falta de concordancia entre el actuar y el sentir, ha sido observado con exhaustividad en la psicología de la salud. El Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974; Champion & Skinner, 2008 Actualizado) proporciona una explicación para tal situación: para que ocurra cualquier comportamiento preventivo, no es suficiente tener conciencia de la importancia (severidad percibida), sino también reconocer el riesgo de ser afectado (susceptibilidad percibida), así como una creencia de que los resultados favorables de tomar dicha acción superarán cualquier posible barrera que lo obstaculice.

En la población estudiada, el eslabón más débil de la cadena es, precisamente, la susceptibilidad percibida: solo el 10.7% reconoce estar en riesgo de desarrollar cáncer cervical, mientras que el 59.5% no se siente en riesgo. Esta baja percepción de vulnerabilidad personal actúa como un “anestésico cognitivo” que permite a las personas mantener actitudes abstractas favorables sin traducir estas actitudes en acciones concretas. Como mencionan Roncancio et al. (2020), las mujeres pueden sentir genuinamente que el cáncer cervical representa un riesgo serio, y que una prueba de Papanicolaou es un procedimiento que tiene suficiente importancia; sin embargo, pueden sentir simultáneamente que "este no va a ser mi caso", especialmente en ausencia de síntomas, cuando se encuentran en una relación de pareja estable, o cuando consideran que su estilo de vida es "de bajo riesgo".

Esta paradoja impacta el diseño de intervenciones de manera directa. Si bien el riesgo de enfermedad en mujeres es elevado y la información puede incrementar la gravedad de la enfermedad, esta no será suficiente para incrementar la gravedad percibida y la susceptibilidad percibida si las mujeres no se identifican con el riesgo del perfil de la enfermedad. La

intervención propuesta incide en esta brecha debido a la personalización del riesgo con cifras de la localidad, “en nuestra parroquia...”, ejemplos y actividades donde cada mujer puede valorar sus propios factores de riesgo. De igual manera, personaliza las señales para la acción y se enfoca en la reducción de las diferentes barreras percibidas, con lo cual se reúne la totalidad de las condiciones requeridas por el modelo teórico.

Los resultados del estudio no solo describen un escenario de carencias en la práctica de la prevención, también precisan factores que explican y sustentan la factibilidad de la intervención educativa. La mayor esperanza se encuentra en la alta receptividad de las actividades educativas, ya que el 93.4% de las participantes se mostró dispuesta a participar, 58.3% de ellas muy interesada y 35.1% algo interesada. La falta de comportamiento preventivo es de donde proviene la motivación, sugiriendo que estas mujeres han sido conscientes de la necesidad de conocimiento pero no han tenido la oportunidad de adquirir un conocimiento que sea accionable para permitirles traducir ese conocimiento en práctica.

El envío de información determina algunas de las estrategias a tomar: envío de folletos (48.8%), capacitación presencial (21.4%), uso de WhatsApp y redes sociales (13.1%) y visitas (12.5%) a los hogares. Esta combinación sugiere la importancia de un enfoque multifuncional que incluya materiales impresos de fácil lectura, sesiones grupales participativas e interactivas, seguimiento digital y divulgación comunitaria para mujeres de difícil acceso. La estrategia “Mujer Informada, Mujer Protegida” incorpora estos cuatro elementos de manera cohesiva, ampliando el alcance y respondiendo a las preferencias de la población en diferentes segmentos.

Este estudio tiene algunas limitaciones que se deben considerar al interpretar los resultados. En primer lugar, el uso de muestreo por conveniencia, que limita el alcance de generalización de los resultados a toda la población de la parroquia El Triunfo; sin embargo, el tamaño de la muestra ($n=168$) es suficiente para hacer una estimación de las prevalencias que no es del todo imprecisa. Luego, el hecho de que los resultados no pueden reflejar relaciones de causa y efecto es una limitación más, debido a la naturaleza transversal del diseño. Esto nos lleva a la tercera limitación: que las medidas de conocimiento, actitudes y prácticas (KAP) se tomaron mediante autoinformes, corriendo el riesgo de sesgo de deseabilidad social o sesgo de memoria. Y por último, la exclusión de 7 participantes que se encontraban fuera del rango de

edad establecido, aunque correcta desde el punto de vista metodológico, lógicamente disminuyó el poder estadístico para detectar asociaciones de menor tamaño.

Algunas de estas limitaciones incluyen que los hallazgos coinciden con la literatura internacional y regional y que proporcionan una base sólida para diseñar intervenciones educativas culturalmente relevantes. Estudios futuros con diseños cuasi-experimentales permitirán evaluar la efectividad de la estrategia propuesta en la modificación de conocimientos, actitudes y, especialmente, prácticas preventivas en esta población.ta.

CAPÍTULO 5

Marco Propositivo

5.1. Planificación de la Actividad Preventiva

El presente capítulo expone el diseño de la estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino, fundamentada en los hallazgos diagnósticos obtenidos. La propuesta responde a las necesidades identificadas en las mujeres en edad fértil de 18 a 45 años de la parroquia El Triunfo, considerando sus características sociodemográficas, nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y barreras detectadas.

5.1. Título de la Propuesta

"MUJER INFORMADA, MUJER PROTEGIDA"

*Estrategia de Intervención Educativa para la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino
en Mujeres de la Parroquia El Triunfo*

5.2. Datos Informativos

Institución ejecutora: Centro de Salud de la Parroquia El Triunfo

Beneficiarias directas: 168 mujeres en edad fértil de 18 a 45 años

Beneficiarias indirectas: Familias y comunidad de la parroquia El Triunfo

Ubicación: Parroquia El Triunfo, Ecuador

Duración: 12 semanas (3 meses)

Responsable: Lic. Jesús Alberto Criollo Ruiz

5.3. Antecedentes de la Propuesta

El diagnóstico situacional realizado en las mujeres de la parroquia El Triunfo evidenció problemáticas que fundamentan la necesidad de una intervención educativa estructurada. Los principales hallazgos que sustentan esta propuesta son:

El 59.4% de las participantes presenta un nivel de conocimiento medio o bajo sobre prevención del cáncer cérvico uterino. Solo el 36.6% conoce adecuadamente el VPH y apenas el 33.7% comprende la utilidad de la vacuna. Estas brechas de conocimiento constituyen un factor de riesgo modificable mediante educación.

La baja percepción de riesgo identificada (59.4% no se siente vulnerable) representa una barrera cognitiva significativa para la adopción de conductas preventivas. El Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974; modificado por Champion y Skinner, 2008) postula que, para que ocurra un comportamiento preventivo, hace falta la responsabilidad y el reconocimiento de la importancia (gravedad percibida) así como la necesidad de admitir la vulnerabilidad personal (susceptibilidad percibida) y, además, la creencia de que los beneficios que se pueden obtener al tomar acción son de tal relevancia que sobrepasan cualquier barrera que se pueda interponer.

5.4. Justificación

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible cuando se implementan estrategias de prevención primaria (vacunación, educación) y secundaria (tamizaje oportuno). Ecuador presenta 1.792 casos nuevos y 939 muertes anualmente por esta causa, cifras que exceden los promedios de la región y del mundo (IARC, 2022). Aplicar intervenciones educativas es una estrategia costo-efectiva, científicamente comprobada.

La revisión de Abiodun et al. (2018) mostró que 100% de los estudios en intervenciones educativas informaron mejoras en los niveles de conocimiento y en las conductas de las personas en relación al tamizaje. Zhang et al. (2022) confirmaron la eficacia de estas intervenciones en casi todos los casos en poblaciones rurales. En el caso de América Latina, estudios realizados en Perú y Cuba reportaron incrementos de 22% y hasta 81.25% del conocimiento en la población una vez realizadas las intervenciones educativas.

La iniciativa que aquí se presenta cumple con los lineamientos de la Estrategia Mundial de la OMS aprobada para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública y que para el 2030 propone como objetivos: 90% de las niñas vacunadas, 70% de mujeres tamizadas, 90% de los pacientes tratados. Asimismo, responde a la Ley Orgánica para

la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino del Ecuador (2024), que establece la obligatoriedad de programas educativos y preventivos.

5.5. Objetivos de la Propuesta

5.5.1. Objetivo General

Incrementar los conocimientos, mejorar las actitudes y promover prácticas preventivas del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años de la parroquia El Triunfo mediante una estrategia de intervención educativa integral.

5.5.2. Objetivos Específicos

Incrementar el nivel de conocimiento sobre cáncer cérvico uterino, VPH, Papanicolaou y vacunación del 40.6% al 75% en las participantes.

Cambiar el riesgo percibido personal aumentará el porcentaje de mujeres que se reconocen a sí mismas como vulnerables del 10.9% al 50%.

Reducir las barreras emocionales relacionadas con la detección disminuyendo el porcentaje de mujeres que “sienten mucha vergüenza” del 24.0% al 10%.

Aumentar la intención de hacerse un Papanicolaou regularmente del 60.0% al 85%.

Fomentar la realización efectiva del Papanicolaou al menos en el 50% de las mujeres que nunca se lo han hecho.

5.6. Fundamentación Teórica

La estrategia de intervención educativa se fundamenta en el Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model), marco teórico ampliamente utilizado para explicar y predecir comportamientos preventivos en salud. Desarrollado por Rosenstock, Becker y colaboradores en la década de 1950, este modelo postula que la probabilidad de adoptar una conducta preventiva depende de la interacción de cuatro percepciones fundamentales:

Susceptibilidad percibida: Es la creencia que tienen sobre el riesgo que hay de sufrir la enfermedad. Esto se aprecia en la información diagnóstica de que el 59.4% de las mujeres no se sientan en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino, lo cual evidencia la falta de

percepción del riesgo que es necesario corregir al proporcionar educación en relación con los referentes de riesgo y la información estadística de la región.

Severidad percibida: Es la percepción que tiene de la gravedad y de las consecuencias de una enfermedad y del estado de salud. La intervención pondrá foco en el cáncer cérvico uterino y su principal complicación que son las lesiones precoces, además de consecuencias sobre la salud reproductiva y la invasividad de los tratamientos requeridos y la muerte por esta enfermedad.

Beneficios percibidos: La consideración de la efectividad de adoptar conductas de prevención que disminuyen el riesgo. Se informará sobre la posibilidad de prevención de más de 90% de los cánceres cérvico uterinos y su acceso a tratamientos curativos a cualquier etapa, estos detectables a Papanicolaou de rutina.

Barreras percibidas: Los impedimentos que se consideran para el cambio conductual. Se abordará la vergüenza (39.4%), la falta de tiempo (11.4%), y los horarios (12.6%) mediante técnicas de normalización, flexibilización de la oferta de servicios y disminución de la ansiedad.

Añadiendo el modelo, la autoeficacia, la auto-confianza en el juicio para realizar adecuadamente la acción preventiva. La intervención incorpora estrategias de empoderamiento y capacitación en la gestión y demanda de la atención preventiva.

La revisión sistemática de Yirsaw et al. (2024) corroboró que, en el Marco de Modelo de Creencias de la Salud, las intervenciones incrementan el nivel de adherencia al tamizaje cervical, logrando de esta manera una efectividad acumulativa de gran importancia clínica (OR=2.45, IC95: 1.82-3.31).

5.7. Planificación de la Actividad Preventiva

5.7.1. Metodología de la Intervención

La estrategia emplea una metodología mixta que combina sesiones educativas grupales presenciales con material de apoyo impreso y seguimiento individualizado. Estas técnicas pedagógicas se eligieron en función de las preferencias de los participantes y la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones educativas en el ámbito de la salud.

En el caso de las sesiones educativas grupales, crearemos 7 grupos de trabajo con 25 participantes cada uno. Cada sesión durará de 60 a 90 minutos e incluirá técnicas participativas, como presentaciones en diálogo, discusiones grupales, dramatizaciones, videos educativos y resoluciones de casos. Esta modalidad fue seleccionada considerando que el 21.7% prefiere capacitaciones en el centro de salud.

Material educativo impreso: Se diseñarán folletos informativos con lenguaje sencillo e ilustraciones, abordando cada tema del programa. Esta determina el 48.6% de la opción que prefiere esta intervención.

Seguimiento a través de WhatsApp. Para el seguimiento de la actividad, se creará un grupo de mensajes en el que se enviarán recordatorios sobre el seguimiento de la actividad, las citas y las consultas, así como palabras de aliento. Esto responde el 13.1% que prefiere el uso de redes sociales.

Visitas domiciliarias: Para las mujeres que no puedan asistir a sesiones grupales o que se requiera un seguimiento más específico, se dispondrá de atención programada en el hogar. Esta modalidad corresponde al 12.6% que ha manifestado preferencia por este formato y permite un abordaje más individualizado de las barreras.

5.7.2. Estructura del Programa Educativo

El programa se estructura en 6 módulos temáticos distribuidos en 12 semanas, con sesiones quincenales que permiten la asimilación progresiva de contenidos y la práctica de conductas aprendidas entre sesiones.

Tabla 18

Estructura modular del programa educativo

| Módulo | Tema | Contenidos | Componente MCS |
|---------------|---|--|--|
| 1 | Anatomía y salud del aparato reproductor femenino | Estructura del aparato reproductor, ciclo menstrual, cambios normales vs. señales de alerta, importancia del autocuidado | Conocimiento base, autoeficacia |
| 2 | Cáncer cérvico uterino: qué es y cómo se desarrolla | Definición, estadísticas locales y nacionales, factores de riesgo, historia natural de la enfermedad, signos y síntomas | Susceptibilidad percibida, severidad percibida |
| 3 | Virus del Papiloma Humano (VPH) | Qué es el VPH, tipos de alto y bajo riesgo, formas de transmisión, relación VPH-cáncer cervical, mitos y realidades | Susceptibilidad percibida, conocimiento |
| 4 | El Papanicolaou: tu mejor aliado | Qué es y para qué sirve, procedimiento paso a paso, frecuencia recomendada, interpretación de resultados, desmitificación del examen | Beneficios percibidos, reducción de barreras |
| 5 | Vacunación contra el VPH | Tipos de vacunas disponibles, esquema de vacunación, eficacia y seguridad, dónde vacunarse, importancia de vacunar a hijas e hijos | Beneficios percibidos, autoeficacia |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 6 | Superando barreras y actuando por mi salud | Identificación de barreras personales, técnicas para superar la vergüenza, planificación de citas, red de apoyo, compromiso personal | Reducción de barreras, autoeficacia, claves para la acción |
|---|--|--|--|

Nota: MCS = Modelo de Creencias de Salud. Elaboración propia.

5.7.3. Descripción Detallada de los Módulos

Módulo 1: Anatomía y salud del aparato reproductor femenino

Duración: 60 minutos

Objetivo: Que las participantes reconozcan conceptos básicos relacionados con la anatomía reproductiva femenina, como base para abordar el cáncer cérvico uterino.

Actividades: Se realizará un conversatorio con las participantes, para abordar, a partir de la macro y micro anatomía, un análisis de los órganos y estructuras del aparato reproductor femenino, utilizando material de apoyo gráfico, con el fin de abordar los mitos relacionados con la anatomía femenina. Se guiará a las participantes a un análisis crítico de la importancia del conocimiento del propio cuerpo.

Materiales: Se contará con un recurso de macro anatomía del aparato reproductor femenino, recursos de micro anatomía, el documento "Conociendo mi cuerpo" y un proyector.

Transferencia de capacidades. Se realizará capacitando al personal de enfermería y promotores de salud del centro de salud para que puedan replicar las sesiones educativas garantizando así la continuidad del programa. 6

Materiales reutilizables. Quedan a disposición del centro de salud las presentaciones virtuales, maquetas y guías para actividades.

Módulo 2: Cáncer cérvico uterino - qué es y cómo se desarrolla

Duración: 90 minutos

Objetivo: Incrementar la susceptibilidad y severidad percibidas mediante información sobre la enfermedad, sus consecuencias y factores de riesgo.

Actividades: Presentación de estadísticas nacionales y locales, video testimonial de sobreviviente, identificación personal de factores de riesgo mediante checklist, discusión grupal sobre percepciones previas vs. realidad.

Materiales: Presentación multimedia, video educativo, checklist de factores de riesgo, folleto informativo.

Módulo 3: Virus del Papiloma Humano (VPH)

Duración: 90 minutos

Objetivo: Proporcionar conocimientos sobre el VPH, su relación con el cáncer cervical y formas de transmisión, abordando mitos comunes.

Actividades: Exposición dialogada, dinámica "Mito o Realidad" sobre VPH, análisis de casos hipotéticos, resolución de dudas frecuentes.

Materiales: Presentación multimedia, tarjetas para dinámica, folleto "Todo sobre el VPH", material audiovisual.

Módulo 4: El Papanicolaou - tu mejor aliado

Duración: 90 minutos

Objetivo: Desmitificar el examen de Papanicolaou, explicar el procedimiento y reducir la vergüenza asociada.

Actividades: Video demostrativo del procedimiento, presentación del instrumental utilizado, técnica de relajación y respiración, dramatización de consulta ginecológica, espacio para expresar temores y resolverlos grupalmente.

Materiales: Video educativo, espéculo de demostración, guía ilustrada del Papanicolaou, folleto "Prepárate para tu Papanicolaou".

Módulo 5: Vacunación contra el VPH

Duración: 60 minutos

Objetivo: Informar sobre la vacuna contra el VPH, su eficacia, seguridad y disponibilidad, promoviendo la vacunación propia y de hijas.

Actividades: Exposición sobre tipos de vacunas y esquemas, presentación de evidencia científica sobre eficacia, discusión sobre mitos de la vacunación, información sobre puntos de vacunación gratuita.

Materiales: Presentación multimedia, folleto sobre vacunación, directorio de centros de vacunación.

Módulo 6: Superando barreras y actuando por mi salud

Duración: 90 minutos

Objetivo: Desarrollar habilidades para superar barreras identificadas y establecer compromisos concretos de acción preventiva.

Actividades: Identificación personal de barreras, técnicas para manejar la vergüenza, role-playing de solicitud de cita, elaboración de plan de acción personal con fechas, firma de carta compromiso, creación de red de apoyo entre participantes.

Materiales: Formato de plan de acción personal, carta compromiso, directorio de servicios, certificado de participación.

5.7.4. Cronograma de Actividades

Tabla 19

Cronograma de implementación de la estrategia educativa

| Actividad | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 | S12 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Evaluación pre-intervención | X | | | | | | | | | | | |
| Módulo 1: Anatomía reproductiva | X | X | | | | | | | | | | |
| Módulo 2: Cáncer cérvico uterino | | | X | X | | | | | | | | |
| Módulo 3: VPH | | | | | X | X | | | | | | |
| Módulo 4: Papanicolaou | | | | | | | X | X | | | | |
| Módulo 5: Vacunación VPH | | | | | | | | | X | X | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Módulo 6: Superando barreras | | | | | | | | | | | X | X |
| Evaluación post-intervención | | | | | | | | | | | | X |
| Seguimiento WhatsApp | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

Nota: S = Semana. Elaboración propia.

5.7.5. Recursos Necesarios

Recursos humanos:

- 1 Facilitador principal (investigador)
- 1 Personal de enfermería del centro de salud (apoyo)
- 1 Promotor de salud comunitario
- 1 Ginecólogo/a (sesión sobre Papanicolaou)

Recursos materiales:

- Proyector multimedia y laptop
- Maqueta anatómica del aparato reproductor femenino
- Espéculo de demostración
- 200 folletos informativos (4 tipos)
- Material de escritorio (papelógrafos, marcadores, tarjetas)
- Formatos impresos (checklist, plan de acción, cartas compromiso)
- Certificados de participación

Recursos tecnológicos:

- Videos educativos (descargados previamente)
- Grupo de WhatsApp para seguimiento
- Presentaciones multimedia por módulo

Infraestructura:

- Salón comunitario o auditorio del centro de salud con capacidad para 30 personas

5.7.6. Presupuesto Estimado

Tabla 20

Presupuesto estimado para la implementación

| Rubro | Cantidad | P. Unitario | Total (USD) |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|
| Impresión de folletos | 800 | \$0.25 | \$200.00 |
| Material de escritorio | Global | - | \$75.00 |
| Impresión de formatos | 600 | \$0.10 | \$60.00 |
| Certificados de participación | 168 | \$0.50 | \$87.50 |
| Refrigerios para sesiones | 42 sesiones | \$15.00 | \$630.00 |
| Transporte (visitas domiciliarias) | Global | - | \$100.00 |
| Imprevistos (10%) | - | - | \$115.25 |
| TOTAL | | | \$1,267.75 |

Nota: Precios referenciales. No incluye recursos humanos institucionales. Elaboración propia.

5.8. Evaluación de la Estrategia

5.8.1. Evaluación de Proceso

Se monitoreará la ejecución de las actividades mediante los siguientes indicadores de proceso:

- Porcentaje de sesiones ejecutadas según cronograma (meta: 100%)
- Tasa de asistencia promedio a sesiones (meta: $\geq 80\%$)
- Porcentaje de deserción (meta: $< 15\%$)
- Nivel de satisfacción con las sesiones (meta: $\geq 4/5$ puntos)
- Materiales entregados según lo planificado (meta: 100%)

5.8.2. Evaluación de Resultados

La efectividad de la intervención se evaluará mediante la aplicación del mismo cuestionario CAP utilizado en el diagnóstico, aplicado antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención. Los indicadores de resultado son:

Tabla 21

Indicadores de resultado y metas de la intervención

| Indicador | Línea base | Meta |
|--|-------------------|-------------|
| Nivel de conocimiento alto | 40.6% | 75% |
| Percepción de riesgo personal | 10.9% | 50% |
| Mujeres con "muchacha vergüenza" para Papanicolaou | 24.0% | 10% |
| Intención de realizarse Papanicolaou regularmente | 60.0% | 85% |
| Realización efectiva de Papanicolaou (en quienes nunca se lo hicieron) | 0% | 50% |

Fuente: Elaboración propia.

5.8.3. Evaluación de Impacto

A mediano plazo (6-12 meses post-intervención), se evaluará el impacto mediante:

- Incremento en la cobertura de tamizaje cervical en la parroquia
- Número de mujeres que completaron vacunación contra VPH
- Sostenibilidad de conocimientos adquiridos (evaluación de retención)
- Efecto multiplicador (mujeres que comparten información con otras)

5.9. Sostenibilidad de la Propuesta

La sostenibilidad de la estrategia se garantiza mediante las siguientes acciones:

Transferencia de capacidades. Se realizará capacitando al personal de enfermería y promotores de salud del centro de salud para que puedan replicar las sesiones educativas garantizando así la continuidad del programa. 6

Materiales reutilizables. Quedan a disposición del centro de salud las presentaciones virtuales, maquetas y guías para actividades.

Red de promotoras comunitarias. Se capacitarán las participantes de mayor compromiso como multiplicadoras de sus comunidades.

Integración a programas existentes: La estrategia se articulará con el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y las actividades regulares del centro de salud.

Grupo de WhatsApp permanente: El grupo de mensajería se mantendrá activo para recordatorios de tamizaje, información actualizada y apoyo continuo.

Conclusiones

El cáncer cérvico uterino constituye un problema de salud pública prioritario en Ecuador, con 1,792 casos nuevos y 939 muertes anuales según GLOBOCAN 2022, ubicándose como la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. A pesar de ser una enfermedad prevenible mediante vacunación contra VPH y detectable tempranamente mediante tamizaje cervical, persisten brechas significativas en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población femenina que impiden alcanzar las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en su Estrategia Global para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino. En la parroquia de El Triunfo, el diagnóstico reconoce la existencia de estas brechas y justifica el diseño de intervenciones educativas de acuerdo a la Ley Orgánica de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, ECUADOR (2024), que reconoce la educación en salud como parte de la estrategia nacional prioritaria.

El perfil sociodemográfico de las 168 personas indica que la población es mayoritariamente de joven adulto (promedio 30.8 años, DE=7.9). Se observa una fuerte prevalencia del grupo etario 25-34 años (45.8%), dato que coincide epidemiológicamente con el grupo de mayor riesgo para la aparición de lesiones precoces en el cuello uterino. Se presenta un nivel educativo que facilita el diseño de intervenciones educativas (86.9% con secundaria o superior). No obstante, el 13.1% con primaria incompleta o sin educación, se requiere de intervenciones educativas con mayor ajuste en la metodología. El análisis de asociación determinó que el nivel de educación es el único determinante sociodemográfico que se relaciona con el conocimiento sobre prevención ($\chi^2=14.926$; $p=0.021$).

La mayoría de la población estudiada presenta fallas en relación con la prevención del cáncer cérvico uterino: el 59.5% de esta población presenta un conocimiento medio-bajo. La falta de información es más crítica especialmente en relación con el Virus del Papiloma Humano (VPH. 36.3% conoce el VPH en general) 33.3% conoce acerca de la vacuna que previene el VPH y conoce su utilidad) y la vacuna que previene el VPH. Papanicolaou (41.1% ha escuchado el término; sin embargo, desconoce su utilidad) Esta es una de las brechas más críticas en el conocimiento del VPH y su impacto en el cáncer que sin dudas representa una importante limitación de carácter cognitivo hacia la adopción de conductas preventivas, lo que justifica la

implementación de programas educativos que atiendan de manera integral la cadena VPH– lesiones precoces–cáncer y las alternativas que resultan factibles.

La actitud hacia la prevención de riesgos está marcada por una paradoja. La mayoría de personas señala el valor de los exámenes de prevención (63.1%) e indica que sí está dispuesta a realizarse el Papanicolaou de forma regular (60.1%), sin embargo, solo el 10.7% señala que, de manera personal, considera tener riesgo de desarrollo de cáncer cérvico uterino. Esta baja percepción de riesgo, en la mayoría de personas incluidas en el 59.5% que dicen no sentirse vulnerables, es el eslabón que impide la adopción de conductas de prevención. Congruente con el Modelo de Creencias de Salud, la adopción de conductas de prevención requiere, no solo, percepción de la gravedad en la enfermedad, sino que la persona debe reconocerse a sí misma vulnerable; de lo contrario, las actitudes, por más favorables que se encuentren, no se traducirán en conductas de prevención de riesgo.

Las prácticas preventivas son extremadamente débiles y reflejan un patrón conductual reactivo incompatible con una prevención efectiva. Solo el 23.8% se realiza el Papanicolaou de forma regular, mientras que el 33.3% nunca se lo ha hecho, y el 22.6% solo acude cuando tiene molestias. La asociación significativa entre grupo de edad y práctica de detección ($\chi^2=16.438$; $p=0.012$) muestra que las mujeres más jóvenes son las menos adherentes: el 55.3% del grupo de edad 18-24 nunca ha realizado la prueba, lo que representa una oportunidad perdida para la detección temprana. La vacunación contra el VPH es extremadamente baja (8.9% del esquema completo, 77.4% no vacunadas), con una asociación significativa por grupo de edad ($\chi^2=12.764$; $p=0.013$) que refleja la falta de programas para la cohorte de 25-34 años y no vacunadas (80.5%) que no fueron beneficiarias de los programas de vacunación escolar.

La vergüenza se manifiesta como la principal barrera para el tamizaje cervicouterino, identificada como el principal obstáculo por el 39.3% de las encuestadas, donde el 87.5% presenta algún nivel de incomodidad para el procedimiento. Esta barrera emocional cultural tiende a ser más pronunciada por la cohorte más joven (36.8% mucha vergüenza en 18-24 versus 17.0% en 35-45), lo que sugiere que la resistencia tiende a disminuir a medida que se va familiarizando con la práctica de los exámenes ginecológicos. Otras barreras estructurales complementarias están relacionadas a la falta de conveniencia en los horarios (12.5%), falta de tiempo (11.3%) y lejanía al centro de atención (8.9%). En relación a la educación como

principal facilitador, el 93.4% de las mujeres se mostraron positivas a que se realicen actividades educativas, lo que demuestra que las mujeres tienen información en su cabeza que necesitan para que se materialicen acciones de salud preventiva.

El presente proyecto planteó la implementación de una intervención de educación popular en salud, adaptada bajo el enfoque “Mujer Informada, Mujer Protegida”, como una respuesta estratégica a las brechas identificadas en conocimiento, percepción de riesgo y manejo emocional. La propuesta consideró el diseño de un programa estructurado en cuatro ciclos formativos, a desarrollarse durante 12 semanas, abordando contenidos de anatomía, virus del papiloma humano, educación comunitaria y regulación emocional. Asimismo, se proyectó la priorización de grupos específicos y la incorporación de un sistema de acompañamiento tutorial mediante WhatsApp, con el fin de fortalecer la adherencia y el seguimiento. Desde una perspectiva de salud pública, la estimación presupuestaria de USD 1.267,75 se valoró como una inversión costo-efectiva de primer nivel, en contraste con los elevados costos económicos y sociales asociados al tratamiento de un cáncer cérvicouterino en estadio avanzado, lo que refuerza la pertinencia y sostenibilidad de la propuesta..

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) coloca, en este caso, la unidad de atención de primer nivel como la puerta de entrada al Sistema de Salud y el principal escenario para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La Parroquia El Triunfo tiene como objetivo desarrollar y poner en práctica planes educativos como los propuestos en la investigación. El Centro de Salud de El Triunfo acomete la formación y la gestión sanitaria para el primer nivel. De acuerdo al MAIS, la promoción y protección de la salud es preferible, y la mayoría de las demandas de salud de la población, hasta el 80% de la carga sanitaria, deben ser atendidas a este nivel de salud a través de la promoción, prevención, y el tratamiento oportuno y a la salud. La prevención del cáncer cérvico uterino mediante educación sanitaria, tamizaje y vacunación es precisamente el tipo de intervención que el modelo prioriza: de alta efectividad, bajo costo, aplicable masivamente y con impacto significativo en la carga de enfermedad poblacional.

La participación ciudadana y la corresponsabilidad comunitaria constituyen pilares fundamentales para el éxito y la sostenibilidad de las intervenciones de promoción de la salud, principios consagrados tanto en la Constitución de la República del Ecuador (Art. 32, 358, 359)

como en MAIS-FCI. La salud es un derecho garantizado por el Estado, sin embargo, su obtención efectiva da lugar a la participación activa de individuos, familias y comunidades como guardianes corresponsables de su propia salud. Los hallazgos de esta investigación demuestran que la población está dispuesta a ser activa (93.4% de receptividad), lo cual es un valioso capital social que debe ser activado. La estrategia “Una Mujer Informada es una Mujer Protegida” incorpora este principio a través de la formación de promotoras de salud, mujeres de la misma comunidad capacitadas para ser multiplicadoras de conocimientos y facilitadoras de acceso al tamizaje. Este enfoque de educación entre pares ha demostrado ser más efectivo que intervenciones estrictamente institucionales, ya que se aprovecha de redes de confianza existentes, ajusta los mensajes al lenguaje local y fomenta el empoderamiento comunitario sostenible.

Dado que la data es hasta el mes de octubre de 2023 y luego de la integración de los hallazgos diagnósticos con los fundamentos del MAIS-FCI, se puede concluir que, para que haya una verdadera efectividad en la prevención del cáncer cérvico uterino en la parroquia El Triunfo, se necesita de una estrategia multi nivel que contemple el fortalecimiento de las competencias del personal de salud de primer nivel, con el diseño de intervenciones educativas en derechos y enfoques culturales. Se requiere de la reestructuración de los servicios de tamizaje que elimine barreras estructurales tales como, rigidez de horarios y largos tiempos de espera. Se debe contar la activación de un seguimiento que garantice la continuidad de la cascada de cuidados desde el tamizaje hasta el tratamiento. Se debe contar con un sistema de movilización de la participación comunitaria que forme redes de promotoras y se articule con las organizaciones sociales de la comunidad. Se requiere de coordinación entre los sectores para integrar el educativo y la vacunación en los adolescentes, así como la educación sexual integral. Esta visión integral, coherente con el enfoque de Atención Primaria de Salud renovada, trasciende la intervención puntual para proyectar un modelo sostenible de prevención comunitaria del cáncer cérvico uterino

Recomendaciones

Implementar la estrategia de intervención educativa en el Centro de Salud de la parroquia El Triunfo, asignando los recursos necesarios según el presupuesto establecido. La inversión representa un costo-beneficio favorable considerando que puede prevenir casos de cáncer cuyo tratamiento supera los \$15,000 USD por paciente.

Al menos una vez al mes, se deberían flexibilizar los horarios de atención para tamizaje cervical a horarios extendidos (fines de semana o después de las 17:00) ya que el 12.6% de ellas declaró que los horarios de atención eran una barrera.

Intensificar las estrategias de vacunación contra el VPH a través de búsquedas activas considerando que el 77.1% de los participantes no ha recibido la vacuna. Aprovechar cada contacto con el sistema de salud para ofrecer la vacunación.

Replicar verticalmente la estrategia educativa en otras parroquias similares del distrito implementando un sistema de control de seguimiento de resultados para retroalimentar positivamente la estructura de las intervenciones.

Capacitar al personal de enfermería y a los promotores de salud en la metodología de la intervención, asegurando la sostenibilidad del programa al transferir competencias a al menos dos profesionales del centro.

Especificar un protocolo de atención diferencial que pueda atender la vergüenza como principal barrera al abordar la atención al tamizaje cervical: asegurar la confidencialidad, la opción de atender el examen con un profesional que sea mujer, la explicación detallada de cada fase que contiene el examen y facilitar que la paciente decida llevar una acompañante de su elección.

Generar un sistema de recordatorios, de intervención activa a través de WhatsApp, que se puede brindar a aquellas mujeres que a la fecha no tienen un tamizaje anual realizado o que poseen un resultado con la necesidad de un seguimiento, aprovechando el grupo creado en el desarrollo de la intervención como un canal de comunicación permanente.

Crear una red de promotores comunitarios seleccionando a participantes comprometidos durante la intervención que actuarán como multiplicadores de información y como enlace entre la comunidad y el centro de salud.

Referencias Bibliográficas

- Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., & Bonell, C. (2018). Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: A systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1473-1480. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1473>
- Abiodun, O. A., Olu-Abiodun, O. O., Sotunsa, J. O., & Oluwole, F. A. (2018). Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: A systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(4), 875-883. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.875>
- Agide, F. D., Garmaroudi, G., Sadeghi, R., Shakibazadeh, E., Yaseri, M., Birhanu, Z. K., & Tigabu, B. M. (2018). A systematic review of the effectiveness of health education interventions to increase cervical cancer screening uptake. *European Journal of Public Health*, 28(6), 1156-1162. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky197>
- Agurto, I., Bishop, A., Sánchez, G., Betancourt, Z., & Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.03.040>
- Aldohaian, A. I., Alshammari, S. A., & Arafah, D. M. (2019). Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among

- Saudi women: A cross-sectional observational study. *BMC Women's Health*, 19(1), Article 6. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0701-2>
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E., & Herrero, R. (2015). Epidemiology of cervical cancer in Latin America. *ecancer medical science*, 9, 577. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.577>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial N.º 449, 20 de octubre de 2008 (última reforma 2021).
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2024). *Ley Orgánica para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino*. Registro Oficial Suplemento N.º 687, 29 de octubre de 2024. <https://www.asambleanacional.gob.ec>
- Bedoya-Pilozo, C. H., Medina Magües, L. G., Espinoza-Novoa, P., Morán-Velásquez, D. G., Taiano-Rau, A., Solís-Gómez, F., Ruiz-Sosa, S., Quiñónez-Freire, G., Zambrano-Romero, M., Parrales-Valdiviezo, L., Aveiga-Calle, C., Gonzabay, K., Álvarez-Córdova, L., Cabrera-Andrade, A., León-Sosa, A., & Jaramillo-Koupermann, G. (2023). Biological, demographic, and health factors associated with HPV infection in Ecuadorian women. *Frontiers in Public Health*, 11, 1210404. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1210404>
- BMC Nursing. (2025). Unlocking prevention: The role of health literacy in cervical cancer screening—Community nursing perspective. *BMC Nursing*, 24, Article 73. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02797-4>
- Bressan, V., Stevanin, S., Bulfone, G., Zanini, A., Dante, A., & Palese, A. (2020). The PRECEDE-PROCEED model as a tool in Public Health screening: A systematic

review. *La Clinica Terapeutica*, 171(2), e167-e177.

<https://doi.org/10.7417/CT.2020.2208>

Bruni, L., Albero, G., Rowley, J., Alemany, L., Arbyn, M., Giuliano, A. R., Markowitz, L. E., Broutet, N., & Taylor, M. (2023). Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1345-e1362.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00305-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00305-4)

Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Collado, J. J., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2023). *Human Papillomavirus and Related Diseases in Ecuador. Summary Report 2023*. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. <https://hpvcentre.net/statistics/reports/ECU.pdf>

Cadavid-Jaramillo, A. M., Cardona-Arias, J. A., & Agudelo-Londoño, S. M. (2025).

Estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en indígenas:

Una experiencia de investigación-acción participativa. *Cadernos de Saúde*

Pública, 41(4), e00170423. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES00170423>

Cagle, C., Hernandez, B. Y., Colon-Lopez, V., Rivera-Andrade, A., Romaguera, J., Ortiz-Ortiz, K. J., Martinez-Ferrer, M., & Palefsky, J. M. (2021). High-risk human papillomavirus infection among women living with HIV in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 149(4), 866-877. <https://doi.org/10.1002/ijc.33605>

Cereda, D., Federici, A., Guarino, A., Serantoni, G., Coppola, L., Lemma, P., Rossi, P.

G., & Gruppo PRECEDE-PROCEED. (2020). Development and first application of an audit system for screening programs based on the PRECEDE-PROCEED

- model: An experience with breast cancer screening in the region of Lombardy (Italy). *BMC Public Health*, 20(1), Article 1778. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09842-8>
- Ciapponi, A., Bardach, A., Glujovsky, D., Gibbons, L., & Picconi, M. A. (2011). Type-specific HPV prevalence in cervical cancer and high-grade lesions in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 6(10), e25493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025493>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial Suplemento N.º 423, 21 de diciembre de 2006 (reformada 2022).
- Cui, Z., Kawasaki, H., Tsunematsu, M., Cui, Y., & Kakehashi, M. (2022). Factors affecting the cervical cancer screening behaviors of Japanese women in their 20s and 30s using a Health Belief Model: A cross-sectional study. *Current Oncology*, 29(9), 6287-6302. <https://doi.org/10.3390/curroncol29090494>
- Dsouza, J. P., Van Den Broucke, S., Pattanshetty, S., & Dhoore, W. (2022). A comparison of behavioural models explaining cervical cancer screening uptake. *BMC Women's Health*, 22(1), Article 266. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01801-2>
- Duan, L., Lu, Y., Xiao, M., Liu, Y., Li, Y., Sun, M., & Wang, J. (2023). Exploring the sources of cervical cancer screening self-efficacy among rural females: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(1), 252-263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16859>
- Fernandes, M. G., Nascimento, A. M., Rossi, L. S., Nogueira-Rodrigues, A., & Villa, L. (2022). HPV vaccination in Latin America: Coverage status, implementation

challenges and strategies to overcome it. *Frontiers in Oncology*, 12, 984449.

<https://doi.org/10.3389/fonc.2022.984449>

Freire, W. B., Ramírez-Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva-Jaramillo, K., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L. F., & Monge, R. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012-2018*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Gerend, M. A., & Shepherd, J. E. (2012). Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: Comparing the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 171-180.
<https://doi.org/10.1007/s12160-012-9366-5>

Guamán, M. E., & Quinde, J. L. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de la comunidad de Cercapata sobre el cáncer cérvico-uterino Suscal, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.

International Agency for Research on Cancer. (2022). *GLOBOCAN 2022: Ecuador fact sheet*. World Health Organization.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>

Ionescu, C. F., Dumitra, L. G., Gheorghe, T. C., & Dudea, M. D. (2024). The effectiveness of interventions targeting adolescents in HPV vaccination—A scoping review. *Medicina*, 60(9), 1550.
<https://doi.org/10.3390/medicina60091550>

Krok-Schoen, J. L., Oliveri, J. M., Young, G. S., Katz, M. L., Tatum, C. M., & Paskett, E. D. (2016). Evaluating the stage of change model to a cervical cancer screening

intervention among Ohio Appalachian women. *Women & Health*, 56(4), 468-486.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1101736>

Luque, J. S., Raychowdhury, S., & Weaver, M. (2012). Addressing the information gap:

Developing and implementing a cervical cancer prevention education campaign grounded in principles of community-based participatory action. *Health Promotion Practice*, 13(6), 873-883. <https://doi.org/10.1177/1524839912454141>

Promotion Practice, 13(6), 873-883. <https://doi.org/10.1177/1524839912454141>

Matos Bisset, A., Ali Pérez, N. A., Padrón Castillo, M., Matos Bayeau, A. A., & Cuevas

Ramos, B. (2019). Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cérvicouterino. *Acta Médica del Centro*, 13(4), 472-485.

Miller, E. E., Kachikis, A., Blume, J., Welsh, A., King, E., Stoll, K., & Halpern-Felsher,

B. (2015). Barriers to prevention: Knowledge of HPV, cervical cancer, and HPV vaccinations among African American women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(1), 65.e1-65.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.059>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Estrategia Nacional de Atención*

Integral del Cáncer en el Ecuador (ENAI) 2017-2025. Acuerdo Ministerial N.º MDT-2017-0059. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Informe anual de tamizaje molecular*

de VPH 2024. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Reglamento a la Ley Orgánica para la*

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Decreto Ejecutivo, 25 de marzo de 2025. Quito: MSP.

- Murillo, R., Almonte, M., Pereira, A., Ferrer, E., Gamboa, O. A., Jerónimo, J., & Lazcano-Ponce, E. (2016). Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*, 34(52), 6577-6584.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.06.107>
- Musa, J., Achenbach, C. J., O'Dwyer, L. C., Evans, C. T., McHugh, M., Hou, L., & Simon, M. A. (2017). Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(9), e0183924.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183924>
- Narváez Ocampo, L. J., Collazos Cerón, A. C., Daza Ocampo, K. T., Torres Camargo, Y. A., Ijají Piamba, J. E., Gómez Sandoval, D. M., & Orozco Florez, C. A. (2019). Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(3), 299-304. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2185>
- Nuño, T., Martinez, M. E., Harris, R., & García, F. (2011). A promotora-administered group education intervention to promote breast and cervical cancer screening in a rural community along the U.S.-Mexico border: A randomized controlled trial. *Cancer Causes & Control*, 22(3), 367-374. <https://doi.org/10.1007/s10552-010-9705-4>
- Onyango, O. E., Masinde, D., & Ouma, C. (2024). Enhancing cervical cancer knowledge among women of reproductive age: A dialogue-based community health education intervention in rural Kisumu County, Kenya. *BMC Women's Health*, 24(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03075-2>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública y sus problemas y metas asociados para 2030*. 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA73.2.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guía de la OMS para el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2.^a ed.). Ginebra: OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cervical Cancer Elimination Initiative: Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales* (2.^a ed.). OPS/OMS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28512>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Plan de acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030*. 55.º Consejo Directivo, Documento CD55/8. Washington, D.C.: OPS.

Ortíz Segarra, J., Vega, B., Neira, V. A., Mora, L., Guerra, G., Ortiz Mejía, J., & Pérez, V. (2021). Conocimiento y prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres con lesiones histopatológicas. Cuenca, Ecuador 2021. *Maskana*, 12(2), 51-64. <https://doi.org/10.18537/mskn.12.02.06>

- Oyedeji, O., Wisdom, T., Kintziger, K., Cernasev, A., Hohmeier, K., Hagemann, T., & Gatwood, J. (2024). Health behavior frameworks describing HPV vaccine uptake in adults: A scoping review. *SAGE Open Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1177/26320770241252935>
- Pan American Health Organization. (2023). Elimination of cervical cancer in Latin America (Project ECHO-ELA): Lessons from phase one of implementation. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.113>
- Pan American Health Organization. (2024). *Cervical cancer*. <https://www.paho.org/en/topics/cervical-cancer>
- Perez-Castells, M., Hernandez, N. D., Ribeiro, K. B., Rosa, M. I., Franco, E. L., & Castañeda-Orjuela, C. (2022). Raising awareness of cervical cancer prevention: Perspectives and challenges. *The Lancet Regional Health - Americas*, 11, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100256>
- Pierce Campbell, C. M., Menezes, L. J., Paskett, E. D., & Giuliano, A. R. (2020). Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: Where are we? *International Journal of Cancer*, 147(6), 1638-1647. <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>
- Pieters, M. M., Proeschold-Bell, R. J., Coffey, E., Gichane, M. W., Farley, E., Li, J., & Curioso, W. H. (2021). Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer screening among women in metropolitan Lima, Peru: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01431-0>

- Riquelme, H. G., Concha, P. X., & Urrutia, S. M. T. (2012). Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(2), 111-115. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000200006>
- Roncancio, A. M., Ward, K. K., Sanchez, I. A., Cano, M. A., Byrd, T. L., Vernon, S. W., Fernandez, M. E., & Fernandez-Esquer, M. E. (2015). Using the theory of planned behavior to understand cervical cancer screening among Latinas. *Health Education & Behavior*, 42(5), 621-626. <https://doi.org/10.1177/1090198115571362>
- Saei Ghare Naz, M., Kariman, N., Ebadi, A., Ozgoli, G., Ghasemi, V., & Rashidi-Fakari, F. (2018). Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: A systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(4), 875-884. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.875>
- Silva, V. A. D., Pereira, A. C. R. D. S., Guimarães, R. A., Souza, M. R., Crispim, J. A., & Lanza, F. M. (2023). Educational interventions for cervical cancer prevention: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4052. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6475.4052>
- Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., & Soerjomataram, I. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: A baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet Global Health*, 11(2), e197-e206. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00501-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0)

- Soneji, S., & Fukui, N. (2013). Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 174-182.
<https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000300003>
- Vega Crespo, B., Neira, V. A., Ortíz Segarra, J., Maldonado-Rengel, R., Van Raemdonck, V., Davalos, D. M., Vanden Broeck, D., & Verhoeven, V. (2022). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: The perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*, 22, Article 2144. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14601-y>
- Wamburu, W. M., Okunowo, A., Idowu, A., Nattey, C., Buys, A., Apffelstaedt, J., Michelow, P., Singh, E., Ramotshela, S., & Chersich, M. (2022). The effectiveness of health education interventions on cervical cancer prevention in Africa: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 28, 101853.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101853>
- Wang, H., Xu, Y., Zhang, H., & Chen, N. (2024). Determinants of HPV vaccine uptake intentions in Chinese clinical interns: An extended theory of planned behavior approach. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1345530.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1345530>
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice* (2nd ed.). WHO.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269611/>
- World Health Organization. (2024, March 5). *Cervical cancer* [Fact sheet].
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

- Yirsaw, A. N., Tefera, M., Bogale, E. K., Enyew, E. B., Tsegaye, A., Ademas, A., & Chanie, W. F. (2024). Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 24(1294). <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13055-2>
- Zhang, M., Sit, J. W. H., Chen, D. N. S., & Chan, C. W. H. (2022). Educational interventions to promote cervical cancer screening among rural populations: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6874. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116874>

ANEXOS

Anexo A: Aprobación de comité de Ética



ANEXO EO/EI-VI FORMATO DE APROBACIÓN ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y DE INTERVENCIÓN

Riobamba, 17 de noviembre de 2025
Oficio Nro. 57-CEISH-UNACH

Investigador
Jesús Alberto Criollo Ruiz
Presente.-

De mi consideración:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, a nombre del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Chimborazo (CEISH-UNACH), tengo a bien comunicarle que, una vez que este Comité ha procedido a la revisión ética, metodológica y jurídica del protocolo de investigación presentado por usted, titulado: **Estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil de 18 a 45 años residentes en la parroquia El Triunfo, provincia de Pastaza**; notifico que, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 16.- Mecanismos e instrumentos de evaluación de estudios, del Reglamento CEISH-UNACH, esta propuesta constituye una investigación de riesgo mínimo, en la que los riesgos se consideran similares o equivalentes a los de la vida diaria o de la práctica profesional de rutina. En tal sentido, se emite dictamen de aprobación por tratarse de un estudio observacional, sin uso de muestras biológicas, en el que se declara que previo a su desarrollo obtendrán el consentimiento informado de los participantes.

Descripción de la investigación presentada:

- **Tipo de estudio:** observacional descriptivo de riesgo mínimo.
- **Objetivo:** Diseñar una estrategia de intervención educativa culturalmente adaptada sobre prevención del cáncer cérvico uterino dirigida a mujeres en edad fértil (18-45 años) residentes en esta parroquia.
- **Duración:** 2 meses
- **Fecha estimada de inicio:** 20-11-2025
- **Fecha estimada de cierre:** 31-12-2025
- **Investigadores:**

| Investigador | Nombres y apellidos | Cédula de identidad | Título académico | IES | Email | Teléfono celular |
|------------------------|------------------------------|---------------------|---|-------|--|------------------|
| Investigador principal | Jesús Alberto Criollo Ruiz | 0202037149 | Licenciado en Enfermería | UNACH | ruizalbertoc1995@gmail.com | 0202037149 |
| Codirector | Verónica Rocío Tierra Tierra | 0604267112 | Magister en Enfermería con mención en Enfermería de Cuidados Críticos | UNACH | veronica.tierra@unach.edu.ec | 0993283151 |

ceish-unach@unach.edu.ec

Facultad de Ciencias de la Salud
Unach - Campus Norte
Av. Antonio José de Sucre, Km. 15
Riobamba - Ecuador

Documentación de la investigación:

| Documentos presentados | Nro. de páginas |
|--|-----------------|
| Anexo EO-Exp-1. Formulario de Solicitud de Evaluación de Estudios Expeditos | 2 |
| Anexo EO-Exp-2. Carta Compromiso del Investigador, Evaluación Expedita CEISH-UNACH | 2 |
| Anexo EO-Exp-3. Formato de confidencialidad y Manejo adecuado de la información | 2 |
| Anexo EO-Exp-4. Protocolo de Investigación para Evaluación Expedita | 2 |
| Consentimiento informado amplio | 4 |

La aprobación se otorga bajo la modalidad de evaluación exenta, al tratarse de una investigación de riesgo mínimo en la que se cumple con los principios éticos de respeto, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad y se garantiza la protección de los derechos de las participantes.

Esta certificación tiene una vigencia de un año, contado desde la fecha de su emisión. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH-UNACH.

Cualquier modificación a la documentación descrita deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación, bajo las consideraciones éticas de que el estudio no implica contacto directo con los pacientes ni uso de muestras biológicas.

Se utilizarán datos anonimizados, por lo que no se requiere consentimiento informado individual. Se cuenta con carta de intención institucional. Se respetan los principios de la Declaración de Helsinki.

Con base en el Acuerdo Ministerial No. 00005, expedido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y publicado en el Registro Oficial el 2 de agosto de 2022, en el que se establece el Reglamento Sustitutivo para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), los proyectos de investigación aprobados por un CEISH autorizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, exige que los datos deben ser custodiados por los investigadores del Ecuador en bases de datos seguras, que cumplan los criterios de anonimización. En tal sentido, se prohíbe que la custodia de los datos la realicen investigadores que no formen parte del equipo de investigación.

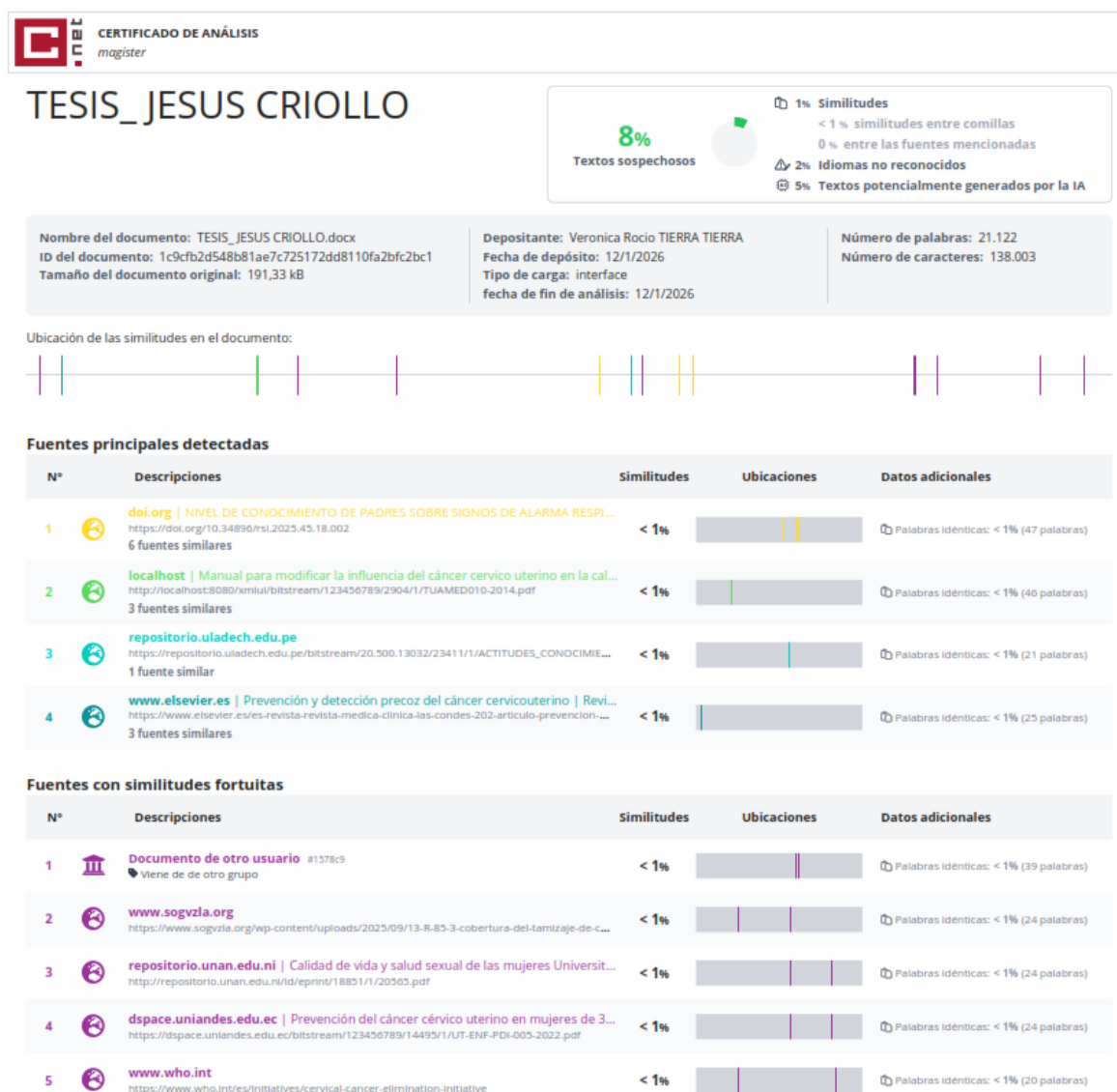
Para el informe de cierre los investigadores deberán solicitar al CEISH-UNACH el formato de informe final (Anexo EO/EI/EC-15), el que será entregado por el investigador principal en el Anexo EO/EI/EC-16.

Atentamente,

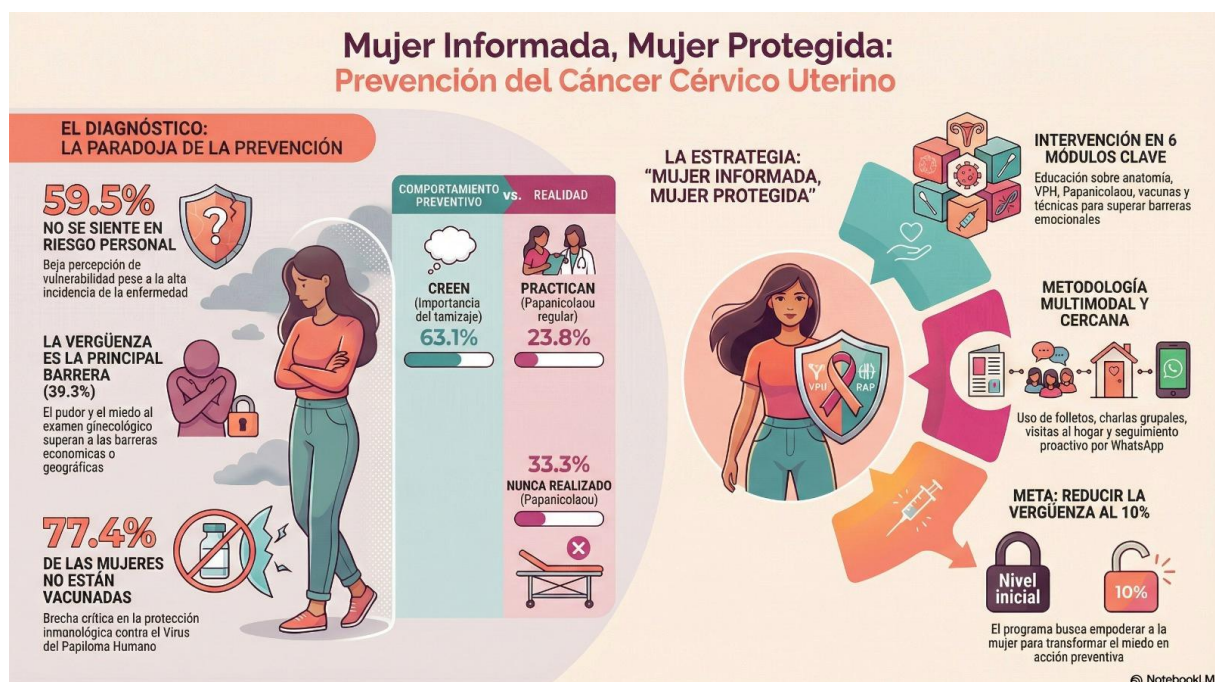
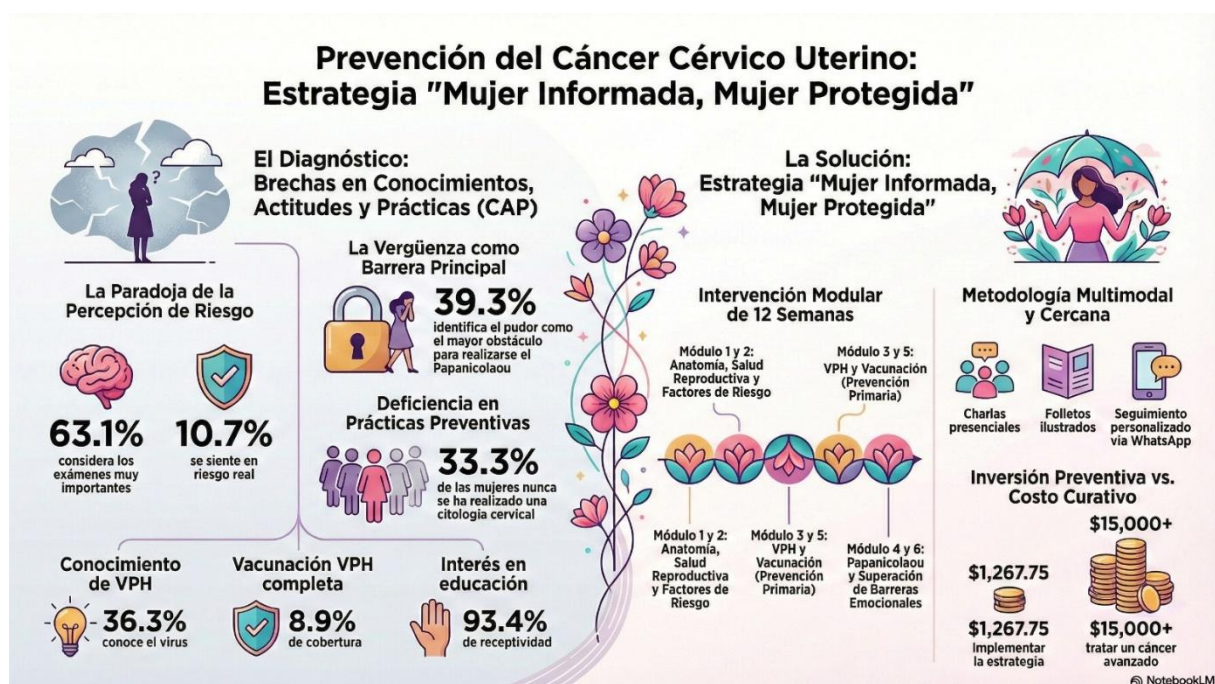


Dr. Carlos Gafas González
 Presidente
 CEISH-UNACH

Anexo B. Certificado de similitud



Anexo C. Diseño de material



Prevención del Cáncer Cérvico Uterino: Estrategia “Mujer Informada, Mujer Protegida”

EL DIAGNÓSTICO: BRECHAS ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA



Mortalidad y Vulnerabilidad en Ecuador:
Cada año se registran 1,792 casos nuevos y 939 muertes por cáncer cérvico uterino.



El 33% de las mujeres nunca se ha realizado un recalcado con Papanicolaou.



Solo el 23.8% cumple con el tamizaje anual recomendado para prevenir lesiones.



La vergüenza: El principal obstáculo psicológico. El 39.3% identifica la vergüenza como la mayor barrera para buscar atención preventiva.

Desconexión entre Importancia y Realidad



LA SOLUCIÓN: ESTRATEGIA "MUJER INFORMADA, MUJER PROTEGIDA"



INTERVENCIÓN DE 6 MÓDULOS EN 12 SEMANAS:
Sesiones grupales que cubren desde anatomía y VPH hasta técnicas para superar barreras.



METODOLOGÍA MULTIMODAL Y CERCANA:
Combina talleres presenciales, folletos ilustrados y seguimiento constante mediante grupos de WhatsApp.



Anexo D. Encuesta

Encuesta en línea: <https://forms.gle/NUqpeZevfkmRK9yk7>

ENCUESTA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Me encuentro realizando una investigación con el propósito de conocer el nivel de información que poseen las mujeres acerca de la prevención del cáncer de cuello uterino y las medidas de cuidado que adoptan. El objetivo principal de este estudio es diseñar una estrategia de intervención educativa orientada a la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres en edad fértil residentes en la parroquia El Triunfo.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Le garantizamos que sus respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad y utilizadas únicamente con fines investigativos. No existen respuestas correctas o incorrectas; lo que se busca es recoger su opinión sincera.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

Se está realizando una investigación para determinar el conocimiento de las mujeres sobre la prevención del cáncer del cuello del útero y cómo se cuidan. El objetivo de este estudio es diseñar una estrategia de intervención educativa sobre prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil residentes en la parroquia el Triunfo.

Su participación es completamente voluntaria. Sus respuestas serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo queremos conocer su opinión sincera.

¿Acepta participar en esta encuesta?

☐ Sí

☐ No

DATOS BÁSICOS

Edad *

Tu respuesta

Nivel de estudios completado *

Elige

Estado civil *

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Unión libre
- ☐ Separada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

I. CONOCIMIENTOS BÁSICOS

¿Sabe usted qué es el cáncer del cuello del útero (cáncer cérvico uterino)? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ He escuchado algo, pero no estoy segura

¿Sabe qué es el examen de Papanicolaou? *

- ☐ Sí, lo conozco y sé para qué sirve.
- ☐ He escuchado hablar de él, pero no sé exactamente para qué sirve.
- ☐ No, nunca he escuchado sobre ese examen.

¿Sabe qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ He escuchado algo, pero no estoy segura

¿Conoce la vacuna contra el VPH? *

- ☐ Sí conozco y sé para que sirve
- ☐ He escuchado de ella, pero no sé para qué sirve
- ☐ No, nunca he escuchado de esa vacuna

II. ACTITUDES Y CREENCIAS

¿Qué tan importante considera hacerse exámenes para prevenir el cáncer del cuello del útero? *

- ☐ Muy importante
- ☐ Algo importante
- ☐ Nada importante

¿Se siente en riesgo de tener cáncer del cuello del útero? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy segura

¿Estaría dispuesta a hacerse el Papanicolaou regularmente? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy segura

¿Se siente cómoda hablando sobre temas de salud íntima femenina? *

- ☐ Muy cómoda
- ☐ Algo cómoda
- ☐ Nada cómoda

¿Recomendaría a otras mujeres hacerse exámenes preventivos? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy segura

III. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

¿Se ha realizado alguna vez el examen de Papanicolaou? *

- ☐ Sí, en el último año
- ☐ Sí, hace 1-3 años
- ☐ Sí, hace más de 3 años
- ☐ Nunca me he hecho este examen

Si se ha hecho el Papanicolaou, ¿con qué frecuencia se lo hace? *

- ☐ Cada año
- ☐ Cada 2-3 años
- ☐ Solo cuando tengo molestias
- ☐ No aplica (nunca me he hecho)

¿Usa preservativo en sus relaciones sexuales? *

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ No tengo relaciones sexuales

¿Va al médico aunque no tenga molestias? *

- ☐ Sí, acudo de manera regular.
- ☐ Solo acudo cuando tengo molestias.
- ☐ Nunca he acudido al médico.

¿Ha recibido la vacuna contra el VPH? *

- ☐ Sí, recibí el esquema completo.
- ☐ Sí, pero de manera incompleta.
- ☐ No la he recibido.
- ☐ No estoy segura.

¿Ha recibido la vacuna contra el VPH? *

- ☐ Sí, recibí el esquema completo.
- ☐ Sí, pero de manera incompleta.
- ☐ No la he recibido.
- ☐ No estoy segura.

Si se ha hecho el Papanicolaou, ¿cómo han sido sus resultados? *

- ☐ Siempre han sido normales.
- ☐ En algunas ocasiones han presentado alteraciones.
- ☐ No comprendo los resultados.
- ☐ No aplica (nunca me he realizado este examen).

¿El personal de salud le explica claramente sus resultados? *

- ☐ Sí, siempre
- ☐ A veces
- ☐ No, nunca
- ☐ No aplica

V. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN

¿Qué le impide hacerse exámenes preventivos? (Marque lo más importante) *

- ☐ La distancia al centro de salud
- ☐ Los horarios no me convienen
- ☐ No tengo dinero
- ☐ Me da vergüenza
- ☐ No tengo tiempo
- ☐ Nada me impide

¿Los horarios del centro de salud se ajustan a sus necesidades? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

¿Se siente avergonzada de hacerse el Papanicolaou? *

- ☐ Mucho
- ☐ Un poco
- ☐ Nada

VI. INTERÉS EN APRENDER

¿Le gustaría participar en actividades educativas sobre prevención del cáncer del cuello del útero *

- ☐ Sí, mucho
- ☐ Sí, un poco
- ☐ No me interesa

¿Por qué medio le gustaría recibir información? (Marque el principal) *

- ☐ Capacitaciones en el centro de salud
- ☐ Visitas en casa
- ☐ Radio o televisión
- ☐ Folletos o material escrito
- ☐ WhatsApp o redes sociales

VII. DATOS CLÍNICOS

Antecedentes de infecciones de transmisión sexual: *

- ☐ Ninguno
- ☐ 1 episodio
- ☐ 2 o más episodios

[Consultas médicas por causas ginecológicas](#) en los últimos 3 años: *

- ☐ Ninguna
- ☐ 1-2 consultas
- ☐ 3 o más consultas

Papanicolaou realizados en los últimos 3 años *

- ☐ Ninguno
- ☐ 1 examen
- ☐ 2 o más exámenes

Resultados de Papanicolaou según expediente *

- ☐ Nunca realizado
- ☐ Siempre normales
- ☐ Algún resultado anormal

Diagnósticos relacionados con VPH *

- ☐ Nunca
- ☐ VPH confirmado
- ☐ Displasia o lesiones precancerosas

Cumplimiento de tratamientos prescritos *

- ☐ Cumple completamente
- ☐ Cumple parcialmente
- ☐ No cumple
- ☐ No aplica

Diagnósticos relacionados con VPH *

- ☐ Nunca
- ☐ VPH confirmado
- ☐ Displasia o lesiones precancerosas

Cumplimiento de tratamientos prescritos *

- ☐ Cumple completamente
- ☐ Cumple parcialmente
- ☐ No cumple
- ☐ No aplica

Seguimiento médico posterior a resultados anormales *

- ☐ Excelente seguimiento
- ☐ Seguimiento regular
- ☐ Seguimiento deficiente
- ☐ No aplica