

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO**

**FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS TAMARA BUNKER BIDER**

**POLICLÍNICO DOCENTE ROLANDO MONTERREY**

**Título: Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en pacientes del Consultorio 10.**

**Autora: Dra. Yanet Maceo Mosqueda**

**Residente de segundo año de Medicina General Integral**

**Tutor: Dr. Cándido Sosa Olivero**

**Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia**

**Tesis para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral**

**Moa, 2018**

## PENSAMIENTO

*“Quizás lo más útil de nuestros modestos esfuerzos en la lucha por un mundo mejor será demostrar, cuanto se puede hacer con tan poco, si todos los recursos y materiales de la sociedad se ponen al servicio del pueblo.”*

FIDEL CASTRO.



## **DEDICATORIA.**

*A todas las mujeres cubanas que han sido capaces de enfrentar esta enfermedad que cada año afecta a un mayor número de féminas en nuestro país.*

## **AGRADECIMIENTOS**

- Agradecer es demostrar sentimientos de gratitud con aquellos que cuando los necesitamos nos ayudan, por eso quiero agradecerles.
- A mis padres por estar siempre a mi lado apoyándome y en especial a mama que ha sido la persona más importante en toda mi vida personal y laboral.
- A mi novio por su apoyo incondicional.
- A la Revolución por permitirme realizar mis sueños de ser Doctora.
- A DIOS por ser capaz de darme Amor y Sabiduría para ejercer mi profesión.
- A mi tutor que, aunque se encuentre lejos a tenido dedicación para atenderme.
- A mi amiga Marelvís porque gracias a ella todos mis documentos son impresos.

A TODOS MUCHAS GRACIAS

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio explicativo de intervención comunitaria con el objetivo de elevar los conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en las mujeres del CMF#10 del Policlínico Rolando Monterrey del municipio Moa, provincia Holguín en el periodo de enero 2017-febrero 2018. De un universo de 80 mujeres de 18-59 años que presentaron algún factor de riesgo, la muestra estuvo formada por 20 mujeres seleccionadas aleatoriamente. La finalidad de este trabajo fue elevar el nivel de conocimientos de las pacientes para modificar los factores de riesgo del cáncer cervico uterino. Para ello se analizaron las variables: Edad, grado de escolaridad, factores de riesgo, nivel de conocimiento. Como factores de riesgo predominantes se encontraron: la conducta sexual, inicio de relaciones sexuales, presencia de SFV e infección por el HVP. Para dar cumplimiento a los objetivos se revisaron las historias de salud individual, se aplicaron técnicas afectivo participativas y un cuestionario que nos permitió obtener la distribución de frecuencia y porcentaje. Los resultados fueron descritos, interpretados y comparados con otros estudios que permitió concluir que predominaron las mujeres de 30-39 años y preuniversitarias, que se incrementaron los conocimientos sobre los factores de riesgo, lo que demostró la efectividad de esta estrategia, logrando demostrar el cumplimiento de los objetivos.

Palabras claves. Cáncer cérvico uterino, factores de riesgo.

## INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Problema científico .....	4
1.2. Objetivos .....	4
CAPITULO II. MARCO TEORICO .....	5
2.1. Aspectos epidemiológicos .....	5
2.2. Historia natural de la enfermedad .....	8
2.3. Clasificación histológica .....	9
2.4. Clasificación clínica del cáncer cervicouterino .....	12
2.5. Prevención .....	18
2.6. Técnicas afectivo-participativas como herramientas del trabajo en grupos. La intervención educativa. ....	20
CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	25
3.1. Material y método .....	25
3.2. Metodica .....	25
3.3. Operacionalización de las variables .....	27
3.4. Técnicas y procedimientos .....	28
CAPITULO IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....	34
CONCLUSIONES .....	39
RECOMENDACIONES: .....	40
BIBLIOGRAFIA .....	41
ANEXOS .....	49

## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia han existido enfermedades que para las personas tenían connotaciones mágicas demoniacas o sagradas, en la antigüedad era la lepra, la sífilis en la edad media, actualmente es el cáncer, considerado como enfermedad crónica no transmisible más difícil de controlar <sup>1</sup>.

Desde los tiempos de la antigüedad el maestro de la medicina Aristóteles hizo una excelente observación acerca del cáncer cuando lo comparó con un cangrejo por sus semejanzas morfológicas y ese término ha permanecido hasta hoy y sus aportes fueron esenciales en la búsqueda de respuestas en cadáveres estudiados posteriormente. Este se presenta ante la ciencia médica como un importante problema de salud, dada la alta morbilidad que produce y lo poco esclarecido de su etiología, en la mayoría de los casos <sup>2</sup>.

El cáncer del cuello uterino representa un serio problema de salud a nivel mundial y muy especialmente en países subdesarrollados, donde se comporta como la enfermedad maligna más frecuente en el sexo femenino y es causa común de muerte en las mujeres de mediana edad <sup>3</sup>. Es un proceso anarco proliferativo celular que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hiperchromía, mitosis anormales y polimorfismo celular<sup>2</sup>. Es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer precedido por el de mama <sup>4,5</sup>.

Existen tres grandes áreas geográficas consideradas de alto riesgo de padecer la enfermedad, debido a que el cáncer está ocupando los primeros lugares en incidencia y mortalidad. Estas son: África Sub-sahariana, América Latina (América Central, América del Sur y el Caribe) y países del sureste asiático.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 466 000 nuevos casos de cáncer cérvico uterino y que mueren 231 000 mujeres por esta oncopatía<sup>012342121</sup>; 80 % de ellas proceden de países en vías de desarrollo. En los países de América Latina y de la región del Caribe a pesar de tener programas priorizados las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40 %; y fallecen más de trescientas mil mujeres

por esta causa, 52 000 nuevos casos son diagnosticados, con tendencia al incremento. Entre los países de mayor incidencia se encuentran, Colombia, Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú donde es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres, se estima que cada año se presentan alrededor de 5000 nuevos casos (incidencia acumulada de 30,9 x 100 000 mujeres) y representa 44 924 años de vida perdidos ajustados por discapacidad <sup>6</sup>. Las mayores tasas de muerte en América se describen en Colombia. Para el año 2005, el 76,5% de las mujeres entre 25 y 69 años se había realizado una citología en los últimos tres años, sin embargo, el cáncer de cuello uterino constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de esa región <sup>7</sup>.

A partir de la década de los años ochenta se ha identificado al virus del papiloma humano (VPH) como una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad; así, Walboomers y colaboradores han informado que el CaCu invasor se asocia con la presencia de VPH en 99.7% de los casos. <sup>8-12</sup> Otros factores deben coincidir con el VPH, ya que se notifica una prevalencia de 38% de infección por VPH en mujeres sanas jóvenes, misma que puede remitir con el tiempo. Entre esos factores se encuentran el nivel socioeconómico bajo; el inicio temprano de la vida sexual; el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales; la edad temprana del primer embarazo; tres o más partos; el uso de anticonceptivos hormonales, y el tabaquismo <sup>13-</sup>

19.

En Cuba, al igual que en el resto del mundo, el cáncer cérvico uterino se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años; su incidencia es de 21 % <sup>20</sup>.

En nuestro país el cáncer cervical ocupa el cuarto lugar en incidencia y el quinto en mortalidad. En cuanto a la mortalidad Cuba es de los países con tasas intermedias en Las Américas, similar a Panamá, Argentina y Uruguay <sup>21</sup>.

La Isla de la Juventud, sigue siendo el territorio de Cuba con mayor porcentaje de casos de neoplasias malignas en comparación con la población total. Durante el año 2017 el territorio reportó una tasa de mortalidad ajustada por cáncer para todas las edades de 141,3 fallecidos por 100.000 habitantes, tasa 1,2 veces mayor a la del país (117,6 fallecidos por 100.000 habitantes) <sup>22</sup>.



En la provincia de Holguín en el año 2017 se realizaron 38944 citologías orgánicas, fueron detectados 3346 casos nuevos y fallecieron 28 mujeres por cáncer cérvico uterino para una tasa de 7,1%. En el Municipio de Moa en el año 2017 se realizaron 7203 citologías orgánicas, fueron detectados 370 casos nuevos y fallecieron 2 mujeres por esta misma causa, para una tasa de 7,6%. En el área de salud del policlínico Rolando Monterrey en el año 2017 se realizaron 1800 citologías orgánicas, en el 2018 hasta el mes de marzo se habían realizado 1203 citologías, 30 pacientes presentaron lesiones intraepiteliales y 7 carcinomas in situ. En el 2017 falleció una mujer por cáncer cérvico uterino, en lo que va de año 2018 no ha fallecido ninguna mujer.

El grupo de mujeres con citología positiva a un cáncer cérvico uterino estudiadas en el área del Policlínico Rolando Monterrey se caracteriza por tener edades comprendidas entre los 35 a 59 años, e iniciar sus relaciones sexuales de forma temprana <sup>23</sup>.

Con el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, la incorporación del médico y la enfermera de la familia en la ejecución del Programa de Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino y el mejoramiento continuo de los servicios de salud, así como el incremento del desarrollo tecnológico, ha posibilitado un diagnóstico más efectivo y oportuno en la atención a las mujeres en el área de salud del Policlínico Integral Docente Rolando Monterrey.

La Educación para la Salud se define por la OPS/OMS, como la disciplina encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos y la comunidad. Mediante el trabajo educativo y la promoción de salud, se logra un alto nivel en la cultura sanitaria de la población y determina el estado de salud de esta.

El objetivo de educar a la población femenina y elevar sus conocimientos, no es solo presentar los hechos para llenar un espacio vacío de información, sino exponerlos de tal forma que ellas modifiquen sus actitudes, definan sus propios problemas, cómo solucionarlos, demostrar junto a ellas lo verdadero y lo falso de los conocimientos, desarrollar una mentalidad crítica y participativa, capacitar a los individuos o grupos para auto responsabilizarse con su salud, modificar en sentido favorable los conocimientos, valores y comportamientos, hábitos contrarios, influenciando de esta manera su calidad

de vida. En este sentido juega un papel muy importante el equipo básico de salud, capacitado para llevar a cabo esta tarea el que cuenta con todas las condiciones para realizar un trabajo educativo creativo al entrar en contacto directo con las pacientes <sup>24,26</sup>.

En nuestro consultorio existe un gran número de mujeres que presentan factores de riesgo a padecer cáncer cérvico uterino y que no asisten en tiempo a la realización de la prueba citológica por lo que la incidencia de esta entidad ha aumentado en los últimos años en nuestra área de salud lo que justifica la siguiente investigación.

### **1.1. Problema científico**

¿Cómo contribuir a elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino en mujeres con riesgo a padecerlo en el CMF#10?

### **1.2. Objetivos**

#### **General**

Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en la población femenina de 18 a 59 años del consultorio médico #10 perteneciente al Policlínico Universitario Rolando Monterrey, del Municipio Moa, Provincia de Holguín, en el periodo de enero 2017 a febrero del 2018.

#### **Específicos:**

1. Caracterizar la población femenina según variables sociodemográficas.
2. Determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.
3. Evaluar el conocimiento adquirido después de la intervención educativa.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

### **2.1. Aspectos epidemiológicos**

En todo el mundo, el cáncer cérvico uterino es la segunda neoplasia maligna más común en la población femenina y sigue ocupando el primer lugar como causa de mortalidad en los países en desarrollo. <sup>27</sup>

En la mayoría de estos lugares, el número de casos de cáncer invasor se incrementa con la edad, alcanzando la mayor incidencia en las mujeres con edades entre 50 y 60 años. Alrededor del 80-90% de los casos confirmados en países en desarrollo ocurren entre las mujeres de 35 años y más.

A finales de la década de los años 90, se investigaba la evidencia epidemiológica de la relación de la infección por VPH y el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Entre estas investigaciones se encuentra la realizada por Muñoz y Bosch en 1976. Se menciona que alrededor del 90% de los casos de cáncer cervical pueden estar relacionados con ciertos tipos de virus papiloma humano.

Se han identificado más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, sólo alrededor de 15 de ellos son considerados altamente oncogénicos o más estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer cérvico uterino: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82.

El análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de nueve países, que incluyeron a 1918 mujeres con cáncer cérvico uterino indicó que tan sólo ocho tipos de VPH contabilizan el 95% de los casos de cáncer cervical (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58) (7). Tan solo el VPH 16 estuvo asociado al 50-60% de los casos y el VPH 18, con el 10-12%<sup>8, 10, 12</sup>.

Sin embargo, aun cuando se ha comprobado que la infección persistente por estos tipos de VPH oncogénicos es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino, se ha demostrado también que la infección persistente es la causa necesaria, pero no la única suficiente para que las lesiones precursoras evolucionen al cáncer.<sup>8, 12</sup>

La infección por VPH es una de las más comunes entre las infecciones de transmisión sexual; no obstante, en la gran mayoría de los casos en los que se presenta, desaparece, regresa o se vuelve indetectable en uno o dos años<sup>13, 28</sup>.

En más del 90% de los casos de cáncer se encuentra presente la infección por VPH, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, ello hace suponer que existen factores que están asociados directa o

indirectamente con el aumento en la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras o cáncer.

Entre los factores que se han identificado se encuentran el tabaquismo, el estado nutricional, la respuesta del sistema inmunológico, la paridad, otras infecciones de transmisión sexual, la inmunosupresión (particularmente en el caso de la infección por VIH). Otros factores como la edad de inicio de vida sexual activa (heterosexual), el número de parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, se les considera en la probabilidad de contraer el VPH, pero no se les considera factores para la evolución de infección por VPH a cáncer<sup>9, 10,29</sup>.

Recientemente se ha reflexionado acerca de la influencia de otras variables como cofactores en el desarrollo del cáncer cérvico uterino, como la paridad elevada y el uso prolongado de anticonceptivos orales.

La investigación realizada por Muñoz, que comparte datos de ocho casos de estudio y testigos sobre cáncer cérvico uterino y dos de cáncer in situ, en cuatro continentes, sugiere que las mujeres con tres o cuatro embarazos a término presentaban 2,6 veces más alto de desarrollar cáncer que aquellas mujeres nulíparas; en tanto que las mujeres con siete partos o más tenían 3,8 veces mayor riesgo <sup>13, 18,30</sup>.

Otros estudios reafirman esta relación entre alta paridad y cáncer cérvico uterino aún no se han determinado las razones fisiológicas de esta relación; sin embargo, se ha considerado que los cambios hormonales relacionados con el embarazo y los traumatismos cervicales en el momento del parto pudiesen tener alguna relación.

Por otro lado, algunas investigaciones como la de Moreno, (2002) han estudiado la relación potencial entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y el desarrollo de cáncer cérvico uterino. El análisis que hicieron estos investigadores de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos de pacientes con cáncer cérvico uterino in situ e invasor, indica que el uso por un plazo prolongado (alrededor de diez años) de anticonceptivos orales aumenta hasta cuatro veces el riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino en las mujeres que tenían además infección por virus del papiloma humano.

Tomando en consideración estos hallazgos, la Organización Mundial de la Salud convocó a una reunión de expertos en el año 2002 para analizar la relación entre el uso de anticonceptivos orales, alta paridad y cáncer cérvico uterino <sup>14, 31,32</sup>.

El grupo publicó recomendaciones acerca de la manera de prescribir anticonceptivos orales. Algunos artículos informan que tener algún familiar en primer grado (hermana, madre o hija) con cáncer de cuello uterino se relaciona positivamente con neoplasias intraepiteliales cervicales, pero el tema aún se discute por falta de consistencia de los resultados al comparar diferentes poblaciones étnicas.

Entre los factores que aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino, se encuentra claramente identificado el consumo de tabaco. Algunos estudios indican que las mujeres fumadoras tienen un riesgo de al menos el doble que las mujeres no fumadoras de desarrollar lesiones precursoras y cáncer cervical<sup>33,35</sup>.

Las mujeres infectadas por VIH tienen una mayor susceptibilidad de contraer los tipos de VPH altamente oncogénicos, de presentar lesiones precursoras y de manera más rápida que las mujeres seronegativas en el mismo grupo de edad <sup>8, 36,38</sup>.

Entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer cérvico uterino, se encuentran las infecciones concomitantes de VPH y otros agentes de transmisión sexual como la *Chlamydia trachomatis* y el virus de herpes simple tipo 2 (HSV-2), las mujeres que presentan estas infecciones concomitantes tienen una mayor probabilidad de desarrollarlo que las mujeres sin infecciones. De manera particular, se ha estudiado esta relación entre infecciones concomitantes en un análisis de siete estudios de casos y testigos, en él se revisó el efecto de la infección por virus de herpes simple tipo 2 en el desarrollo de cáncer cérvico uterino invasor; se encontró que en las mujeres que fueron seropositivas al ADN de VPH, el HSV-2 presentó una relación de riesgo hasta tres veces mayor de desarrollar cáncer cervical <sup>15,239</sup>.

La infección por VPH es el factor que se encuentra más directamente relacionado con el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino; sin embargo, en sí mismo no es el único determinante, deben estar presentes e interactuar otro tipo de factores como

el tipo de virus que esté presente (de los tipos de alto riesgo oncogénico), la carga viral, la respuesta del sistema inmunológico de la mujer, su estado nutricional, si existen otras infecciones de transmisión sexual concomitantes, si dichas infecciones han sido persistentes. Un porcentaje importante de infecciones por VPH regresa espontáneamente o se mantiene en estado latente durante años, por lo que es importante ser cuidadosos con la información que se maneja respecto a la infección por este tipo de virus, que además es bastante frecuente y común en nuestro país <sup>40</sup>.

## **2.2. Historia natural de la enfermedad**

Las condiciones especiales del cáncer cérvico uterino hacen que este, sea posiblemente, la neoplasia sobre la que más se haya estudiado en relación con su historia natural, lo cual ha hecho que mucho se haya avanzado en este campo. En 1969, Richard y Barrón demostraron que existe un proceso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con NIC I a NIC III y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor. Dichos autores publicaron los tiempos de transmisión citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3 o 4 años siguientes, aparecerá el carcinoma in situ, y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron, e incluso, algunas regresaron.

En síntesis, éste es el modelo que casi todos manejamos, que con la introducción de la colposcopia se vio aparentemente confirmado, porque cuando los colposcopistas empezaron a examinar los frotis de mujeres de distintas edades y grados de anormalidad en los exámenes, se hizo evidente que había una distribución heterogénea de los diferentes grados de cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que hay diferencia temporal en la distribución de las lesiones de alto y bajo grado, e indica que puede haber una progresión. Pero es importante tener presente que todas las lesiones precancerosas no solamente son de bajo y alto grados, sino que tienen un cierto tamaño y su estructura es tridimensional. Muchas lesiones no son puramente de bajo o alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambas. Es muy grande la probabilidad de que las lesiones precancerosas grandes, de alto grado, desarrollen cáncer invasor. Una tercera parte del total de las mujeres con lesiones grandes de alto grado que persisten en la biopsia y en la citología desarrollarán cáncer invasor en 20 años. El

antiguo concepto de que esta lesión comenzaba con una displasia leve (NIC I, lesión de bajo grado) que evolucionaría indefectiblemente hasta un cáncer invasor y finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico.

Por el contrario, se ha demostrado que un alto número de NIC, regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar. El 60% de las lesiones de HPV y NIC I (bajo grado) regresan en unos 2 o 3 años. Sólo el 15% desarrollan lesiones de mayor grado en 3 o 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor. Para este es necesaria la aparición de cofactores en los que uno de los cambios importantes puede ser una reducción de las células del sistema inmunológico al nivel del cuello del útero. Si utilizamos la edad promedio de las mujeres con diversas lesiones neoplásicas, para trazar el tiempo de evolución desde displasia leve a carcinoma invasor y finalmente a la muerte, según Ferenczy, citado en la oncena edición del Tratado de Ginecología de Novak. Tenemos el esquema de la evolución del cáncer cérvico uterino. El conocimiento de la historia natural de esta enfermedad es fundamental para su correcto manejo médico, no sólo desde el punto de vista de la atención psicológica y emocional de estas mujeres, que, si no son correctamente orientadas, sufrirán durante años, el temor de morir por una terrible enfermedad, lo que no está justificado <sup>41,44</sup>.

### **2.3. Clasificación histológica**

Las neoplasias malignas del aparato reproductor femenino, tienen desde el punto de vista histológico, orígenes y comportamientos de acuerdo con los sitios anatómicos establecidos mundialmente por el comité internacional contra el cáncer (VICC). El cáncer de cuello de útero es uno de los más comunes en la mujer; su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta décadas de la vida, y existen en su origen factores de riesgo que favorecen la iniciación del mismo, tales como: las relaciones sexuales antes de los dieciocho años, el hábito de fumar, varias parejas sexuales y la falta de protección sexual.

Se ha demostrado que el virus del papiloma humano (HPV) constituye un factor causal importante, y que participa en la iniciación y progresión de la enfermedad; existen más de 100 subtipos virales de HPV, pero el 16 y el 18 provocan el 70 % del cáncer cervical. El cáncer de cuello es uno de los pocos que presenta una etapa pre maligna bien definida,

llamada displasia, que va desde leve(I) a moderada(II) y severa(III); si estas son tratadas adecuadamente, puede evitarse el mismo. Además, existen pruebas sencillas para su detección precoz, como la prueba citológica vaginal, de bajo costo y alta eficacia.

Desde el punto de vista histológico, existen dos subtipos fundamentales: el carcinoma de células escamosas (epidermoide), con un 80-85 %, que se origina en el epitelio del exocérnix, y el adenocarcinoma (15-20 %), que se inicia en las glándulas del canal endocervical. Para establecer el diagnóstico, se procede de diferentes formas: prueba citológica positiva, con colposcopia y toma de biopsia dirigida a zonas sospechosas del cérnix, conización del mismo en citodiagnóstico positivo sin zonas sospechosas, y biopsia por ponchamiento en las lesiones visibles a la inspección, en consulta. Una vez confirmado el diagnóstico mediante los procedimientos mencionados, se realizan exámenes complementarios para precisar el estadiamiento: hemograma, creatinina, Rx. de tórax, ultrasonido abdominal y ginecológico, cistoscopia, para lograr establecer las etapas clínicas (I, II, III, IV) según criterios internacionales adoptados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. La diseminación del tumor ocurre a través de los vasos linfáticos paracervicales, hasta el parametrio, los ganglios pélvicos y paraórticos. La vía linfática, es la principal; existe otra, que es por invasión directa a la vagina, vejiga, recto, y una tercera, poco frecuente, que es a distancia y por vía hematogena, a pulmón, huesos, hígado, etc. El tratamiento de esta enfermedad es la intervención quirúrgica para las etapas tempranas y bien identificadas (hasta Ib1), y la radioterapia, de elección para todas las etapas.

Esta última modalidad se divide en: radiaciones externas (tele terapia) y radiaciones internas (braquiterapia); en las últimas décadas, se ha asociado a estas la quimioterapia concurrente con platino, con muy buenos resultados. Existen también factores pronósticos de gran importancia, como: la cifra de hemoglobina al momento del diagnóstico (por encima de 10g %), tamaño tumoral (menor de 4cm), mujer joven, variedad histológica (epidermoide bien diferenciado), que predicen mejores comportamiento y resultados en la supervivencia. El cuello uterino presenta 2 tipos de epitelio, el pavimentoso estratificado que reviste el exocérnix que se proyecta en la vagina, y el cilíndrico simple, formado de hendiduras que son comúnmente conocidas como glándulas endocervicales. El endocérnix y el exocérnix se encuentran uno con el



otro en el punto de unión escamocolumnar. Por lo general, en las mujeres jóvenes esta conjunción se encuentra localizada más o menos al nivel del orificio externo del cuello, pero en las mujeres menopáusicas penetra más arriba dentro del canal cervical. El adenocarcinoma del cuello se origina en el epitelio cilíndrico simple del canal cervical y es el menos frecuente, pero debido a su forma de crecimiento tiene peor pronóstico que el carcinoma epidermoide.

En la clasificación histológica, un tumor se diagnostica con su porción más diferenciada y se clasifica en grados según su porción menos diferenciada. Ésta se denomina clasificación de Botel y está basada fundamentalmente en la anaplasia celular.

Grado I. 25 % de anaplasia celular.

Grado II. 25 a 50 % de anaplasia celular.

Grado III. 50 a 75 % de anaplasia celular.

Grado IV. Más del 75 % de células anaplásicas.

Criterios clínicos de extensión.

La extensión de este tipo de cáncer puede efectuarse en tres formas principales:

- Propagación por continuidad.
- Propagación a los ganglios linfáticos.
- Metástasis a distancia.

#### **Propagación por continuidad. Puede ser:**

1. Hacia delante: vejiga y uréter.
2. Hacia atrás: recto.
3. Hacia los lados: parametrio.
4. Hacia arriba: cuerpo del útero.
5. Hacia abajo: vagina.

#### **Propagación a los ganglios linfáticos.**

Los vasos linfáticos pueden sufrir invasión, incluso por tumores en estadios tempranos. El tumor tiende a localizarse en la luz del canal linfático y desde ahí propagarse por

extensión directa. Aunque las posibilidades son diversas de un caso a otro los ganglios más frecuentemente afectados son los paracervicales, hipogástricos, ilíacos externos y obturadores. Éstos son los llamados ganglios linfáticos primarios. Los conocidos como ganglios secundarios (sacros, ilíacos comunes, aórticos e inguinales) se afectan con menos frecuencia.

### **Metástasis a distancia.**

La invasión vascular sanguínea y linfática permite al tumor diseminarse a partes distantes del organismo. Aproximadamente el 30 % del total de las pacientes que fallecen por cáncer cérvico uterino, presentan metástasis en hígado, pulmones, bazo y en menor proporción en otras vísceras. El crecimiento y la propagación del tumor dan lugar a diferentes etapas clínicas <sup>30, 44,46</sup>.

## **2.4. Clasificación clínica del cáncer cérvico uterino**

La clasificación clínica es fundamental para establecer la estrategia del tratamiento que se utilizará y para predecir la supervivencia posterior de la paciente. Se han propuesto varias clasificaciones, pero la más utilizada, internacionalmente, es la adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia <sup>FIGO</sup>.

### **Etiopatogenia:**

Las lesiones precursoras de un carcinoma invasor (displasias y carcinoma in situ) generalmente se originan en la unión escamo-columnar. La evolución es impredecible (varía entre 1 y 10-12 años).

Cuando las células penetran la membrana basal subyacente al epitelio y el estroma se infiltra, se considera invasor.

### **Diseminación:**

- Contigüidad:
  - ☐ Porción superior de la vagina.
  - ☐ Parametrio.
  - ☐ Pared de la pelvis.

- Linfática:
  - ☐ Linfáticos paracervicales.
  - ☐ Cadena de linfonodos pélvicos.
  - ☐ Cadena iliaca común.
  - ☐ Linfonodos paraórticos.
- Hemática: es poco común:
  - ☐ Hueso.
  - ☐ Hígado.
  - ☐ Pulmón.

### **Clasificación:**

1. Carcinoma de células escamosas (epidermoide): 80%.
2. Adenocarcinoma (células grandes): 15%.
3. Otros: carcinoma adenoescamoso.

### **Carcinoma de células pequeñas.**

El adenocarcinoma es el de peor pronóstico, debido a:

- ☐ Metastiza precozmente.
- ☐ Potencialmente agresivo.
- ☐ Hay dificultad para el diagnóstico precoz, por su origen en las glándulas endocervicales.
- ☐ Tiene crecimiento endofítico.
- ☐ Es relativamente resistente a la radioterapia.
- ☐ Cuando las lesiones son mayores de 3cm, las recidivas luego de la radioterapia o cirugía aumentan significativamente.
- ☐ En menores de 36 años la agresividad es mayor.

### **CCU:**

En estadios iniciales generalmente es asintomático.

Estadios avanzados:

- Sangramientos vaginales: menorragias, metrorragias, sangramiento post-coito o postmenopausia.
- Leucorrea fétida.
- Puede aparecer dolor tardíamente.
- Puede afectar vejiga, recto, producir edema unilateral en miembros inferiores, pérdida de peso, e insuficiencia renal.

---

### **Clasificación por etapas del carcinoma de cérvix, adoptado por la FIGO.**

Carcinoma pre invasor.

---

Etapa 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial. Los casos de etapa 0 no deben incluirse en ninguna de las cifras estadísticas terapéuticas del carcinoma invasor.

Carcinoma invasor

- |             |   |
|-------------|---|
| Etapa I     | Carcinoma estrictamente limitado al cuello. (Debe descartarse extensión al cuerpo).   |
| Etapa I a   | Carcinomas preclínicos cervicales. Sólo los diagnosticados por microscopía.   |
| Etapa I a 1 | Evidencia microscópica mínima de invasión al estroma.   |
| Etapa I a 2 | Lesiones detectadas microscópicamente que pueden medirse. El límite superior de la medición no debe mostrar una profundidad de invasión de más de 5 mm desde la base del epitelio, ya sea de superficie o glandular, del que se origina; y una segunda dimensión, la dimensión horizontal no debe exceder los 7 mm. Lesiones más grandes deben clasificarse como I b. |
| Etapa I b   | Lesiones con dimensiones más grandes que el estadio I a 2 observables clínicamente o no.  |
| Etapa II    | El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no alcanza la pared pélvica, afecta la vagina pero no en su tercio inferior.   |
| Etapa II a  | No hay afección parametrial obvia.  |
| Etapa II b  | Con afección parametrial obvia.   |
| Etapa III   | El carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y afecta el tercio inferior de la vagina. En el tacto rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Deben incluirse todos los casos de hidronefrosis o riñón no funcionando, a menos que se sepan debidos a otras causas.  |
| Etapa III a | No hay extensión sobre la pared pélvica.  |
| Etapa III b | Extensión sobre la pared pélvica, hidronefrosis, riñón no funcionando, o ambas cosas.   |

Etapa IV	El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta clínicamente la mucosa vesical o rectal. Un edema buloso en sí no justifica clasificar a una paciente en etapa IV.
Etapa IV a	Diseminación del tumor a órganos adyacentes.
Etapa IV b	Diseminación a órganos distantes (44, 47,49).

---

#### **Factores de pronóstico:**

- ☐ Volumen tumoral: la sobrevida cuando el tumor es menor de 3cm es de 85-90%, cuando es mayor es de 63%.
- ☐ Aspecto macroscópico: tumor exofítico generalmente son bien oxigenados y sensibles a radioterapia al contrario de los ulcerados e infiltrantes.
- ☐ Invasión vaginal o endometrial: cuando afecta cuerpo aumenta al doble la probabilidad de metástasis a distancia.
- ☐ Metástasis linfonodal regional (pélvica) o a distancia (paraórtica): disminuye sobrevida de 90% a 65%.
- ☐ Diferenciación del tumor: las escasas diferenciadas se asocian más a metástasis de linfonodos y a distancia, así como recidivas. No así los bien diferenciados.
- ☐ Profundidad de la invasión: se asocia a afección de los linfonodos y recidivas, disminuye la sobrevida.
- ☐ Invasión vascular: cuando se afectan los vasos sanguíneos, generalmente lo hacen con los linfáticos.
- ☐ Metástasis a distancia: tiene pésimo pronóstico.

#### **Tratamiento:**

- **Estadio 0: las lesiones cervicales se tratan con:**
  - ☐ LEEP: procedimiento de escisión electroquirúrgica.
  - ☐ Terapia a laser.
  - ☐ Conización.
  - ☐ Crioterapia.
- **Estadio IA:**

- Histerectomía total: profundidad > 3mm.
- Conización: si profundidad < 3mm y no hay compromiso linfático ni nodular.
- Histerectomía radical: con linfadenectomía pélvica en pacientes que tengan 5mm o más de profundidad de la lesión.
- Braquiterapia aislada: cuando la profundidad es < 3mm y no hay compromiso vascular ni nodular y no son candidatas para la cirugía.
- **Estadio IB:**
  - Radioterapia: externa + braquiterapia.
  - Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral: en pacientes jóvenes puede respetarse los ovarios si están sanos.
  - Radiación pélvica total + quimioterapia.
- **Estadio IIB, III e IVA:**
  - Radioterapia + quimioterapia.
- **Estadio IVB y recidivas post-cirugía:**
  - Radioterapia + quimioterapia (50).

#### **Seguimiento:**

- Enfermedad pre-invasiva: intervalo de 4-6 meses por 2 años y luego anualmente.
- Enfermedad invasiva: cada 3 meses por 2 años y luego cada 6 meses.

#### **Otra clasificación**

Otra clasificación es la del Sistema Bethesda, surgida en 1988 en la ciudad de Bethesda, EE.UU., donde se reunieron diferentes sociedades de patólogos – ginecólogos para estudiar las diferentes nomenclaturas conocidas hasta la fecha y en vistas de que el virus del papiloma humano (HPV) se asocia como precursor del cáncer cervical y con afecciones del tracto genital inferior, se acordó una nueva nomenclatura conocida con este nombre.

## SISTEMA BETHESDA

Lesiones de bajo grado.			Lesiones de alto grado.		
HPV	NIC I + HPV	NIC I sin HPV	NIC II	NIC III	Cancer in situ

Hay numerosos escépticos en relación con este sistema. En Cuba continuamos trabajando con la clasificación NIC, que es la recomendada por la OMS y nos mantenemos a la expectativa acerca de resultados a que pueda llegar la clasificación de Bethesda 44, 47, 48,51.

### 2.5. Prevención

La prevención de cáncer cérvico uterino requiere de la corresponsabilidad de la población en general, de las mujeres en particular y de los miembros del equipo de salud.

En esta corresponsabilidad corresponde al equipo de salud tener presente que la lesión precursora directa del cáncer cervical es la displasia severa y que esta lesión progresa a cáncer en un período de alrededor de 10 años. Si la lesión es detectada y tratada durante este período, es posible prevenir el desarrollo del cáncer; que la principal razón de una baja incidencia de cáncer en los países desarrollados es que las mujeres son tamizadas de manera regular para detectar lesiones precursoras o precancerosas y que actualmente la técnica de tamizaje para cáncer cérvico uterino más utilizada en el Sector Salud es la citología exfoliativa, también conocida como el Papanicolaou (PAP).

Si unido a ello se toma en cuenta que “La citología cervical es una prueba de bajo costo, sencilla y con una alta especificidad (95 %) y sensibilidad (90%) para la enfermedad.

Sin embargo, estas características presuponen que el personal que toma la muestra ha recibido el entrenamiento necesario para realizar toma de muestras óptimas para el estudio, por lo tanto, el adiestramiento de la técnica de toma de citología cervical debe estar incluido en las actividades obligadas del personal de salud que se encuentra en formación, especialmente quienes tendrán oportunidad de desarrollarse en el campo asistencial”.

Como ya se mencionó, el cáncer cérvico uterino es fácilmente prevenible por lo que la promoción de las medidas preventivas es la base para reducir su incidencia. Algunas acciones pueden ser:

- ✓ Promover las relaciones sexuales con el uso del condón.
- ✓ Informar a las mujeres que fuman y cuyo resultado del Papanicolaou reporta presencia de VPH, del incremento de la probabilidad de que la lesión intraepitelial progrese a cáncer.
- ✓ Promover la toma de citología a toda mujer que utiliza métodos anticonceptivos orales.
- ✓ Dar seguimiento a las mujeres con más de tres embarazos a término.
- ✓ Dar tratamiento y realizar seguimiento a las mujeres con infección de VPH y otras infecciones de transmisión sexual como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2).

Asimismo, corresponde a la población en general modificar sus estilos de vida que ponen en riesgo la salud pública y con ello se puede prevenir la incidencia del virus del papiloma humano. Por lo cual se requiere que busquen información acerca de los factores de riesgo y medidas de prevención para evitar el contagio y transmisión del VPH.

Y por su parte las mujeres que nunca se han realizado la citología cervical, que hayan iniciado vida sexual, que se encuentren en el grupo de edad de 25 a 64 años, principalmente las de 35 a 64 años, deben practicarse el estudio de tamizaje de Papanicolaou anualmente; sin embargo, se puede practicar si ya se ha iniciado vida sexual, independientemente de la edad.

- ✓ Si dos estudios consecutivos resultan negativos para lesiones intraepiteliales del cuello uterino o para infección por VPH, entonces el Papanicolaou debe realizarse cada tres años
- ✓ Si la mujer suspende los estudios de detección por más de tres años consecutivos, debe reiniciar el esquema de pruebas durante dos años consecutivos nuevamente, de manera que se garantice la ausencia de lesión en el epitelio en dos citologías anuales consecutivas.



- ✓ Las mujeres con lesiones de bajo grado deberán realizarse exámenes con mayor frecuencia, de acuerdo a las indicaciones médicas <sup>44,47, 52</sup>.

## **2.6. Técnicas afectivo-participativas como herramientas del trabajo en grupos. La intervención educativa.**

Cada vez resulta menor el número de descubrimientos e innovaciones, en cualquier rama del saber humano, que son responsabilidad de un cerebro individual y crece, por el contrario, el número de creaciones que responden al cerebro colectivo. De esto se desprende la necesidad del trabajo en grupo.

El trabajo en grupo aporta numerosas ventajas, por ejemplo, sirve de punto de comparación al sujeto para evaluar las habilidades y capacidades individuales, además de ofrecerle distintos estilos y estrategias de actuación que pueden usarse como modelo. Puede proporcionar una retroalimentación más rica y variada de la que puede aportar un solo individuo a otro, incrementa las expectativas de cada persona ante el problema y hace disminuir la ansiedad del sujeto al enfrentar la tarea al ver que no está solo y que otros enfrentan un problema similar, además puede facilitar la discusión de temas tabú, porque los miembros menos inhibidos estimulan a los más tímidos. El grupo proporciona espacios y experiencias alternativas que facilitan las variaciones de roles y la adopción de nuevas conductas. Así mismo, se aprende de lo emocional, se aprende a pensar.

El trabajo con grupos debe contar con, al menos, un coordinador y un registrador. El coordinador se ubica dentro del grupo con el propósito de promover el autodescubrimiento ("insight", o darse cuenta). Las intervenciones del coordinador intentan generar una reflexión de parte de los participantes, así como plantear preguntas que dejen al descubierto ciertos aspectos de la problemática. El esfuerzo se centra en lograr que los propios integrantes del grupo, a través de la visualización de sus conflictos, puedan interactuar en forma adecuada y se instrumenten para abordar adecuadamente las necesarias transformaciones. El coordinador necesita adiestrarse hasta que con la práctica sea capaz de:

1. Saber trabajar con un grupo y manejar diversas técnicas de trabajo grupal.

2. Facilitar la comunicación entre los miembros del grupo para avanzar en la solución del problema.
3. Dominar las circunstancias inesperadas.
4. Ser abierto y receptivo a la crítica.
5. Conocer la etapa de trabajo en que se encuentra el grupo.
6. Prestar el máximo de atención a los fenómenos directamente observables en la conducta grupal, como aquellos que requieren interpretación.
7. Coordinar las acciones del grupo.

Es imprescindible considerar la importancia de la experiencia y las habilidades en el manejo de los grupos, un investigador que exprese sus opiniones al grupo o que no sea capaz de detectar la presencia de los procesos grupales, como la complicidad de los integrantes o las diferencias hacia él (el grupo dice lo que desea oír) como regla obtiene información estereotipada, por tanto, este debe hacer solo intervenciones breves y no directivas.

En el grupo pueden aparecer participantes problemáticos. Para el manejo de los mismos el investigador debe tener las habilidades requeridas, de lo contrario se obtienen datos repetitivos y/o no confiables.

El registrador por su parte es el encargado de captar y registrar la mayor parte de la información, tanto verbal como extra verbal que se deriva de la interacción de los miembros del grupo, de suma importancia son sus habilidades y capacidades para registrar datos, con el fin de no perder información valiosa (palabras claves, frases importantes, proverbios) que reflejan esencias, reconociéndolas y accediendo a estas con el nivel de profundidad requerido.

En la última década han florecido en diferentes ámbitos de trabajo, especialmente los trabajos comunitarios, de educación popular, de promoción y educación para la salud, prácticas grupales que han adquirido gran auge y aceptación.

Según Manuel Calviño, el concepto de dinámica de grupo ha sufrido una modificación al incluir no solo el sistema de interacciones en lo interno de los grupos humanos, (Calviño, 2006), (53) sino, sobre todo, aquellos ejercicios y juegos que presentan intencionalmente

la forma de técnicas educativas basadas en principios psicológicos y pedagógicos que tiene como objeto enriquecer la reflexión, toma de conciencia y movilización.

Comúnmente estas metodologías se desarrollan en diversas sesiones de trabajo, cada una de las cuales trata una temática de interés para el grupo y con una frecuencia de cada tres o cuatro días o una vez por semana, según se encuadre en el grupo.

Las técnicas o dinámicas grupales son herramientas metodológicas que se desarrollan mediante la planeación consecutiva de una serie de actividades con el fin de llevar a cabo procesos de enseñanza-aprendizaje. Dichas técnicas son variadas según su finalidad, el contexto, las características del grupo, etc.

Las técnicas grupales afectivo-participativas van dirigidas a solucionar de manera colectiva los problemas, promover intercambio, confrontar ideas, mejorar la productividad del grupo y elevar el grado de satisfacción de este, son vías o procedimientos de organización y desarrollo de las actividades encaminadas a lograr una adecuada aprehensión de elementos favorecedores de un desarrollo óptimo tanto desde el punto de vista cognoscitivo como afectivo, de ahí que se prefiera el termino afectivo-participativas, toda vez que lo distintivo de la personalidad, que es su función reguladora, descansa en la unidad de los procesos cognitivos y afectivos.

Las técnicas afectivo-participativas atendiendo a sus objetivos pueden ser de:

Presentación: Se usa para asegurar una correcta comunicación en el grupo, donde cada miembro exprese características personales, gustos, intereses.

- Animación: Se usan para eliminar tensiones, inhibiciones, cuando se quiere excitar a los participantes para lograr concentración en la actividad que se realiza, elimina cansancio intelectual.
- Análisis general: Se utilizan para desarrollar contenidos y lograr con el proceso de enseñanza su apropiación por el grupo.
- Comunicación: Se emplean para lograr mayor cohesión en el grupo, interrelaciones correctas, y desarrollar la colectividad.

- Organización y planificación: Se emplean para demostrar la necesidad, sobre todo a los más jóvenes, de que esos atributos son imprescindibles para el desarrollo de cualquier actividad o incluso en su desenvolvimiento colectivo.

La metodología de estas técnicas es la siguiente:

1. Conocimiento y motivación hacia el objetivo central de la actividad que desarrollará el grupo
2. Desarrollo de la técnica propuesta
3. Valoración de los resultados de la técnica desarrollada.

Es importante esclarecer que las técnicas participativas deben ser entendidas como herramientas abiertas y provocadoras, pero nunca como medios cuya finalidad exclusiva sea la de animar o amenizar las actividades educativas, lo que desvirtúa su espíritu.

Su basamento conceptual radica en la teoría dialéctico-materialista del conocimiento, así como en los enfoques del aprendizaje humano como proceso de construcción, y del papel que en este desempeña lo grupal, tienen como ventaja el hecho no es lo mismo recibir información que vivenciar situaciones referidas al tema objeto de reflexión <sup>53</sup>.

La intervención educativa se refiere al proceso que permite a determinado grupo recibir información, producir conocimiento sobre determinados temas de salud y promover la reflexión. Pretende estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de comportamientos adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud-enfermedad. Este tipo de intervención puede realizarse en diferentes espacios comunitarios. (Centros de trabajo, escuelas, organizaciones femeninas, el barrio).

En el campo de la psicología la intervención educativa ha tomado dos vertientes fundamentales de trabajo: una primera destinada a la actuación hacia grupos poblacionales específicos como mujeres, adolescentes, padres, parejas, tercera edad, con los cuales se han desarrollados abundantes talleres de entrenamiento sobre autoestima, habilidades comunicativas, sexualidad, asertividad, escuelas de padres, etc., cuya limitante ha estado en concentrarse en el desarrollo de recursos psicológicos personales, desestimando que es en la interrelación en y con los grupos sociales, donde

el individuo se apropia e incorpora los aprendizajes que conforman su propia subjetividad. Resultan abundantes los estudios empíricos en esta dirección.

La segunda forma de abordaje educativo es el trabajo con las familias de pacientes con determinadas patologías, dirigido a prepararlas desde el punto de vista cognoscitivo para reequilibrar, tras el impacto, el funcionalismo del grupo. Se destacan investigaciones empíricas dirigidas a familiares de paciente con VIH/SIDA, cáncer mamario, enfermedad coronaria, enfermedad terminal y duelo anticipado, que insisten en lograr una mayor comprensión de la enfermedad o la situación y un mejor manejo y tolerancia del sujeto. Hoy existe un consenso sobre la vinculación y complementariedad entre la entidad individual y grupal, lo que refrenda esta práctica <sup>54</sup>.

## **CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Material y método**

Se realizó un estudio explicativo de intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en las pacientes del consultorio médico #10 perteneciente al Policlínico Universitario Rolando Monterrey, del Municipio Moa, en la Provincia de Holguín, en el periodo de enero 2017 a febrero 2018.

El universo estuvo formado por todas las mujeres que presentaron algún factor de riesgo para del cáncer cérvico uterino y la muestra estuvo constituida por 20 mujeres seleccionadas de forma aleatoria, (número que obedece a los requerimientos del trabajo grupal) en las edades de 18- 59 años, pertenecientes al consultorio médico #10 del Policlínico Universitario Rolando Monterrey, del Municipio Moa, en la Provincia de Holguín.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 18 - 59 años.
- que acepten participar en la investigación.
- que pertenezcan al área de salud.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores 18 años y mayores de 59 años.
- que no deseen participar en la investigación.
- que no pertenezcan al área de salud.

### **3.2. Metódica**

Para dar salida al objetivo No.1 se tuvo en cuenta la caracterización de la muestra según variables sociodemográficas como grado de escolaridad y edad. (Anexo 2).

Para dar salida al objetivo 2 Se tuvieron en cuenta los conocimientos sobre los factores de riesgos a través de un cuestionario que se aplicó (Anexo 2).

Objetivo: Indagar sobre los conocimientos que poseen las féminas entre 18 y 59 años del área de salud.

Indicadores.

- Edad.
- Grado de escolaridad.

Para dar salida al objetivo 3 se realizó una intervención educativa aplicando técnicas afectivo-participativas en un grupo de 20 mujeres. Se realizaron 6 sesiones, con dos horas de duración y frecuencia semanal, en el horario de la tarde por un periodo de mes y medio; en la primera sesión se presentó el grupo, se establecieron las expectativas de cada integrante con la intervención educativa, se aplicó el cuestionario y se utilizaron técnicas de apertura de la sesión y cierre. En las sesiones 2,3 y 4 se aplicaron técnicas de apertura, de análisis y de cierre siempre evaluando la sesión anterior. En la sesión 5 se aplicaron técnicas de apertura, de cierre y nuevamente el cuestionario. En la última sesión se recogió el papelógrafo que se entregó el primer día con las aspiraciones, expectativas y se evaluó si fueron cumplidas las mismas teniendo en cuenta el criterio de cada uno de los participantes del grupo. (Anexo 3-7)

### 3.3. Operacionalización de las variables

	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Continua	18 – 29 años 30 – 39 años 40 – 49 años 50 – 59 años	Según grupos etáreos en escala de 10 años.
Grado de escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Preuniversitario universitario	Según nivel de instrucción alcanzado.

Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comienzo de relaciones sexuales. -</li> <li>-Compañeros sexuales en el último año.</li> <li>-Multíparas.</li> <li>-Síndrome de Flujo Vaginal.</li> <li>-Infecciones por el virus papiloma humano.</li> <li>-Uso de DIU.</li> <li>-Uso de anticonceptivos orales.</li> <li>-Edad de primer parto.</li> <li>-Hábito de fumar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Antes de los 15 años.</li> <li>-16-20 años.</li> <li>-Tres o más.</li> <li>-Tres o más partos.</li> <li>-Presencia de alguna infección de transmisión sexual: clamidia, gonorrea, trichomonas, gardenela, herpes simple, condilomas.</li> <li>-Presencia de lesión intraepitelial (NIC) de bajo medio o alto grado.</li> <li>-Su uso por más de 5 años.</li> <li>-Su uso por más de 5 años.</li> <li>-Antes de los 18 años.</li> <li>-Su presencia o no.</li> </ul>
Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo	Cuantitativa discreta	Excelente 80-100 Bueno 70-79 Regular 60-69 Malo -59	Según la puntuación alcanzada al aplicar el cuestionario.

### 3.4. Técnicas y procedimientos

#### Técnicas de recolección de la información.

Se procedió a realizar una cuidadosa revisión bibliográfica sobre el tema, posterior a lo cual se elaboró un cuestionario de preguntas sobre el tema (anexo 2) donde se incluyeron las diferentes variables (descritas en la metódica) necesarias para la realización del estudio.

#### De procesamiento y análisis



La base de datos y el análisis estadístico se hizo a través del sistema Statistix. Con lo que se obtuvo la distribución de frecuencia y los porcentajes. Se empleó una PC ASUS con ambiente Windows XP. Los textos se procesaron con Microsoft Word 2010, y los cuadros se realizaron con Microsoft Excel 2007.

### **Discusión y síntesis**

Los resultados fueron expresados en cuadros y se compararon con otros estudios nacionales e internacionales, a partir de los cuales se llegó a conclusiones.

### **Aspectos éticos de la investigación**

El estudio se realizó previa revisión de las historias clínicas individuales y familiares del consultorio # 10 cada una de las pacientes se le informó el objetivo de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado (anexo 1).

En la primera sesión aplicamos la técnica: “los refranes” que tuvo como objetivos:

- Propiciar que los sujetos se conocieran y que comenzara a formarse el grupo de trabajo.
- Estimular la reflexión sobre refranes populares y la comunicación entre los sujetos.

En un tiempo de 45 minutos, después de la introducción de la actividad nos referimos a los refranes y el mensaje popular que encierra. Se invitó a los miembros del grupo a reflexionar sobre uno de ellos.

Más adelante se entregaron las tarjetas con el inicio y el final de refranes. Se pidió un voluntario para que leyera en voz alta el inicio de un refrán y a otro su continuación. Después, ambos expusieron sus criterios a cerca del mismo. De esta forma se hizo con el resto, hasta terminar con la participación de todos los sujetos del grupo.

Se estimuló a los dúos que analizaron cada refrán a la comunicación entre ellos para darse a conocer uno al otro, es decir, intercambiar sobre sus características, aspiraciones, motivaciones y otros aspectos personales. Finalmente, cada miembro de la pareja presentó a su compañero.

Como técnica de animación usamos “las expectativas” con el objetivo de detectar las expectativas existentes en el grupo con relación a los talleres que se realizaron.

Entregamos una pequeña hoja a cada miembro del grupo, cada participante respondió por escrito a la siguiente pregunta: ¿Qué quisieras conseguir al concluir estos talleres? Después que respondieron de forma individual y anónima se pusieron los papelitos en una caja para mezclarlos, una vez todos mezclados cada participante cogió un papelito al azar y fue leyendo en voz alta para todo el grupo.

El coordinador comentó las expectativas planteadas y las relacionó con las características del programa. Sus objetivos, contenidos y la manera en que se trabajó en cada sesión.

Aplicamos el cuestionario (anexo 2)

Como técnica de cierre usamos “Las sensaciones silenciosas” con el objetivo de evaluar la sesión.

Al final todos nos pusimos de pie y le expresamos al que teníamos al lado, sin hablar, sólo con las manos y los gestos cómo nos sentimos durante la experiencia.

En la sesión 2 (anexo 3)

Usamos la técnica de apertura “Esto es un abrazo”. Con el objetivo de desarrollar con cierta espontaneidad la cercanía con otras personas y producir un acercamiento físico entre los integrantes del grupo.

Todos los integrantes del grupo se sentaron formando un coro. Por orden y de uno en uno, le dijo cada uno de los integrantes del grupo a la persona que estaba sentada a su derecha y en voz alta: “¿SABES LO QUE ES UN ABRAZO?”. La persona que estaba sentada a la derecha de quién realizaba la pregunta contestó: “NO, NO LO SÉ”. Entonces se dieron un abrazo, y la persona que había contestado se dirigió a la persona anterior y le contestó: “NO LO HE ENTENDIDO, ME DAS OTRO”. Entonces se volvieron a dar otro abrazo, la persona a la que le habían abrazado, realizaba la misma pregunta a su compañera de la derecha, realizando la misma operación que habían realizado anteriormente con ella. Así sucesivamente hasta que todas las integrantes del grupo fueron abrazadas y abrazaron, luego entre todos los integrantes del grupo, comentamos la actividad y reflexionamos sobre cómo nos sentimos durante la experiencia.

En esta sesión la técnica de análisis que usamos fue “¿Que hacer para no enfermar? que tiene como objetivo identificar la imagen que se tiene del estado de salud, además de enriquecer los conocimientos acerca de cómo cuidar su salud arribando a criterios individuales y colectivos.

Se introdujo la actividad hablando acerca de la salud, su importancia, las enfermedades y sus consecuencias haciendo énfasis en el cáncer cérvico uterino, los factores de riesgo que pudieran provocarlo y como cada persona toma decisiones que pueden favorecer o perjudicar su salud. Se pidieron criterios al respecto.

El grupo dispuso de 5 minutos para pensar en qué hacer para no enfermar, luego en lluvia de ideas se expusieron criterios de medidas posibles para cuidar la salud que fueron escritas en la pizarra; al terminar se pidió reflexión acerca de los criterios semejantes para agruparlos y así llegar a criterios generales del grupo.

Usamos aquí la técnica de cierre: “Rueda de comentarios” con el objetivo de evaluar la sesión.

Cada participante expresó con una palabra, un pensamiento, una inquietud, un sentimiento acerca del tema tratado y estas opiniones fueron registradas por el coordinador.

En la sesión 3 (anexo 4) usamos como técnica de apertura “La rueda de comentarios” con el objetivo de crear un clima de grupo, vincular la sesión anterior con la que comenzaba.

Los participantes estaban dispuestos en círculo. Se les orientó que se agruparan en grupos de tríos para comentar lo ocurrido en la reunión anterior, de qué trató, qué hicieron, qué pensaron...etc.

Se les dio 15 minutos aproximadamente para los comentarios y se les solicitó que un miembro de cada equipo hiciera una exposición breve ante todo el grupo, aunque también podían hacer acotaciones individuales. El coordinador recogió los comentarios por escrito.

La técnica de análisis utilizada fue “La balanza” que tiene como objetivo estimular la reflexión sobre lo que puede o no aportar a la salud. Se entregó una hoja de papel y lápiz

a cada miembro del grupo y se les pidió que escribieran las ventajas y desventajas que tienen para ellos las siguientes acciones.

- ☐ Comienzo temprano de las relaciones sexuales.
- ☐ Promiscuidad (cambio frecuente de pareja).
- ☐ Sexo seguro.
- ☐ Sexo protegido (uso del preservativo).

Se procedió al debate en el grupo y se escribió en la pizarra las ideas más generales, se decidió además la dirección de la balanza en cada uno de los temas y que actitud asumir ante cada una de estas acciones. El coordinador del grupo completó la información que faltó.

Para el cierre y con el objetivo de evaluar la sesión usamos la técnica “tristeza y alegría”, aquí cada participante se despidió de los demás miembros del grupo, y escogió a uno al que le expresó una tristeza y una alegría que le proporcionó el tema discutido. El coordinador puso ejemplos para explicarle al grupo.

En la sesión 4 (anexo 5).

Como técnica de apertura usamos “Los globos”. Con el objetivo de evaluar mediante preguntas que son entregadas a cada pareja los contenidos tratados y los que emergieron en la sesión anterior, para ello se le entregó a micro grupos previamente formados un globo con un papel dentro, que explotaron y respondieron a las preguntas que contenía.

En esta sesión la técnica de análisis usada fue ¿Cómo conservar mi salud? con el objetivo de enriquecer la salud a través de medidas preventivas.

Pedimos a cada miembro del grupo elaborar dos listas una para lo bueno y otra para lo que es nocivo a la salud, y que dieran lectura a las listas y escribieran en pizarra idas comunes que permitieran al final elaborar una lista común del grupo, por ultimo brindamos alternativas a la salud basándonos en esa lista, discutiendo como muchas personas conociendo los comportamientos nocivos a la salud los ponen en práctica, exponiendo al final como pueden evitarse esos comportamientos.

Aquí usamos la técnica de cierre “El termómetro” con el objetivo de evaluar la sesión.

Repartimos una hoja con un termómetro dibujado y un lápiz a cada fémina que tendrá que:

- Numerarlo del 10 al 100.
- Valorar la sesión de hoy.
- Comentar entre todos

En la sesión 5 (anexo 6)

Comenzamos con la técnica “recordando” para hacer un recordatorio de lo ocurrido en la sesión anterior. Aquí un miembro del grupo hizo un resumen de lo que ocurrió en el tema pasado, el resto fue añadiendo frases o ideas para completar las reflexiones.

Se aplicó nuevamente el cuestionario (ver anexo 2)

Como técnica de cierre usamos “Las estatuas”.

Se les orientó a los participantes que se evaluaría la sesión a través de la representación de una estatua por parejas.

Las parejas representaron estatuas adoptando diferentes posiciones con sus cuerpos, expresando distintos gestos. Las estatuas simbolizaron estados afectivos, sentimientos, actitudes, conductas, juicios, aceptaciones o rechazos, con relación al tema tratado.

Se les dio 5 minutos para la preparación de la estatua y luego cada pareja, desde sus puestos, realizó la representación.

En la sesión 6 (anexo 7) Realizamos la evaluación general de la intervención educativa aplicada, para ello llevamos a la sesión el papelógrafo con las expectativas expuestas por ellos en la primera sesión y exploramos el nivel en que habían sido cubiertas.

El equipo investigador sugirió que hablaran de la manera en que fueron organizadas las sesiones (apertura, análisis, cierre), en aras de perfeccionar las mismas en el futuro.

Se exploró además el impacto a nivel individual (a través de vivencias que fueron relatadas).

**CIERRE:** Se realizó un brindis.

#### CAPITULO IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Edad.

Grupos etáreos	No	%
18 – 29 años	4	20%
30 – 39 años	8	40%
40 – 49 años	5	25%
50 – 59 años	3	15%
Total	20	100%

Fuente: cuestionario

En la tabla 1 se muestra la distribución según grupos etáreos donde el 40% de la población femenina investigada correspondió al grupo de edades entre los 30-39 años. Las edades relevantes en el grupo de mujeres estudiadas coinciden con el grupo de edad de mayor probabilidad de padecer este tipo de cáncer.<sup>55</sup>

Otras investigaciones foráneas discrepan en cuanto a la edad de las entrevistadas <sup>56</sup>, al ser estas mucho más jóvenes, la última de estas fue realizada por estudiantes mexicanos de nivel medio.

Tabla 2. Nivel educacional.

Nivel educacional	No	%
Primaria	2	10%
Secundaria	3	15%
Preuniversitario	9	45%
Universitario	5	25%
Total	20	100

Fuente: cuestionario

Con relación al nivel educacional este estudio concuerda, parcialmente, con investigaciones nacionales;<sup>57,58</sup> los resultados obtenidos en la investigación son los esperados para esta variable dadas las políticas de acceso a la educación, lo que no coincide a nivel internacional. <sup>59</sup>

Toda mujer que es o ha sido sexualmente activa y que ha cumplido 25 años de edad debe someterse a una prueba citológica exfoliativa cérvico-vaginal, con coloración de Papanicolaou y una exploración ginecológica cada tres años, según orientación por programa nacional de cáncer cérvico uterino. <sup>60</sup>

Tabla 3 Conocimientos de los factores de riesgo.

Factor de riesgo	Valor de la respuesta	Al inicio		Al final	
		Frec	%	Frec	%
Conducta sexual	Correcta	18	90	20	100
	Incorrecta	2	10	0	-
Inicio de las relaciones sexuales	Correcta	17	85	20	100
	Incorrecta	3	15	0	-
Paridad	Correcta	6	30	18	90
	Incorrecta	14	70	2	10

Edad el primer parto	Correcta	6	30	16	80
	Incorrecta	14	70	4	20
Presencia de SFV	Correcta	9	45	20	100
	Incorrecta	11	55	0	-
Infección por HPV	Correcta	4	20	17	85
	Incorrecta	16	80	3	15
Uso de DIU	Correcta	12	60	18	90
	Incorrecta	8	40	2	10
Uso de tabletas anticonceptivas	Correcta	5	25	16	80
	Incorrecta	15	75	4	20
Hábito de fumar	Correcta	16	80	20	100
	Incorrecta	4	20	0	-

Fuente: cuestionario

El conocimiento de nuestras pacientes evolucionó durante el transcurso de la aplicación de técnicas afectivo participativas y demás actividades de carácter intervencionista que se realizaron con ellas, acerca de la conducta sexual e inicio de las primeras relaciones sexuales, se detectó que, al término de la intervención, el 100% de las mujeres reconocieron a estos factores como de riesgo con un incremento de los conocimientos de un 10 y un 15% respectivamente.

Entre los principales factores de riesgo en relación con esta enfermedad se encuentran la conducta sexual y edad de inicio de las relaciones sexuales. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico, y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino.<sup>2,61</sup>

Al respecto, la mayoría de los autores opinan que si bien esta afección se incrementa en las mujeres promiscuas y de dudosa reputación, es por el contrario infrecuente en nulíparas y en las que no tienen una sexualidad activa como las monjas.<sup>62</sup> Un estudio foráneo realizado en Australia por Braun<sup>63</sup>, sugiere encaminar la política de la atención primaria a la educación sexual de las adolescentes, pues este sería un paso importante en la prevención de la oncopatía, y posibilitaría lograr que las futuras generaciones reconozcan a las conductas sexuales inadecuadas no sólo como factor de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, sino como un terreno de riesgo futuro para las



afecciones neoplásicas ginecológicas. Duarte et al <sup>64</sup>, en nuestra provincia, detectaron que por cada cáncer cervical que ocurre en una mujer que inició sus relaciones sexuales en la etapa adulta, se reportaron 7.2 neoplasias malignas del cuello uterino en las que iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia. <sup>13,14</sup>

Con respecto a la paridad y edad del primer parto, se observó un incremento del conocimiento al final de la investigación, se elevó de un 30%-90% en cuanto a la paridad, y de 30-80% con relación a la edad del primer parto, ambas con resultados significativos elevándose estos conocimientos más del 50%.

Número de partos y edad del primer parto, estudios de casos y testigos sobre cáncer invasivo del cuello uterino y carcinoma in situ, sugieren que las mujeres con partos en edades tempranas y que, además, tienen tres o más partos a término, tienen un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca han dado a luz. <sup>59,65</sup>

En la evolución del conocimiento sobre la infección por PVH e ITS se detectó que hubo diferencias porcentuales significativas en los diferentes cortes (inicio y final), para las dos categorías analizadas, y además se observó un incremento del conocimiento mayor del 50% al final de la investigación, para la relación existente entre PVH y cáncer cérvico uterino con un 65 y un 55% respectivamente.

Las mujeres estudiadas no asocian el cáncer a la infección por papiloma virus humano entre los factores más importantes en la patogenia de este cáncer, ni su transmisión por vía sexual en conjunto con los restantes cofactores necesarios para la aparición del mismo. Esto coincide con estudios realizados en México, donde Muñoz (9, 12,59) reporta estadísticas similares a nuestro estudio. La alta incidencia de infecciones de transmisión sexual tiene relación directa proporcional con esta neoplasia, el riesgo se eleva tres veces en las mujeres que posean dicho antecedente.

El conocimiento sobre el uso de tabletas anticonceptivas y el uso de DIU, fue incrementado un 45% y un 30% respectivamente final de la investigación, resultado significativo.

La organización Mundial de la Salud, en el Consenso de Génova realizado en el 2002, creó planes de intervención mediante boletines y gacetas, dentro de las directrices se encontraba elevar el conocimiento de que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asociaba a la neoplasia cérvico uterina, finalidad que en toda Latinoamérica se ha logrado en menos de un 30%.<sup>19,66</sup>

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición del cáncer cérvico uterino. Un análisis de los datos compartidos de 10 estudios de casos y testigos, de paciente con cáncer invasivo del cuello uterino o con carcinoma in situ, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales pudiera aumentar hasta cuatro veces el riesgo del cáncer cérvico uterino.<sup>16,31</sup>

El conocimiento acerca del hábito de fumar y su relación con el cáncer cérvico uterino, fue solamente de un 20% debido a que el 80% de las encuestadas conocían ya el vínculo entre este hábito y el desarrollo del cáncer, no obstante, se mejoró la información hasta el 100 % de las mujeres entrevistadas al final de la intervención.

El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados por la población mundial, con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer de cáncer cérvico uterino, pues este causa en el cuello un incremento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema; condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito; los estudios revelan que el conocimiento de este riesgo por las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.<sup>17,33</sup>

Los agentes químicos del tabaco desarrollan cáncer cérvico uterino por efecto directo de sus cancerígenos, como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales (67) estos investigadores en su estudio de 2512 pacientes encuentran al tabaquismo como factor de riesgo asociado al cáncer cérvico uterino.

Tabla 4 Conocimientos sobre factores de riesgo.

Conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	Antes		Después	
	No	%	No	%
Excelente	2	10	14	70
Bueno	4	20	6	30
Regular	8	40	0	-
Malo	6	30	0	-
Total	20	100%	20	100%

Fuente: cuestionario.

En la tabla 4 se muestran los conocimientos que las féminas tenían antes de aplicar la intervención y el 40% presentaban conocimientos regulares sobre el tema, después de aplicada la estrategia educativa el 70 % tenían conocimientos excelentes y el 30% presentaban buen dominio de la temática, estos resultados fueron similares a los obtenidos por Chávez Roque et al, <sup>68</sup> en una intervención realizada en el municipio de Nuevitas (Camagüey).

## CONCLUSIONES

1. El mayor por ciento de mujeres estudiadas era preuniversitario y pertenecían al grupo etario de 30-39 años.
2. El 40% de las mujeres antes de ejecutar la intervención tenían conocimientos regulares sobre el tema, obteniéndose al final un 70% de excelencia.
3. Se logró elevar el conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, lográndose un incremento de más del 50% en cuanto a la paridad, uso de tabletas anticonceptivas, síndrome de flujo vaginal e infección por HPV como factores de riesgo.
4. La estrategia de intervención logro un impacto positivo, pues la mayoría de las mujeres adquirieron un conocimiento excelente sobre los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino.

## **RECOMENDACIONES:**

1. Dirigir acciones a propiciar información, orientación, educación, y servicio a los adolescentes y a las parejas, teniendo como base el trabajo comunitario, interdisciplinario y multifactorial.
2. Divulgar en los distintos medios de difusión masiva información acerca de prevención del cáncer cervical haciendo énfasis en las ETS.
3. Hacer extensivo el estudio para en las demás áreas de salud.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Fenton Tait MC, Temas de Enfermería Medico Quirúrgica, 1ra parte Ed Ciencias Médicas. La Habana 2015 Pag 4-8l
- 2- Álvarez Sintés. Medicina General Integral. Vol. 2. Problemas más frecuentes de las mamas. P.400-402.Editorial Ecimed. 2da Edición. La Habana 2008.
- 3- Ríos Hernández María de los Ángeles, Hernández Menéndez Maité, Aguilar Vela de Oro Francisco Orlando, Silveira Pablos Mario, Amigó de Quesada Margarita, Aguilar Fabré Kenia. Tipos de papiloma virus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2013 mayo 07]; 36(2): 104-111. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2010000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000200009&lng=es)
- 4- Gladys Rafaela Cirión Martínez. Miguel Ángel Herrera Pérez. José Guillermo Sanabria Negrín. Correlación cito-histológica de las lesiones pre malignas y malignas de cuello uterino. HOSPITAL GENERAL DOCENTE "ABEL SANTAMARÍA CUADRADO" PINAR DEL RÍO. Rev. de Ciencias Médicas, enero 2014; 14(1):
- 5- Alvares Sintés Medicina General Integral VII 2da edic La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 p371-376.
- 6- Gutiérrez-Aguado A. COSTO-UTILIDAD DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES PERUANAS. (Spanish). Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública [serial on the Internet]. (2011, July), [cited May 7, 2013]; 28(3): 416-425. Available from: Medic Latina. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=91c24c68-b5c0-4ece-bbfd-770d0e1e2280%40sessionmgr10&hid=19&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=67473434>
- 7- Cendales R, Wiener C, Murillo R, Piñeros M, Tovar S, Mejía J. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia: un estudio de concordancia. (Spanish). Biomédica: Revista Del Instituto

Nacional De Salud [serial on the Internet]. (2010 Mar), [cited May 7, 2013]; 30(1): 107115. Available from: Medic Latina.

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=91c24c68-b5c0-4ece-bbfd-770d0e1e2280%40sessionmgr10&hid=19&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=49074409>.

- 8- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, ShahKV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999; 189(1):12-9.
- 9- Bosch FX, Munoz N. The viral etiology of cervical cancer. Virus Res2002; 89:183190.
- 10- Muñoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. J Clin Virol 2000 19:15.
- 11- Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. Clin Microbiol Rev 2003; 16:1-17.
- 12- Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a misanalysis. Br J Cancer 2003; 88:63-73.
- 13- Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castells ague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003; 348:518-527.
- 14- Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Bloomfield P, Bailey A, Young LS,al. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. BJOG 2002; 109:96-98.
- 15- Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. Lancet 2004; 364(9446):1678-83.
- 16- Woodman CB, Collins S, Winter H, Bailey A, Ellis J, Prior P, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. Lancet 2001; 357:1831-1836.

- 17- De Villiers EM. Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *Int J Cancer* 2003; 103:705708.
- 18- Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Villegas RA, Medina E, Csendes A. Diet, smoking and reproductive history as risk factor for cervical cancer. *Rev Med Chill* 2001; 129:597603
- 19- Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. *IARC Sci Publ* 1997; 138:65-176.
- 20- García Rosique Regla Mercedes, Torres Triana Adelaida, Rendón Quintero Marlén. Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes. *Rev. Med. Electrón.* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2013 mayo 07]; 33(2): 182-188. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000200009&lng=es)
- 21- Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abdul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD. «Cervix: premalignant and malignant neoplasias». En Saunders (Elsevier). *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición). ISBN 978-14160-3121-5.
- 22- Luis Dávila Gómez H, García Valdés A, Álvarez Castillo F. Cáncer de cuello uterino. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* [serial on the Internet]. (2010, Oct), [cited May 7, 2013]; 36(4): 603-612. Available from: *Medic Latina*. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=91c24c68-b5c0-4ece-bbfd-770d0e1e2280%40sessionmgr10&hid=19&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=62718550>.
- 23- Labrada Carralero, Mariela. Proyecto de investigación para optar por el Título de Master en atención a la mujer. "Caracterización clínico epidemiológicas del cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en el Policlínico Guillermo Tejas Silva".
- 24- Garrido Labrada, Maritza. Trabajo para optar por el Título de especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. "Estrategia educativa para eliminar el hábito de tabaquismo en población de 35-59" del CMF 134-01.



- 25- Osorio, Alexander. Proyecto de investigación “Estrategia educativa para eliminar el hábito de tabaquismo en los pacientes de 60 años y más del CMF 25-01 del policlínico “Guillermo Tejas Silva”. Las Tunas.
- 26- Colectivo de autores. Programa de prevención de cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.
- 27- Berumen Campos, J. “Virus del papiloma...” op. cit. p. 51.
- 28- Moscicki, A.B, et al. “Risks for incident human papillomavirus infection and lowgrade squamous intraepithelial lesion development in young females”. En: Journal of the American Medical Association. (2001). 285:2,995–3,002
- 29- Alliance for Cervical Cancer Prevention. Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Ficha Descriptiva. Mayo 2004.
- 30- Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. “Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study”. En: Lancet. (March 30, 2002). 359(9312)1093–1101.
- 31- Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. “Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric casecontrol study”. En: Lancet (March 30, 2002). 359(9312):1085–1092.
- 32- World Health Organization. Cervical cancer, oral contraceptives and parity. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20).
- 33- Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, et al. “HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica”. En: British Journal of Cancer. (May 4, 2001) .84(9): 1219–1226.
- 34- Szarewski A, Cuzick J. “Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence”. En: Journal of Epidemiological Biostatistics. (1998). 3:229–256.
- 35- Castellsagué X, Bosch F.X, Muñoz, N. “Environmental co-factors in HPV carcinogenesis”. En: Virus Research (November 2002), 89(2):19

- 36- De Sanjose S, Palefsky J. "Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men". En: Virus Research. (November 2002). 89(2):201–211.
- 37- Clarke B, Chetty R. "Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer". En: Molecular Pathology. (February 2002). 55(1):19–24.
- 38- Gaffing L, Ahmed S, Chen YQ, et al. "Risk factors as the basis for triage in lowresource cervical cancer screening programs". En: International Journal of Obstetrics and Gynecology. (2003). 80:41–47.
- 39- Smith JS, Herrero R, Bosetti C, et al. "Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer". En: Journal of the National Cancer Institute. (November 6, 2002). 94(21):1604–1613.
- 40- Tapia Conyers R, Sarti E, Kurri P, Ruíz-Matus C, Velázquez O, et al. "Cáncer cérvico uterino". En Roberto Tapia Conyer, editor. El Manual de Salud Pública. México: Intersistemas, 2003: pp735-754
- 41- Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. 3ª edición. Path-OPS. 2002. p7-8
- 42- Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. Program for Appropriate Technology in Health. Washington, DC: PATH, 2004.
- 43- Cordero Martínez J. Nomenclatura y diagnóstico de las lesiones intraepiteliales cervicales.  
<<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEAAFAAEllvjNcGHyL.php>>  
[consulta: 20 noviembre 2009].
- 44- Novak ER, Sugar Jones G. Tratado de ginecología. 9 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2006:256–78.
- 45- Camacho Carr K, Sellers JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer.  
<[http://www.medscape.com/viewarticle/484034\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5)> [consults: 21 Abril 2010].

- 46- La Enciclopedia Libre. Cáncer cervical. 2008 [citado 12 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
- 47- Montes E. Control de calidad en los laboratorios involucrados en los programas de detección del cáncer cérvico uterino. En: Alonso P, Lazcano E, Hernández M (eds.). Cáncer cérvico uterino. Diagnóstico, prevención y control. México D.F: Edit. Médica Panamericana. 2da. ed.; 2005. p. 115-21.
- 48- Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004. 13. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003. 14.
- 49- Sociedad Española de Ginecología. La infección por papiloma virus España: SEGO;2003. 12.
- 50- Case AS, Rodney PR, Straight M, Wang W, Roark K, Walkman EE, Huh K. Cervical Intraepithelial Neoplasia in Adolescent Women Incidence and Treatment Outcomes. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2006; 108(6):1369-74.
- 51- Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 82. <[http://www.ins.gov.co/recursos\\_user/documentos/biomedica/2006/2006\\_biomedica\\_vol26\\_n4\\_ft.pdf](http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomedica_vol26_n4_ft.pdf)> [consulta: 16 octubre 2010].
- 52- Colectivo de autores. Revisión del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico uterino. Unidad independiente para el control del cáncer. La Habana: MINSAP. En prensa 2011. 19. You W, Dainty LA, Scott Rose G, Kiviak T, McHale MT, Olsen CH, et al. Gynecologic Malignancies in Women Aged Less Than 25 Years. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005; 105(6):1405-9.
- 53- Calviño, Manuel A.: Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas. Editorial Félix Varela, La Habana, 2006.
- 54- GAMEF (Grupo Asesor Metodológico de Estudios de Familia): Manual para la intervención en la salud familiar. MINSAP, 2000.

- 55- Cortés GEI, Rojas AM, Reyna HR, Garza Ch R, Leal GCH. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cérvico uterino. Rev. Méd IMSS. 2002; 33(2):177-82.
- 56- Roteli CM, Panetta K, Alves VA, Siquiera SA, Syrjanen KJ, Derchain SF, et al. Cigarette smoking and high risk HPV DNA as predisposing factors for high grade cervical intraepithelial neoplasia in young Brazilian women. Acta Obstet Ginecol Scan. 2006;77(6):678-82.
- 57- Santana S, Esteves L, Gómez I. Cáncer de cuello uterino. Mediocentro Electrón [Internet]. 2007 [citado 3 Feb 2008]; 11(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202007/v11n2a07/cancer.htm>
- 58- Cabrera M, Preval M, Tamayo R, Hernández M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cérvico uterino ingresadas en un servicio de radioterapia. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22(1):37-9.
- 59- Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002 Mar 30; 359(9312):1085-92.
- 60- Rombal di RL, Ribeiro E, Madi SRC, Bertotto S, Mari J M. Correlações clínicas e epidemiológicas obtidas durante o estudo de 2512 pacientes sometidas a examen histopatológico en un ambulatorio de patología cervical. Rev Client. AMECS. 2002; 2(2):153-5.
- 61- Hernández AM, Lazcano PEC, Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programmer in Mexico: a population-based case-control study. Intr. J Epidemiolo. 2006; 27:370-76.
- 62- León CG, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obst Ginecol. 2005; 36(2):223-5.
- 63- Braun V, Gavey N. Exploring the possibility of sexual behavioral primary prevention for cervical cancer. Aust N Z J Public Meath. 2001; 22(3):353-9.

- 64- Duarte RE, Muñoz DA, Cepero MF, Cardoso HJ, Estenoz FA. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev. AMC. 2007; 11(1):2-4.
- 65- Brinton LA, Reeves WC, Brine's MM. Parity and risk factors for cervical cancer. Am J Epidemiology. 2005; 130: 486-96.
- 66- World Health Organization. Cervical cancer, oral contraceptives and parity. Geneva, WHO, (Epidemiological Record, No 30), 2006.
- 67- Santos B, Pereira M. Estilo de vida de mulleres con cáncer cérvico-uterino. Joao Pessoa. 2006; s.n.
- 68- Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino. AMC 2008; 12(5). <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 12 diciembre 2009].

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Modelo de consentimiento informado**

Yo: \_\_\_\_\_. Estoy dispuesta a participar en la investigación: Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino una vez que se han explicado los objetivos y beneficios que aportará para elevar la calidad de vida de la mujer.

Se me comunica que toda información que voy a brindar se mantendrá en el anonimato, y que tengo la posibilidad de retirarme de la investigación durante la entrevista cuando lo considere necesario.

Para que así conste firmo la presente por mi libre voluntad a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2018.

## **Anexo 2**

### **Sesión 1**

#### **TECNICA DE PRESENTACION: “Los refranes”.**

Objetivo:

- Propiciar que los sujetos se conozcan y comiencen a formar el grupo de trabajo.
- Estimular la reflexión sobre refranes populares y la comunicación entre los sujetos.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales: tarjetas con refranes in completos.

Procedimiento: Se introduce la actividad conversando a cerca de los refranes y el mensaje popular que encierra. Se invita a los miembros del grupo a reflexionar sobre uno de ellos.

Más adelante se entregan las tarjetas con el inicio y el final de refranes. Se pide una voluntaria para que lea en voz alta el inicio de un refrán y a otra su continuación. Después ambas exponen sus criterios a cerca del mismo. De esta forma se hace con el resto hasta terminar con la participación de todos os sujetos del grupo.

Se estimula a las dos que analizaron cada refrán a la comunicación entre ellas para darse a conocer, es decir, intercambiar sobre sus características, aspiraciones, motivaciones y otros aspectos personales. Finalmente, cada miembro presenta a su compañero.

#### **TÉCNICA DE CALDEAMIENTO: Expectativas.**

Materiales: Hoja y lápiz para cada participante.

Pizarrón o papelógrafo.

Objetivos: Detectar las expectativas existentes en el grupo con relación a los talleres que se realizaran.

Procedimiento: 1) Entregar una pequeña hoja a cada miembro del grupo.

2) Cada participante responde por escrito a la siguiente pregunta:

¿Qué esperas conseguir al concluir estos talleres?

- 3) Después de responder de forma individual y anónima se pondrán los papelitos en una caja para mezclarlos, una vez todos mezclados cada participante tomará un papelito al azar y va leyendo en voz alta para todo el grupo.

El coordinador comenta las expectativas planteadas y las relaciona con las características del programa. Sus objetivos, contenidos y la manera en que se va a trabajar en cada sesión.

## **CUESTIONARIO**

Compañeras (a): Estamos realizando una investigación valiosa para fortalecer el trabajo que realizamos. Tales razones hacen que le solicitemos nos respondan las siguientes interrogantes, con la mayor sinceridad.

De antemano gracias por su colaboración.

Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_

1. De los aspectos, marque con una (x) aquellos que tienen que pueden relacionarse con el cáncer cérvico uterino.

- a) \_\_\_\_\_ Comienzo de relaciones sexuales a temprana edad.
- b) \_\_\_\_\_ Tres o más compañeros sexuales en el último año.
- c) \_\_\_\_\_ Madre multípara (varios hijos).
- d) \_\_\_\_\_ Infección vaginal a repetición.
- e) \_\_\_\_\_ Hábito de fumar
- f) \_\_\_\_\_ Uso de dispositivo intrauterino.
- g) \_\_\_\_\_ Consumo de tabletas anticonceptivas
- h) \_\_\_\_\_ Uso del preservativo.
- i) \_\_\_\_\_ Embarazo y parto a edades tempranas.

2. Marque con una (x) a que edad se deben iniciar las relaciones sexuales.

- a) \_\_\_\_\_ 12 -14
- b) \_\_\_\_\_ 15- 17



c) \_\_\_\_\_18- 21

3. ¿Considera usted que tener varios compañeros sexuales es causa de cáncer cérvico uterino? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_no.

4. ¿Considera usted que los desgarros después del parto a largo tiempo pudieran causar cáncer cérvico uterino? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_no

5. Marque con una (x) cuál de las siguientes enfermedades pudieran estar relacionadas con el cáncer cérvico uterino?

a) \_\_\_\_\_Sífilis. d) \_\_\_\_\_Clamidia.

b) \_\_\_\_\_ VIH/SIDA. e) \_\_\_\_\_Diabetes Mellitus.

c) \_\_\_\_\_Gonorrea. f) \_\_\_\_\_Virus de Papiloma Humano (condilomas).

g) \_\_\_\_\_Herpes genital

6. ¿Considera usted que la infección vaginal mal tratada es causa de cáncer cérvico uterino? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_no

7. Los óvulos vaginales se deben colocar

\_\_\_\_Sentada \_\_\_\_ De pie \_\_\_\_ Posición de cuclillas \_\_\_\_Acostada

\_\_\_\_Superficiales \_\_\_\_Profundos

8. El aseo de los genitales se realiza: -----

9. Cuando esta con la menstruación el tiempo que puede tener colocada una íntima es de:

11. ¿Considera usted que los métodos anticonceptivos son causa de cáncer cérvico uterino? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_no

12. ¿Considera usted que el uso del condón puede prevenir el cáncer cérvico uterino? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_no

13. Marque con una (x) a que edad debe parir la mujer.

a) \_\_\_\_\_12 -14 b) \_\_\_\_\_15- 17 c) \_\_\_\_\_18- 21

## **TÉCNICA DE CIERRE: Sensaciones silenciosas**

Materiales: No se precisa de ningún material.

Objetivos: Evaluar la sesión.

Procedimiento: Al final todos nos ponemos de pie y le expresamos al que tenemos al lado, sin hablar, sólo con las manos y los gestos cómo nos hemos sentido.

Tiempo: 10 minutos.

## **Anexo 3**

### **Sesión 2**

#### **TÉCNICA DE APERTURA: Esto es un abrazo.**

Materiales: No se precisa de ningún material.

Objetivos: Desarrollar con cierta espontaneidad la cercanía con otras personas.

Producir un acercamiento físico entre las integrantes del grupo.

Procedimiento: Todas las integrantes del grupo se sientan formando un coro. Por orden y de una en una, cada fémina le dice a la persona que está sentada a su derecha y en voz alta: “¿SABES LO QUE ES UN ABRAZO?”. La persona que está sentada a la derecha de quién realiza la pregunta contesta: “NO, NO LO SÉ”. Entonces se dan un abrazo, y la persona que ha contestado se dirige a la persona anterior y le contesta:

“NO LO HE ENTENDIDO, ME DAS OTRO”. Entonces se vuelven a dar otro abrazo, la persona que le han abrazado, realiza la misma pregunta a su compañera de la derecha, realizando la misma operación. Así sucesivamente hasta que todas las integrantes del grupo hayan sido abrazadas y hayan abrazado.

Entre todas las integrantes del grupo, comentaremos la actividad, reflexionaremos sobre cómo nos hemos sentido.

Tiempo: de 10 - 15 minutos.

#### **TECNICA DE ANALISIS ¿Que hacer para no enfermar?**

Objetivo identificar la imagen que se tiene del estado de salud.

- Enriquecer los conocimientos acerca de cómo cuidar su salud arribando a criterios individuales y colectivos.

Materiales: Pizarra, tiza y pancartas.

Tiempo 20 minutos.

Procedimiento: Se introduce la actividad hablando acerca de la salud, su importancia, las enfermedades y sus consecuencias haciendo énfasis en el cáncer cérvico uterino, los

factores de riesgo que pudieran provocarlo y como cada persona toma decisiones que pueden favorecer o perjudicar su salud. Se piden criterios al respecto.

El grupo dispondrá de 5 minutos para pensar en qué hacer para no enfermarse luego en lluvia de ideas se expondrán criterios de medidas posibles para cuidar la salud que serán escritas en la pizarra, al terminar se pide reflexión acerca de los criterios semejantes para agruparlos y llegar a criterios generales del grupo.

**TÉCNICA DE CIERRE: “Rueda de comentarios”** Materiales:

No se precisa de ningún material.

Objetivos: Evaluar la sesión.

Procedimiento: Cada participante deberá expresar con una palabra, un pensamiento, una inquietud, un sentimiento acerca del tema tratado.

Estas opiniones deben ser registradas por el coordinador.

Tiempo: 5 minutos

## **Anexo 4**

### **Sesión 3**

#### **TÉCNICA DE APERTURA: Rueda de comentarios**

**Materiales:** No se precisa de ningún material.

**Objetivos:** Crear un clima de grupo, vincular la sesión anterior con la que acaba de comenzar.

**Procedimiento:** Las participantes estarán dispuestas en círculo. Se le orienta que se agrupen en grupos de tríos para que comenten lo ocurrido en la reunión anterior, de qué trato, qué hicieron, qué pensaron...etc.

Se les da 15 minutos aproximadamente para los comentarios y se le solicita que un miembro de cada equipo haga una exposición breve ante todo el grupo, aunque también pueden hacer acotaciones individuales. El coordinador recoge los comentarios por escrito.

**Tiempo:** 30 minutos.

#### **TECNICA DE ANALISIS” La balanza”**

**Objetivo:** Estimular la reflexión sobre lo que puede o no aportar a su salud.

**Materiales:** hojas, lápices, pizarra.

**Tiempo .**20 minutos.

**Procedimiento:** Se entregará una hoja de papel y lápiz a cada miembro del grupo y se les pedirá que escriban las ventajas y desventajas que tienen para ellos las siguientes acciones.

-Comienzo temprano de las relaciones sexuales.

-Promiscuidad (cambio frecuente de pareja)

-Sexo seguro

-Sexo protegido (uso del preservativo)

Se procede al debate en el grupo y se escriben en la pizarra las ideas más generales, se decide además la dirección de la balanza en cada uno de los temas y que actitud asumir

ante cada una de estas acciones. El coordinador del grupo completa la información que falte.

**TÉCNICA DE CIERRE: Tristeza y alegría.**

Materiales: No se precisa de ningún material.

Objetivos: Evaluar la sesión.

Procedimiento: Que cada participante se despida de cualquier otro que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le ha proporcionado el tema discutido. El coordinador puede poner un ejemplo para explicarle al grupo.

Tiempo: 15 minutos.

## **Anexo 5**

### **Sesión 4**

#### **TÉCNICA DE APERTURA: Globos**

Materiales: Globos, uno para cada pareja

Objetivos: Evaluar, mediante preguntas que son entregadas, los contenidos tratados y los que emergieron en la sesión anterior.

Procedimiento: se forman micro grupos (cinco de cuatro sujetos cada uno), se les entrega un globo con un papel dentro, deberán explotar el globo y, por grupo responder a las preguntas.

Tiempo: 10 minutos.

#### **TECNICA DE ANALISIS ¿Cómo conservar mi salud?**

Objetivo: Enriquecer la salud a través de medidas preventivas.

Materiales: Hojas, lápices, pizarra.

Procedimiento: Pedir a cada miembro del grupo elaborar dos listas una para lo bueno y otra para lo que es nocivo a la salud, dar lectura a las listas y escribir en pizarra idas comunes que permitan al final elaborar una lista común del grupo, por ultimo bridar alternativas a la salud basándose en esa lista, discutiendo cómo muchas personas conociendo los comportamientos nocivos a la salud los ponen en práctica, exponiendo al final como pudieran evitarse esos comportamientos.

#### **TÉCNICA DE CIERRE: El termómetro**

Materiales: Hoja con termómetro dibujado y lápiz para cada pareja.

Objetivos: Evaluar la sesión.

Procedimiento: Repartir una hoja con un termómetro dibujado y un lápiz a cada miembro que tendrá que: o Numerarlo del 10 al 100.

o Valorar la sesión de hoy. o Comentar entre todos

## **Anexo 6**

### **Sesión 5**

#### **TÉCNICA DE APERTURA: Recordando**

Materiales: No se precisa de ningún material.

Objetivos: Hacer un recordatorio de lo ocurrido en la sesión anterior.

Procedimiento: Un miembro del grupo hace un resumen de lo que ocurrió en el tema pasado, el resto va añadiendo frases o ideas para completar las reflexiones.

Tiempo: 15 minutos.

Se aplicará nuevamente el cuestionario (ver anexo 2)

#### **TÉCNICA DE CIERRE: Estatuas.**

Se les orienta a las participantes que se evaluará la sesión a través de la representación por parejas de una estatua.

“Las parejas representarán estatuas adoptando diferentes posiciones con sus cuerpos, expresando distintos gestos. Las estatuas simbolizarán estados afectivos, sentimientos, actitudes, conductas, juicios, aceptaciones o rechazos, con relación al tema tratado en el día de hoy”.

Se les da 5 minutos para la preparación de la estatua y luego cada pareja, desde sus puestos, realiza la representación.

Tiempo: 15 minutos

## **Anexo 7**

### **Sesión 6**

Evaluación general de la intervención educativa aplicada.

Llevar a la sesión un papelógrafo con las expectativas expuestas por ellas en la primera sesión y explorar el nivel en que han sido cubiertas.



El equipo investigador debe sugerir que hablen de la manera en que fueron organizadas las sesiones (apertura, análisis, cierre), en aras de perfeccionar.

Se explorará además el impacto a nivel individual (vivencias, incorporación de lenguaje técnico) CIERRE: Brindis.

Tiempo: 2 horas.