



DIRECCIÓN DE CIENCIA E INNOVACION TECNOLÓGICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. CIENFUEGOS

“Dr. Raúl Dorticós Torrado ”

Proyecto de Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral

**Título: Factores de Riesgo asociados con el Cáncer
Cervicouterino en adolescentes del Consultorio Médico de la
Familia No 1. Municipio Abreus**

Autora: * Dra. Jessica Morfa Galardis

**Residente 3año en Medicina General Integral.*

Tutora: * Janet Villafuerte Reinante

** Especialista de I y II grado en Medicina General Integral.*

Especialista de I en Histología.

MSc. Atención Integral a la mujer, Profesora Asistente.

Asesora: * Lic. María Rosa Núñez González

** Dr. C. Profesora Titular.*

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es prevenible y curable, sin embargo, es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Los comportamientos sexuales de alto riesgo suelen comenzar en la adolescencia y más de la mitad de las nuevas infecciones se producen en jóvenes. **Objetivo general:** Determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus. **Resultados:** predominaron las edades entre 15 y 17 años, en los hallazgos morfológicos el 56.7 % con presencia de exudado en Fondo de Saco, el Hallazgo de menos incidencia es el Quistes de Naboth con un 8.1% de representatividad. La Cervicitis y fácil sangrado, se comporta entre un 40.5 % y 43.2 %. En menor incidencia la textura lisa, de color rosada, la Ectopia cervical y Vasos Sanguíneos anormales, se determinaron entre un 32.4% y 37.8%. **Conclusiones:** hallazgos morfológicos en la mayoría de las adolescentes, inspección visual con ácido acético corroboró positividad, la relación existente entre los factores de riesgo asociados y hallazgos morfológicos de la mucosa cervical encontrados, determinándose factores de riesgo indirectos y directos, prevaleciendo 14 años como la edad de la primera relación sexual, número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, uso de medios de protección en la relaciones sexuales, métodos anticonceptivos que emplea, hábitos tóxicos, antecedentes Gineco-obstétricos y de ITS, los cuales se asocian a la aparición del cáncer cervicouterino.

Palabras clave: Infecciones de Transmisión Sexual, Papillomaviridae, Neoplasias del Cuello Uterino, Prueba de Papanicolaou, Adolescencia.

SUMMARY

Cervical cancer is preventable and curable, yet it is one of the most serious threats to women's lives. High-risk sexual behaviors usually begin in adolescence, and more than half of new infections occur in young people. **General objective:** To determine the relationship between the associated risk factors and the morphological findings of the cervical mucosa, in the adolescents of the Medical Office No 1, of the Abreus municipality. **Results:** the ages between 15 and 17 years predominated, in the morphological findings 56.7% with the presence of exudate in the cul-de-sac, the finding with the least incidence is Naboth's cysts with 8.1% representativeness. Cervicitis and easy bleeding, behaves between 40.5% and 43.2%. In a lower incidence, the smooth texture, pink in color, the cervical ectopia and abnormal blood vessels, were determined between 32.4% and 37.8%. **Conclusions:** morphological findings in most of the adolescents, visual inspection with acetic acid confirmed positivity, the relationship between the associated risk factors and morphological findings of the cervical mucosa found, determining indirect and direct risk factors, prevailing 14 years as the age of first sexual intercourse, number of partners with whom they have had sexual intercourse, use of means of protection in sexual intercourse, contraceptive methods used, toxic habits, gynecological and STI history, which are associated with development of cervical cancer.

Key words: Sexually Transmitted Infections, Papillomaviridae, Uterine Cervical Neoplasms, Papanicolaou Test, Adolescence.

ÍNDICE

	Pág.
Contenido	
Resumen	
Introducción	1
Marco teórico	7
Objetivos	36
Material y método. Metodología	37
Análisis de los resultados	45
Discusión de los resultados	61
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias bibliográficas	67
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Organizaciones internacionales ^(1, 2) reconocen que el cáncer de cervicouterino es uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, constituyendo a nivel mundial la segunda causa de muerte por enfermedades malignas que afecta a las mujeres, principalmente en edad reproductiva; identificado como una neoplasia maligna que se desarrolla en la porción fibromuscular inferior del útero, es en un proceso mórbido, en el cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino, reconociéndose su desarrollo muy lento y que, generalmente comienza como una afección pre cancerosa llamada displasia, que se puede detectar por medio de una citología. ^(3, 4, 5)

Se reconoce que al cáncer cervicouterino, como uno de los padecimientos más frecuentes entre la población femenina en el mundo; estimándose que cada año se diagnostican 466 mil nuevos casos y se producen alrededor de 300 mil muertes, representando la segunda causa de defunción en países subdesarrollados ^(6, 7, 8, 9), sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer cervicouterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes, como resultado de este tipo de cáncer de cérvix, escamoso o glandular, producto de una infección no resuelta por el virus del papiloma humano (VPH); se originan en la zona de transformación, desde dónde se extienden al exocérvix, al endocérvix o bien a ambos. ^(10, 11)

Según su histología, el cáncer cervicouterino se clasifica en carcinoma de células escamosas, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso, y es el más frecuente, determinándose que aproximadamente el 80% de los casos diagnosticados padecen de Adenocarcinoma cervical, en ello, el 15% de los casos se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ, y Carcinoma adenoescamosos y neuroendocrinos; todos estos tipos de tumores presentan las mismas características clínicas y factores de riesgo. ^{(12, 13,}

¹⁴⁾ Los dos tipos histológicos de cáncer de cérvix, adenocarcinoma y carcinoma epidermoide, así como las lesiones pre invasoras, comparten los mismos factores de riesgo; reconociéndose que la mayoría están asociadas con el aumento del riesgo para la infección del HPV, actividad sexual de inicio temprano, múltiples

parejas sexuales, parejas sexuales que posean alto riesgo de infección por HPV, antecedentes personales de enfermedad de transmisión sexual, antecedentes personales de infección por HPV previa vulvar o cervical, inmunosupresión, multiparidad. ^(3, 4, 15) El conocimiento de los hallazgos histológicos y de los factores de riesgos constituye un elemento esencial para lograr mayor entendimiento de la enfermedad; en la cual, el hábito de fumar, incrementa el riesgo, pues la nicotina llega al cuello uterino y se transforma en un oncógenos capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales, situación que se agrava cuando las pacientes no acuden al estudio citológico. ^(3, 6, 7, 16)

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero; así la Organización mundial de la salud (OMS) estima que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos y mueren más de 550 000 mujeres, de estas, aproximadamente el 80% proceden de países subdesarrollados. ^(1, 2) En los países latinoamericanos, más de 30 000 mujeres mueren anualmente por cáncer cervicouterino; los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja por esta enfermedad. ^(4, 7, 16, 17)

En Cuba, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, y es la primera causa de años de vida potenciales perdidos en el país; las provincias Guantánamo, Santiago de Cuba, Holguín, Camagüey, Ciego de Ávila, Sancti Spiritus, Villa Clara, y el municipio especial Isla de la Juventud, son territorios donde la enfermedad tiene una marcada incidencia y se ha convertido en la primera causa de muerte; luego, se reconoce que en Cuba, el cáncer cervicouterino, ocupa el cuarto lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres. ^(18, 19, 20)

Situación que conllevó a las autoridades sanitarias cubanas a la toma de medidas ante ese problema de salud; una de estas medidas fue la creación del Programa

de detección precoz de cáncer cervicouterino; y a partir de sus acciones, se examinaron 871 196 mujeres en el año 2018, para una tasa de 212 por cada 1000 mujeres de 25 años y más, con reexamen cada tres años; determinándose que estas mujeres se corresponden con las pruebas citológicas actualizadas, y de ellas fueron positivos de cáncer cervicouterino

1 024 casos, constatándose, una disminución respecto a años anteriores. (21, 22)

Otra medida se consolidó con la aplicación del Programa nacional de reducción del cáncer cervicouterino, cuyo fin es la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, y entre sus proyecciones está el mejorar la salud de las mujeres mediante medidas que actúen sobre los principales factores de riesgo; dicho Programa se inició en el año 1968, y se distingue por la condición de ser su masivo, actualizándose a partir del año 2001, e incluye la atención preventiva a todas las mujeres de 25 a 59 años, con vida sexual activa, y exige la realización de una citología cervical cada 3 años. (21, 23, 24)

Colateral a estas medidas detección y prevención, se aplican otros métodos, en la atención primaria, de tamizajes, que permiten detectar lesiones pre-malignas, entre estos métodos se encuentra la inspección visual con ácido acético (21, 22, 25, 26), una prueba barata y sencilla según la cual se aplica una solución diluida en el cuello uterino y lo examina para ver si el tejido anormal se tiñe de blanco cerca de la zona de transformación, lo que se considera positiva para cambios celulares pre cancerosos o cáncer invasivo en estadios tempranos, así la inspección visual con ácido acético (IVAA) tiene la ventaja de que no requiere un laboratorio ni capacitación intensiva para el personal, además los resultados están disponibles inmediatamente y puede hacerse en el Consultorio médico de la familia. (21, 22, 27)

La posibilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento; sin embargo, éste sigue siendo uno de los principales tumores en la mujer y un problema de salud que puede mitigarse, y para ello, es fundamental la realización de un trabajo preventivo para su diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado. (23, 24, 27)

El cáncer cervicouterino se reconoce como una enfermedad de transmisión sexual, constituyendo a escala mundial la segunda causa de enfermedad más

importante en mujeres jóvenes de países en desarrollo y la principal causa de infertilidad, discapacidad y muerte en el mundo; la infección se puede expresar en forma clínica, subclínica o latente. (3, 8, 9, 21, 22)

Fundamentación del problema

Entre las 10 primeras causas de cáncer en la mujer se incluyen las localizaciones anatómicas, las neoplasias malignas del aparato reproductor (cérvix, ovario y cuerpo de útero), con algunas variaciones en dependencia del área o región que se analice, solo superadas por el cáncer de mama, pulmón y colorrectal, mientras que otras localizaciones como vulva y vagina reportan valores bien distantes de las primeras localizaciones aunque con tendencia al ascenso en los últimos años, con extensión de la infección por el virus del papiloma humano. (3, 12, 25)

Según las estadísticas analizadas, las mujeres presentan una tasa de 77 por 100 000 mujeres antes de los 40 años, una tasa de 192,5 a partir de los 40 hasta los 60 años, y una tasa de 44,3 después de los 60 años. (22, 27) El cáncer del cuello del útero, cervix o simplemente, cervicouterino es la causa más frecuente de morbi-mortalidad por cáncer ginecológico y la 5ta causa de muerte por cáncer en la mujer. (4, 11, 28)

Los programas de detección y control del cáncer cervicouterino están fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. (22, 25, 29)

La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y la sobrevivencia y disminuyendo la mortalidad por cáncer; en la prevención terciaria se engloban las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad, y en ello, el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de

la promoción de la salud, protección específica y del diagnóstico precoz de la enfermedad. (24, 30, 31)

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública que se manifiesta a nivel internacional, resultando significativo su presentación en Cuba, por los altos índices de incidencia, prevalencia y mortalidad, que cada vez resultan mayores en esta patología; fenómeno que ocupa espacios de reflexión y debate científico, en pos de su prevención. (28, 29, 30, 31)

Para ese fin se aplican en Cuba Programas que se direccionan a la detección temprana y a la prevención mediante la promoción y educación para la salud; sin embargo, los resultados no se encuentran al nivel esperado, situación que convoca a profesionales de la salud a continuar investigando este fenómeno de índole sociocultural, por las causas que lo provocan, entre las cuales se encuentran: el inicio de las relaciones sexuales prematuras en las edades de la etapa de la adolescencia, el nulo, poco o inadecuado uso de los medios de protección en las relaciones sexuales, el bajo conocimiento de los métodos anticonceptivos adecuados, y de las acciones preventivas para mantener la salud, entre otras causas. (32, 33)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité de Control de las Enfermedades Transmisibles, reportan que las enfermedades de transmisión sexual, resultan más comunes en la adolescencia, con un alto porcentaje de contagios; y su incidencia en mujeres de entre 13 y 25 años aumenta, con un índice progresivo, produciendo complicaciones graves que las marcan para siempre; ^(1, 2) entre las enfermedades que se identifican se encuentra el cáncer cervicouterino, considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, que no escapa a las estadísticas en Cuba y en Cienfuegos. (34, 35)

El predominio de neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) en adolescentes responde fundamentalmente, al inicio de las relaciones sexuales tempranas y desprotegidas; luego, el período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de la adolescente es el momento más crítico para el riesgo potencial de transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical. (15, 18, 36)

Se ha demostrado que en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticas cerca de la unión escamo-columnar; así las adolescentes que inician la actividad sexual a edad temprana, cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarán una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activar la transformación de estas. ^(37, 38)

Se asevera que en Cuba el cáncer cervicouterino representa un 10 % de todas las causas de neoplasias, ocupa el segundo lugar en incidencia y cada año se ubica entre el tercer y quinto lugar de mortalidad, ^(17, 21, 27) por esa causa, mueren aproximadamente 600 mujeres al año; estas cifras expresan el número de fallecimientos, pero no realmente su incidencia, pues no toda mujer que la padece muere por su causa; y el 10 % de todas las causas de neoplasias, ocupa el segundo lugar en incidencia y cada año se ubica entre el tercer y quinto lugar de mortalidad. ⁽³⁴⁾

Así el cáncer cervicouterino es un importante problema de la salud pública, no solo a nivel mundial sino también en el país, donde se ha visto su incidencia, con una tendencia creciente en los últimos años; es una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad; es un proceso complicado al que se enfrenta la medicina, por su naturaleza compleja, diversa y multicausal. ^(21, 23, 27)

En la provincia Cienfuegos se presentan tasas de morbilidad y mortalidad similares a las reportadas a nivel nacional ⁽³⁵⁾; aunque se aplica el Programa de Pesquisa de Cáncer Cervicouterino -con cobertura nacional-, y se incluyen a todas las mujeres entre los 25-59 años con vida sexual activa, a las cuales se les realiza una citología cervical cada tres años, con la activa participación del equipo básico de salud de la atención primaria y la colaboración de la Federación de mujeres cubanas (FMC). Entre la gran masa femenina cubana se encuentran las adolescentes, quienes reciben atención especializada en las Casa de Orientación a la mujer y la familia, y en los Consultorios médicos, atendiendo a las características singulares de esta etapa de la vida, en la cual, se enfrentan a disimiles procesos de cambio, resultando vulnerables a muchos de los riesgos que pueden presentarse, según sus conductas; ^(33,37) pues se estima que el cáncer cervicouterino pudiera incrementarse en los próximos años, y el pronóstico de esta enfermedad, en gran medida depende de

factores relacionados con el huésped, la localización del tumor y el momento en que se realice el diagnóstico; luego, es esencial la realización de acciones que mitiguen su incidencia y en ello, las familias y el entorno social juegan un papel importante en la concepción de acciones que permitan el diagnóstico precoz y considerar una mejor calidad de vida en la féminas. ^(24, 25, 28, 30)

Ante esa situación se hace necesario considerar las estadísticas del municipio Abreus, las cuales presentan un aumento en los casos de esa patología en un 12.3 %, que afecta a las adolescentes ⁽³⁹⁾, y por tanto, se deberá considerar la aplicación del método científico para resolver la problemática identificada en el Consultorio médico de familia No 1, en el cual, el Análisis de la situación de salud entre los años 2010 y 2018, ⁽⁴⁰⁾ corroboró que se han identificado 15 mujeres con esa enfermedad y de estas 5 son adolescentes, además se presentan 1 145 mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer cervicouterino y de estas 347 son adolescentes.

Las reflexiones derivadas del análisis realizado permiten plantear el siguiente **Problema Científico:** ¿Serán portadoras de lesiones cervicouterino asociadas con los factores de riesgo las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus?

Hipótesis: Si existiera una relación entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, diagnosticados mediante la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético a las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus; entonces se realizarían acciones preventivas para modificar esa situación y mejorar la calidad de vida de dichas adolescentes.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1. Visión contemporánea del cáncer cervicouterino: resultados de investigaciones

El cáncer continúa siendo la principal causa de muerte a nivel mundial. En el año 2015 ocasionó 8.8 millones de defunciones y el 70% de estas muertes se registra en países de ingresos medios y bajos, donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, disminuyendo o anulando las probabilidades de tratamiento curativo. Se prevé que para el año 2032 en el mundo existirá 21.4 millones de nuevos pacientes lidiando con esta enfermedad.

(41, 42)

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y alcohol. (41, 42) El tabaquismo es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer, se le atribuye que aproximadamente el 22% de las muertes son por esta causa; así mismo las infecciones oncogénicas como el virus de las hepatitis o el papiloma virus humano ocasionarían el 25% de defunciones en países de ingresos medios y bajos. (41, 42)

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial en la población femenina, con una estimación de 530 232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en países en desarrollo. (43, 44) La concentración más elevada está en el centro de América del Sur, con aproximadamente 71.000 casos por año; en África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sudeste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año; y se reconoce que la incidencia más baja, para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia. (45)

En países latinoamericanos se registran investigaciones sobre la evolución del cáncer cervicouterino; por ejemplo en Perú, se registra una línea de pensamiento que estudia este tipo de cáncer en los últimos cinco años, a partir de identificar los conocimientos y prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de entre 20 y 30 años; (46) y en mujeres usuarias de la Unidad Oncológica de un

Centro de Salud; ⁽⁴⁷⁾ en tanto otro autor estudió la correlación colposcópica y anatomopatológica en lesiones precancerígenas de cáncer de cuello uterino, ⁽⁴⁸⁾ y por último se investigaron las determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-49 años de edad, según la encuesta demográfica y de salud familiar. ⁽⁴⁹⁾

Una regularidad en estos estudios, es que aluden a datos que indican como en Perú, en los últimos cinco años se registraron aproximadamente, 10 650 casos de cáncer; de los cuales, 7 537 correspondieron a casos nuevos (70,8 %), de estos el 66,0 % correspondieron al sexo femenino; la mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se concentra entre la población de 60 y 79 años (50,6 %); mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se concentra entre los 45 y 69 años (51,0 %) ^(46, 47).

Además se plantea, que en Perú, el cáncer de cuello uterino es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, cada 5 horas muere una mujer por esta patología, reconociéndose la localidad de Trujillo, como aquella que tiene la tasa más alta 43.9 %; seguido por Arequipa con 35.2% y Lima presenta la tasa más baja con 19.6%. De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, éste último representa el 36.7% de los casos recolectados en Lima. ^(48, 49) Estos hallazgos resultan paradójico si se tiene en cuenta que el cuello uterino es de fácil acceso y existen estrategias debidamente probadas que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz. ⁽⁴⁹⁾

La mayor parte de las neoplasias en el Perú están asociadas a hábitos de vida poco saludables como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, consumo exagerado de grasas y poco consumo de frutas y verduras; asociadas a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori*, luego, se evidencia que las principales neoplasias en adultos, a nivel nacional, están localizadas en el cérvix, estómago, mama, piel y próstata. ^(46, 47, 48, 49)

En un estudio realizado en México se aportan datos tomados de la American Cancer Society (2018), ⁽⁴⁵⁾ que evidencian como en Estados Unidos se diagnostican alrededor de 13 240 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino y mueren alrededor de 4 170 mujeres por esta causa, resultado de un

diagnóstico, que se realiza con mayor frecuencia en las mujeres de entre 35 y 44 años.

De acuerdo al Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC, ⁽⁴⁵⁾ las mujeres hispanas tienen más probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, seguidas de las mujeres de raza negra, las asiáticas, las isleñas del Pacífico, y las mujeres de raza blanca, las indias estadounidenses y las mujeres oriundas de Alaska tienen el menor riesgo de cáncer de cuello uterino en este país.

En otros estudios de autores latinoamericanos, se evidencia la preocupación por las causas que originan cifras altas de cáncer de cuello uterino y como intervenir para mitigar sus efectos; ^(50, 51, 52) en tanto, otros investigadores aportan estadísticas del comportamiento de la cadena de valor no sanitaria en los tratamientos del cáncer cervicouterino ⁽⁵³⁾ y de la influencia del tabaquismo en mujeres fumadoras y su asociación con atipia del cérvix uterino. ⁽⁵⁴⁾

En un estudio se develó que en estos países latinoamericanos el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres jóvenes, y los países con tasas de incidencia mayores de 30 x 100 mil mujeres son Guyana (44.7), Nicaragua (39.9), Honduras (37.8); el Salvador (37.2 x 100 mil), Bolivia (36.4), Paraguay (35.0), Perú (34.5), Venezuela (31.4) y Guatemala (30.5); Chile y Puerto Rico presentan tasas menores de 15 x 100 mil mujeres (14.4 y 7.5, respectivamente). ⁽⁴⁵⁾

La American Cancer Society ⁽⁵⁵⁾ alude a estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino, y en ello, reconoce que las muertes por esa enfermedad en España, ocupan el tercer lugar de la mortalidad, por cáncer en la mujer, en el mundo, con un total de 31 712 defunciones, lo cual representa el 8.22 % de las muertes ocurridas por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad estandarizada de 7.8 x 100 mil mujeres; las tasas de mortalidad son coincidentes con la incidencia reportada para países en América Latina.

Las tasas de mortalidad más elevadas por arriba de 20 x 100 mil mujeres se observaron en Jamaica, Guyana y Nicaragua, mientras que las más bajas, menores a 7 defunciones x 100 mil mujeres se reportaron en Uruguay, Chile y Puerto Rico (6.8, 6.6 y 2.8 respectivamente). ⁽⁴⁵⁾

Según un estudio reciente, ⁽⁵¹⁾ el pronóstico en las pacientes con cáncer de cuello uterino depende de la etapa de la enfermedad; y en general, las tasas de supervivencia a los 5 años se presentan en: primera etapa, más del 90% de probabilidades de recuperación; segunda etapa, entre el 60 y el 80%; tercera etapa, aproximadamente el 50%; y en la cuarta etapa, menos del 30%; fenómeno que se reconoce como un grave problema de salud, en el cual la acción preventiva y la detección temprana y oportuna en sus primeras etapas, permitirá proporcionar a la mujer que la padece la oportunidad de vivir con calidad y sobre todo libre de cáncer. ^(45, 51, 54)

En Cuba, según reportes del Anuario Estadístico de Salud ⁽³⁴⁾, el cáncer cervicouterino se considera como la quinta causa de mortalidad por tumores malignos en la mujer, reportándose en ese año 512 muertes, para una tasa de mortalidad de $9,1 \times 100\,000$ habitantes; la mayoría de estas neoplasias tienen origen epitelial y se deben a cepas oncógenas del HPV; ⁽⁵⁴⁾ reconociéndose 15 tipos de HPV de alto riesgo y los especímenes 16 y 18 son responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino; demostrándose que durante el desarrollo puberal el epitelio cilíndrico del endocérnix (secretor de moco), se une al epitelio escamoso que cubre el exocérnix en el orificio cervical externo. ^(36, 37, 54)

Otros estudios reflejan resultados que conllevan a la búsqueda del nivel de conocimientos a partir de considerar los factores de riesgo y prácticas de autocuidado para prevenir el cáncer de cuello uterino, ⁽⁵⁶⁾ las actitudes hacia la vacuna del papiloma humano; ⁽⁵⁷⁾ la exposición a sus factores de riesgo; ⁽⁵⁸⁾ el uso de guías clínicas para el tratamiento; ^(58, 59, 60) y la repercusión social que produce esta enfermedad. ⁽⁶¹⁾

Los estudios antes analizados se direccionan a las mujeres adultas; sin embargo, es de interés de esta investigación la gestión del conocimiento acerca de cómo se manifiesta el cáncer cervicouterino en las adolescentes en el contexto latinoamericano y en particular en el cubano; para ello se analizaron estudios que refieren la búsqueda del nivel de conocimientos de los adolescentes desde diferentes direcciones.

Así, se analizaron varios estudios que miden el nivel de conocimientos de los adolescentes en cuanto a la relación entre las características sociodemográficas y el cáncer de cuello uterino; ⁽⁶²⁾ las actitudes y prácticas acerca del Virus Del Papiloma Humano; ^(63, 64) la prevención primaria del cáncer de cuello uterino ^(65, 66) y los efectos de un programa educativo sobre medidas preventivas en cáncer de cuello uterino; estableciéndose como una regularidad que el nivel de conocimientos es bajo, y falta la concientización ante los efectos de la enfermedad, luego, la acción preventiva es generalmente nula, asociada con factores socioculturales desfavorables en esa etapa del vida.

2. Factores de riesgo de padecer cáncer cervicouterino

Para el análisis de los factores de riesgo de padecer cáncer cervicouterino se estudiaron investigaciones que tributan a ese tema; ^(17, 21, 23) en las cuales se refleja el comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino y la caracterización de la neoplasia intraepitelial cervical en mujeres; además se consideraron otros estudios que aluden a las adolescentes en diferentes espacios y contextos, en las cuales se particulariza en la influencia del rol de género en la conducta sexual de riesgo,⁽²⁹⁾ en el comportamiento sexual ⁽³³⁾ y los hallazgos en el exudado vaginal simple y los factores de riesgo. ^(37, 56)

En otros estudios se debate sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y prácticas de prevención, ⁽⁴³⁾ autocuidado. ⁽⁵⁶⁾ Como una regularidad en todos estos estudios analizados se presenta que la mayor parte se direcciona a la mujer adulta, y en los resultados se infiere que hay altas tasas de cáncer cervicouterino sin importar edades y contextos geográficos, políticos y económicos.

Así, los factores que condicionan las altas tasas de cáncer, en países latinoamericanos, se reconocen en: idiosincrasia de la población, pobre conocimiento en prevención de esta enfermedad, bajas coberturas de tamizaje, demora en la presentación de la paciente a la consulta especializada y en la entrega de resultados, alta pérdida en el seguimiento a las pacientes con tamizaje positivo, bajo número de centros de tratamiento, centralismo de los casos, 80% de

los casos en estadios avanzados; (17, 21, 23, 58) condiciones que dificultan el logro de los objetivos, en la lucha contra el cáncer de cuello de uterino. (58)

Otros investigadores recrean en sus resultados los factores de riesgo que condicionan el desarrollo del cáncer cervicouterino: (29, 33, 33, 34, 36, 37) infección por el papiloma Virus Humano (VPH), el tabaquismo, las dietas no saludables, sistema inmunológico débil, factores hormonales, relaciones sexuales a edades tempranas, fallas en la protección, el uso de anticonceptivos hormonales, múltiples gestaciones y una variedad de compañeros sexuales (promiscuidad).

En otros estudios se alude a un fenómeno internacional que afecta a la población femenina y la conlleva a padecer cáncer cervicouterino: la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la cual se ha convertido en las últimas décadas en la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes. (12, 21, 27, 37, 58)

Así se reconoce que existen más de 100 genotipos de VPH que pueden infectar al ser humano y de ellos 30 aproximadamente, tienen predilección por el tracto genital, mucosa oral y respiratoria; y algunos genotipos del VPH pueden provocar cáncer como es el caso de los genotipos 16 y 18 que están asociados a cáncer de la zona anogenital como el cérvix, vulva, vagina, pene, y el ano. (17, 21, 43, 56, 58)

La identificación de los factores de riesgo que causan cáncer cervicouterino resulta vital entre la población femenina a nivel mundial, aspecto que ocupa espacios de reflexión y debate en eventos científicos, reconociéndose su importancia en la prevención de esa enfermedad que es causa de costos económicos y de afectaciones a la salud, sobre todos en adolescentes y jóvenes; (29, 31, 32, 38, 39, 56, 58) situación que supone un conocimiento previo de la enfermedad y su riesgo, y en la cual deberán involucrarse diferentes factores culturales y sociales. (39, 40, 56)

En la opinión de varios investigadores: se reconoce que Cuba, no escapa a esa situación, considerada como un problema de salud que incide en la calidad de vida de mujeres adolescentes y adultas; (12, 23, 39), para lo cual, se han creado productos científico técnicos que ayudan al diagnóstico de la enfermedad; sin embargo se reconoce que en la prevención influye el nivel de conocimientos que se logra en

esa población para evitar caer en la misma, ^(15, 18, 25) construyendo una cultura de la responsabilidad ante la necesidad de la prevención, con el fin de disminuir la incidencia de las enfermedades por el cáncer ^(29, 31).

La literatura científica avala que el cáncer de cuello uterino, es una enfermedad prevenible y curable, por ello es importante que la población tenga un conocimiento previo de esta enfermedad y sus factores de riesgo; ^(43, 44, 46, 47) en ello, el rol del profesional de la medicina y la enfermería está dirigido al desarrollo de prácticas preventivas como la educación en aspectos relacionados a estilos de vida saludables como: no fumar, tener una vida sexual sana, una alimentación balanceada, asistir periódicamente al médico y con la realización de la prueba citológica, entre otras medidas.

Dicha prevención alude al nivel de conocimientos que se logre sobre el cáncer de cervicouterino, reconocido en la literatura científica como una alteración celular que se origina en la unión pavimentosa cilíndrica; que incluye las células escamosas externas, las células glandulares internas o ambas, y la lesión precursora es una displasia, luego se desarrolla neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o adenocarcinoma in situ, que posteriormente se puede tornar en cáncer invasor. ^(21, 23, 38)

Este proceso puede ser bastante lento, pero en la medida en que se torna invasivo, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma del cuello uterino y la extensión del tumor puede manifestarse, en último término, como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente, incluso la vejiga o el recto ^(28, 33, 37).

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, la infección por el papiloma virus humano (PVH) se ha constituido como el principal factor; pero además existen otros como el número elevado de partos, tabaquismo, consumo prolongado de anticonceptivos orales, inmunodepresión, edad temprana de inicio de la primera relación sexual, número elevado de parejas sexuales, dieta no saludable, antecedente familiar, condición de pobreza ^(46, 51, 59).

El papiloma virus humano (PVH) es una partícula química de ADN de doble cadena sin envoltura y pertenece a la familia Papovaviridae. El PVH tiene una

predilección para la diferenciación de epitelio escamoso, donde infecta y transforma las células huésped. Hasta la fecha, se han identificado y clonado más de 115 genotipos diferentes de PVH; los tipos de PVH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales; los siguientes tipos más comunes son (31, 33, 35, 45, 52 y 58) son responsables de 20% de neoplasias. (31, 33, 35, 45, 52 y 58) Las infecciones cervicales con PVH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial (9, 11, 46, 48).

Todavía no existe un tratamiento para la infección del papiloma virus humano; cuando ocurre esta infección esta puede persistir por largos periodos en la vida, se argumenta que en muchos de los casos, la infección activa es controlada por el sistema inmune y puede optar por la desaparición por completo o bien se vuelve latente; sin embargo, no es posible predecir cuándo el virus volverá a estar activo nuevamente en el caso de la infección latente; también se argumenta que los demás factores de riesgo la pueden convertir en activa (44, 45).

En mujeres que inician vida sexual a temprana edad, el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino es 26 veces mayor en comparación con mujeres que inician sus relaciones sexuales mucho después de la menarquia. Así mismo mujeres que limitan el número de sus parejas sexuales tienen un menor riesgo de cáncer cervical. Menos parejas sexuales hacen que tenga menos posibilidades de contagiarse con el Papiloma Virus Humano (PVH), además disminuyen el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual e infecciones pélvicas (45, 48).

Está demostrado que las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer cáncer del cuello uterino respecto a las no fumadoras; pues fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones, estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo y se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras y se cree que estas sustancias dañan el ADN de las células contribuyendo al origen del cáncer de cuello uterino (28, 38).

Mujeres que han tenido muchos embarazos completos y multiparidad tienen riesgo mayor de padecer cáncer del cuello uterino, ello, puede deberse a cambios hormonales durante el embarazo que condicionarán a que las mujeres sean más susceptibles a infección con PVH o crecimiento tumoral. También se cree que el sistema inmunitario de las mujeres embarazadas pudiera estar debilitado lo que permite la infección con PVH y crecimiento tumoral (28, 38).

El virus de VIH SIDA daña el sistema inmunitario del cuerpo. Esto parece aumentar el riesgo de las mujeres a infecciones por PVH, lo que aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino. Se afirma que el sistema inmunitario es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres con VIH, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de lo normal. (28, 29, 38)

Mujeres con una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pueden aumentar el riesgo de cáncer del cuello uterino. Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por PVH y la evolución de las lesiones de cáncer cuello uterino. El uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados es otro factor de riesgo que aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, pero este riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras (14, 27, 38).

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias, si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido; esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con PVH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos (17, 21,38)

3. Síntomas y signos de cáncer cervicouterino: prevención y tratamiento

Varios autores reconocen que el primer síntoma de cáncer de cuello uterino es el sangrado vaginal anormal después del coito o después de la menopausia con períodos menstruales más abundante y que duran más de lo usual, secreción marrón maloliente, disuria. (7, 9, 21, 32, 40) El tumor crece extendiéndose a lo largo de las superficies epiteliales, tanto escamosas como glandulares, hacia arriba de la cavidad endometrial, a través del epitelio vaginal y lateralmente a la pared pélvica y puede invadir la vejiga y el recto directamente, dando lugar a estreñimiento, hematuria, fístula y obstrucción uretral, o incluso hidronefrosis.

Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, se pueden realizar varios métodos: valorar antecedentes y examen físico, examen pélvico, citología del cuello uterino, prueba del papiloma virus humano, legrado endocervical, inspección visual con ácido acético IVAA, colposcopia, biopsia. (21, 23, 38, 41)

La citología es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio (7, 8, 9).

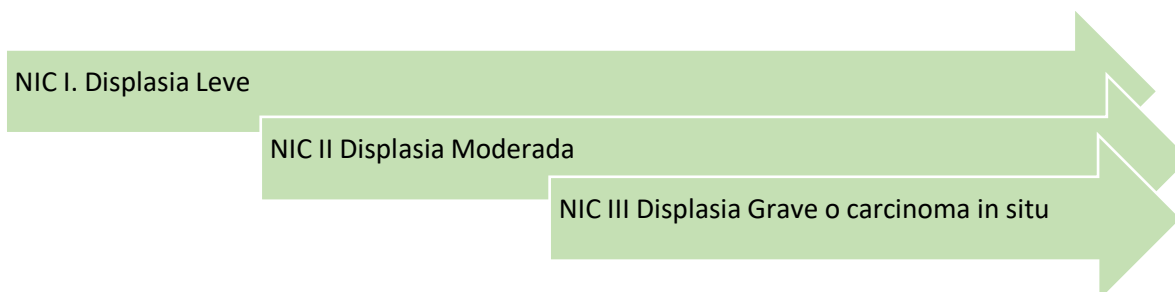
La Inspección visual con ácido acético IVAA es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas. Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (PVH) es otra alternativa para el despistaje del VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP. Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el diagnóstico de VPH y su complejidad puede significar una limitación (7, 8, 9).

La colposcopia es un procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las

lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas de contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. (7, 8, 9)

La biopsia cervical consiste en la obtención de una muestra de tejido de cuello uterino, puede ser única o múltiple. La biopsia es selectiva, y se debe emplear fundamentalmente para la confirmación histopatológica de una citología y/o una colposcopia anormal, lo que al final permitirá plantear un tratamiento según los hallazgos. La biopsia puede ser de dos tipos: Exocervical dirigida con colposcopia y guiada con pinza para biopsia, endocervical que consiste en un raspado del canal sin anestesia, examen fraccionado del canal cervical y la zona correspondiente al orificio cervical interno. (7, 8, 9)

Las lesiones pre malignas se clasifican de acuerdo a la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC):



La Clasificación por etapas del carcinoma de cuello uterino es de acuerdo a la FIGO: (7, 8, 9).

- Carcinoma Preinvasivo Etapa 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial
- Carcinoma invasivo Etapa Ia Carcinoma confinado estrictamente al cuello uterino
- Etapa Ia carcinomas preclínicos del cuello uterino, es decir los diagnosticados solo al microscopio
- Etapa Ia1 Invasión mínima del estroma, microscópicamente evidente
- Etapa Ia2 Lesión detectada microscópicamente y que se puede medir. No debe tener una profundidad mayor de 5 mm ni una extensión horizontal mayor de 7 mm

- Etapa Ib Lesiones invasivas que miden más de 5 mm
- Etapa IIb El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no se ha extendido hasta la pared
- Etapa IIa Sin afectación del parametrio
- Etapa IIb. Afectación del parametrio
- Etapa IIc El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica
- Etapa IIIa Sin extensión a la pared pélvica, pero con afectación del tercio inferior de la vagina
- Etapa IIIb Extensión hasta la pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcionante
- Etapa IVd El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta desde el punto de vista clínico a la mucosa de vejiga o recto
- Etapa IVa extensión del crecimiento a órganos adyacentes. (Afectación de mucosa rectal o vesical)
- Etapa IVb Metástasis a distancia

El tratamiento de la neoplasia intracervical de alto grado NIC II y NIC III se debe realizar teniendo en cuenta la edad, los deseos de gestaciones futuras, la localización y extensión de la lesión, el riesgo quirúrgico, la facilidad de seguimiento a la paciente. En aquellas pacientes jóvenes o con deseo de embarazo, que presenten lesiones muy limitadas, visibles en toda su extensión, sin compromiso del canal se podría utilizar la criocirugía, la vaporización láser, en especial en lesiones de NIC II, o los procedimientos de LEEP, LLETZ, o conos poco profundos. En las lesiones de NIC III, se prefieren los métodos escisionales para obtener una muestra adicional para patología. (7, 8, 9).

Para el tratamiento del cáncer de cérvix invasivo se recomienda Histerectomía extrafascial, la amputación cervical se plantea en algunas pacientes como alternativa en pacientes seleccionadas (jóvenes, nulíparas sin paridad satisfecha o con bordes de sección quirúrgica libre). En el caso de las pacientes con contraindicaciones quirúrgicas se obtienen los resultados similares con el uso de la braquiterapia de baja o alta tasa a 70 Gy. También en estadios más avanzados se administra quimioterapia y radioterapia. (7, 8, 9)

Las prácticas de prevención son un componente esencial en la lucha contra el cáncer. Según la organización mundial de la salud ⁽⁴²⁾ la prevención de la enfermedad son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. En este contexto, las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a las mujeres y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo; luego, la modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de esta neoplasia.

La Prevención Primaria refiere las medidas orientadas a evitar la aparición del cáncer de cuello uterino mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes, su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir disminuir el número de casos nuevos y en la prevención primaria incluye acciones que se aplican sobre las personas en el periodo pre patológico, en donde los distintos factores de riesgo y causales no han originado la enfermedad aún. ^(23, 25, 31)

Dicha prevención primaria plantea un gran reto para el equipo de salud y en particular para los profesionales de la salud, ya que este tipo de intervención requiere de un esfuerzo personalizado y eficaz para educar a la persona. Para persuadir a las personas para que adopten estilos de vida saludables y trabajar sobre los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de cáncer de cuello uterino, enfermería debe asumir el papel de un agente de cambio y para ayudar a la mujer a modificar sus hábitos, tendrá que mejorar su capacidad de comunicación y asesoramiento; por su parte, cada mujer deberá asumir el grado de responsabilidad que le corresponde, para mejorar su propia salud ^(15, 18, 23, 37).

La Prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino incipiente (sin manifestaciones clínicas); cuyo significado está en la búsqueda en mujeres aparentemente sanas, un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico

y la búsqueda de casos y lo ideal, sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes (15, 18, 23, 37).

La Prevención terciaria se refiere a acciones relativas a la recuperación del cáncer de cuello uterino clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento de la paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportuna. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al ser diagnosticados de cáncer de cuello uterino; facilitar la adaptación a los problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (15, 18, 23, 37).

Las prácticas de prevención en cáncer de cuello uterino son las acciones que asumen las mujeres en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, a través de las cuales se promueven conductas positivas para prevenir este tipo de cáncer. Las principales prácticas de prevención son toma anual de Papanicolau, tener una dieta saludable, educar sobre los factores protectores y factores de riesgo, vacuna contra el Papiloma Virus Humano (15, 18, 23, 37).

Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (PVH):

1. La bivalente (y la tetravalente) que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de PVH16, PVH18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales.
2. La vacuna tetravalente también protege contra PVH6, PVH11 que se asocian a verrugas genitales.
3. La nonavalente que incluye protección contra PVH.

Luego, es necesario promocionar una dieta saludable, basado en alimentos derivados de las plantas como frutas, vegetales, legumbres y granos es una manera sencilla de disminuir el riesgo de desarrollar cáncer y fortalecer su sistema inmunológico. (15, 23, 45) Los alimentos derivados de las plantas son ricos en vitaminas, minerales, y en compuestos que combaten el cáncer, tales como los antioxidantes, los fitoquímicos y la fibra, estos compuestos ayudan a evitar que el

cáncer se desarrolle y a combatirlo una vez diagnosticado, así el reducir el consumo de tabaco para reducir de manera eficiente y eficaz el riesgo que suponen los productos del tabaco sobre el desarrollo de cáncer de cuello uterino, luego, es indispensable proteger a los no fumadores de la exposición al humo del tabaco y regular sus productos ^(12, 23, 26).

Una manera bien comprobada de prevención secundaria para cáncer de cuello uterino consiste en hacer pruebas de detección para encontrar pre cáncer antes de que se tornen en cánceres invasivos, pues, si, se encuentra un pre cáncer, se puede tratar de detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience, y resulta importante tener en cuenta que la mayoría de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho pruebas con regularidad ^(18, 24, 26).

Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino se deben solicitar por las féminas tres años después de haber comenzado las relaciones sexuales; posteriormente toda mujer con antecedente de actividad sexual debe realizarla, cada año de forma obligatoria a partir de los 25 años de edad, dado que a estas edades se suelen encontrar mayor número de casos de cáncer de cuello uterino. ^(36, 37, 43, 44)

Las mujeres que están siendo pesquisadas para detectar el cáncer de cuello uterino necesitan recibir información exacta acerca de la enfermedad, su diagnóstico y el tratamiento, jugando un rol esencial los profesionales de salud debe motivar a toda mujer, sobre todo las que se encuentran entre los 25 y 65 años de edad, a realizarse un examen periódico. ^(36, 37, 43, 44)

El cáncer de cuello uterino, es una enfermedad prevenible y curable, por ello es importante que la población tenga un conocimiento previo de esta enfermedad y sus factores de riesgo. el conocimiento es la información adquirida por la persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad, para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie y la cognición se relaciona con las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar ^(28, 32, 38, 44).

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico, en este caso el conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, el conocimiento conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales y el conocimiento holístico, se refiere a la totalidad percibida en el momento de la intuición, luego, de acuerdo al conocimiento que una persona tenga sobre un determinado tema, va a dirigir sus actitudes, estas sean favorables o desfavorables. (3, 5, 7, 58).

Existen tres niveles de conocimiento: (3, 23, 43, 58).

- Nivel 1: conocimiento alto cuando hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda sobre los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.
- Nivel 2: conocimiento medio, hay una integración parcial de las ideas manifestadas, conceptos básicos y eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos.
- Nivel 3. conocimiento bajo, existe ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, sobre el cáncer de cuello uterino (Hernández, 2012).

El nivel de conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino es la información adquirida a través de los años por la experiencia, la educación, y que va a favorecer de manera importante respecto a la toma de decisiones para adoptar una cultura saludable, con prácticas preventivas sobre los factores de riesgo, para el fortalecimiento de su autocuidado. (7, 23, 43, 57, 58).

Para el desarrollo del autocuidado por parte de las mujeres requiere de conocimiento, habilidad y motivación, que se pueden desarrollar a lo largo de la vida y con el apoyo del personal de salud, es decir la actividad de autocuidado definida como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con

acciones deliberadas e intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano; concepto que se aprecia como en la adquisición del autocuidado, que debe tener en cuenta elementos denominados factores condicionantes básicos. (3, 5, 56, 57, 58).

Los factores condicionante básicos son condiciones internas y externas de la personas que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello. (3, 7, 57, 58).

Es así como las personas aprenden y desarrollan prácticas de prevención que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar; todas estas actividades son mediadas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizan como parte de la rutina de vida y en cada una de las actividades se refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. (3, 5, 23, 43, 44).

Como parte de la investigación se revisaron y analizaron concepciones de diferentes investigadores sobre el tema:

- Estudio sobre conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca en México, encontrando que los participantes masculinos iniciaron su vida sexual más temprano que las mujeres 25,7% y tuvieron un mayor número de parejas 34,09%. Cerca de la mitad no utilizaba el preservativo durante sus relaciones sexuales. Desconocían que el virus está relacionado al cáncer cervicouterino 17,5% y ambos géneros ignoraban que el VPH puede provocar cáncer en el hombre 0,09%, tampoco conocían las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad 1,7%. Los estudiantes del área de la salud tuvieron un mayor conocimiento en el diagnóstico del VPH. La edad no influyó en el conocimiento del virus. ⁽⁷⁾

- Un estudio nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cervicouterino en mujeres de Cumanayagua en Cuba, encontrando que el 80,3% tiene algún hábito tóxico, predominó el consumo de cigarrillos con el 41.1%, el 33.3% presentó infección por virus papiloma humano, el 23. % se practicó abortos, el 17.6% fueron instrumentados, el síntoma predominante fue dispareunia en 47.0%, el 88.2% de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa adulta, el 92.1% posee desconocimiento sobre el cáncer cérvicouterino, de ellas el 58.82% con conocimientos regulares y el 33,33% malos. ⁽²³⁾
- Se desarrolló una investigación sobre conocimiento y prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 30 años atendidas en el centro de salud defensores de la patria, Ventanilla en Lima, encontrando que el 56.9% tienen un nivel de conocimiento medio y 22.1% conocimiento bajo. El 49.5% tienen un nivel de práctica de regular y el 27.1% nivel de practica bueno sobre prevención de cuello uterino. Concluyendo que si existe correlación entre conocimiento y práctica de prevención de cáncer de cuello uterino. ⁽⁴⁶⁾
- Un estudio sobre nivel de conocimiento y la práctica preventiva de cáncer de cuello uterino de estudiantes de enfermería. Universidad Nacional del Santa, en Chimbote, encontrando que el 68.3% tienen un nivel de conocimiento medio, 25.4% conocimiento alto y 6.3% conocimiento bajo, El 74.6% realiza una adecuada práctica preventiva y el 25.4% inadecuada practica preventiva. De las estudiantes de enfermería con Nivel de conocimiento medio el 83.7% presenta una práctica preventiva adecuada; Estudiantes que presentan un nivel de conocimiento alto, el 68.8% mantiene una adecuada práctica preventiva, y del 100% con conocimiento bajo realiza inadecuadas prácticas preventivas. Existiendo relación estadística significativa entre ambas variables. ⁽⁴⁴⁾
- Un estudio sobre nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino y actitudes hacia la vacuna del papiloma humano. Institución educativa Javier Heraud en Trujillo encontró que el nivel de conocimiento es bueno en un

28.4%, regular 38.8% y malo en un 32.8% y la actitud fue favorable en un 32.8% y desfavorable en un 67.2%. ⁽⁵⁷⁾

4. Antecedentes y situación actual en Cuba

En Cuba, la atención a la salud de las personas es una prioridad manifiesta en el Programa social cubano de la Revolución, cuyos antecedentes tienen su origen en el Programa del Moncada, que identificó entre los graves problemas sociales latentes en 1953 esa situación, revertida a partir de 1959, y manifiesta, hasta hoy con la principal arma de combate que es el humanismo que caracteriza al Sistema de salud cubano.

En ello, las políticas públicas y de gobierno se sustentan en los Lineamientos del Partido Comunista de Cuba y en la Constitución de la República, a partir del principio de la igualdad, la equidad y la inclusión social, bajo la condición de la atención a la salud de forma gratuita, sustentada en la prevención, la curación y la rehabilitación.

En las Proyecciones de la salud pública cubana, se establecen ocho áreas prioritarias, enmarcadas en tres grupos: 1. Las enfermedades transmisibles; 2. Las enfermedades no transmisibles; y 3. Los grupos especiales. ⁽⁵⁴⁾

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pertenecen a las enfermedades transmisibles, en 1972 se constituyó el Programa nacional de epidemiología y control de enfermedades venéreas y se establecieron los lineamientos generales cuyos objetivos fundamentales consistían en erradicar la sífilis congénita, disminuir la morbilidad por sífilis reciente y reducir la sífilis tardía a su mínima expresión, lo cual fue logrado; actualmente, ese Programa continúa desarrollándose con el nombre de Programa nacional de control de infecciones de transmisión sexual. ⁽⁵⁴⁾

En dicho Programa se presta atención a los tumores malignos, que constituyen un aspecto prioritario entre las enfermedades no transmisibles, y trasmisibles, como uno de los propósitos está el reducir en un 20% la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino o cáncer cervicouterino; dando prioridad a los grupos especiales: adolescentes, mujeres en edad reproductiva y adultos mayores; y en ello, se plantea disminuir en un 15% la tasa de mortalidad entre 60 y 75 años y en las

directivas para estos, es un objetivo el elevar la calidad de la atención médica para perfeccionar el modelo tecnológico, organizacional y de gestión clínica. ⁽⁵⁴⁾

El diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino constituye una línea priorizada en el Programa de salud reproductiva (antiguamente Programa nacional de atención materno infantil), que el Ministerio de Salud Pública desarrolla desde 1968; a partir de la identificación del cáncer cervicouterino, que en la actualidad el segundo cáncer más común en la población femenina mundial ^(20, 23, 24, 25, 26, 27) con tasas de incidencia que oscilan de 3,8 x 100 000 mujeres por año; situación que no es ajena a la población femenina cubana, luego, el diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo efectiva.

En Cuba, identificado como uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer ^(20, 26, 27) se estimaron en el año 2007, aproximadamente, 173 000 personas que padecieron dicha enfermedad, siendo la segunda causa de muerte en ambos sexos ^(20, 23, 24) el cáncer cervicouterino fue el tercer cáncer más frecuente en la mujer en 2003, y la cuarta causa de muerte en 2006.

En las Proyecciones de la salud pública, en Cuba para el 2015, se apuntaba que las mujeres cubanas tienen una esperanza de vida de 78.97; sin embargo, al comparar estos datos con otros países con similar esperanza de vida al nacimiento, se observa una desventaja para las dichas mujeres cubanas; pues, estos resultados sugieren, que pueden existir reservas para elevar la supervivencia; ^(23, 24, 25) situación que permite intervenir en el Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, al considerarse la realización de investigaciones encaminadas a establecer los grupos de riesgo del país, que pueden comprobar lo establecido a nivel internacional, o quizás a encontrar variantes regionales que permitan determinar patrones nacionales.

En ese interés, se valora de muy acertado las variantes preventivas que se establecen en la promoción para la educación hacia un ambiente sano para salud; entre estos se encuentran las consejerías, línea ayuda, charlas, propaganda gráfica y por los medios masivos de comunicación; sin embargo, no resultan suficientes y las enfermedades de transmisión sexual continúan en un estadio alto,

afectando, fundamentalmente a los jóvenes; y en ese sentido el cáncer cervicouterino resulta agresivo. (20, 24, 27)

Cuba es uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer, identificándose como la segunda causa de muerte y en el 2004 representó el 23,1% del total de fallecidos; el cáncer cervicouterino, en 2003, ocupó el tercer lugar, superado solo por el de mama y piel, y la cuarta causa de muerte antecedida por cáncer de aparato respiratorio, mama, e intestino, excepto recto, en 2006 y hubo una tasa de 0,2 x 100 000 habitantes en el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad. (20, 25, 26, 27)

Datos del Anuario estadístico (34) reportan, en Cuba, que prevalecen las féminas, las edades entre 13 y 24 años, y es significativo que se reportan casos de menores de 13 años en todas las provincias; las principales causas de llegar a la enfermedad se relaciona con el diagnóstico tardío, por presentarse en estado avanzado de la enfermedad, lo cual se corresponde con las características de esas edades, en las cuales predomina el miedo, la desconfianza, el temor a los padres, a la familia y sobre todo el desconocimiento que se origina en una educación de la sexualidad pobre o nula. (20, 23, 27)

El cáncer cervicouterino es una causa de muerte, y puede evolucionar para la transformación a neoplasia en un tiempo aproximado de unos diez a quince años con determinados factores precipitantes, entre los que se incluyen las relaciones sexuales precoces y el cambio frecuente de pareja; en estudios realizados en Cuba, se corroboró en la mayoría de las pacientes enfermedades precedentes: condilomas acuminados, cervicitis, gonorrea, que condujeron a graves consecuencias de alto riesgo oncogénico. (12, 15, 20, 28, 30, 31, 32)

Dada la importancia del tema, y la incidencia de las adolescentes en esa entidad que refiere el cáncer cervicouterino, se analizaron las características de ese grupo poblacional.

5. Adolescencia: antecedentes y características de esa etapa de la vida

En Estados Unidos y Europa se inicia la noción del término adolescencia, marcado por eventos relevantes relacionados con la revolución industrial, la clasificación de

edades para ejercer un trabajo y para asistir de manera obligatoria a las actividades educativas, y en la legislación laboral. (67, 68, 69)

En ese sentido, término adolescencia se expandió a otros países occidentales con un interés social, connotado de manera general como una franja etaria, en el cual emerge claramente una teoría sobre ella, que la considera como una etapa de transición tormentosa en la vida de un individuo sujeto a cambios biológicos y físicos, que influyen en el desarrollo de su personalidad. (70, 71)

En un recorrido histórico de aspectos relacionados con el surgimiento del término adolescencia, se identifica que, inicialmente, en Europa no existían restricciones etarias para determinadas actividades, pues los niños y adultos laboraban por igual en las diferentes fábricas y sitios de producción. No obstante, aparecieron leyes que establecieron jornadas laborales en las cuales se clasificaron las edades y horarios para estas actividades; en este caso, la Ley restringía el trabajo para niños de 9 a 13 años; posteriormente, en 1873, se aprobó la Ley que se encuentra en la Colección Legislativa de España (CXI, N.º 679), en la cual se establecía la obligatoriedad de la asistencia a la escuela durante tres horas por lo menos, para todos los niños comprendidos entre los nueve y trece años y para todas las niñas de nueve a catorce. (70, 71)

La modernización industrial, derivó el despido masivo que devino con la revolución industrial y la baja recompensa recibida, se inician movimientos de protesta en la primera mitad del siglo XIX, lo cual condujo a la promulgación de leyes en Francia que terminaron aprobando el ejercicio laboral solo para personas con edades comprendidas entre los 12 y los 16 o entre los 13 y los 18 años, quienes además debían estudiar y prepararse para la vida, lo cual correspondía a la clasificación etaria que se va configurando como adolescencia. (68, 69, 70)

En Latinoamérica esta noción de adolescencia se construyó bajo la influencia de normas internacionales como la Convención de los Derechos del Niño, y adoptada por diferentes países, la cual entiende a los niños y adolescentes como sujetos con deberes y derechos; reconociéndose, entonces que el nacimiento de la noción de adolescencia como una categoría en el trayecto de vida del ser humano ocurre a finales del siglo XIX, influenciado especialmente por la necesidad de organizar a

una población joven que se encontraba en las calles y en la escuela secundaria ^(71, 72, 73)

De esta manera, el reconocimiento del rol de estudiante como rasgo distintivo para esta franja de edad instauro el valor simbólico de la escolaridad y culmina el proceso histórico que crea la adolescencia: un grupo de edad protegido y dependiente, dedicado exclusivamente a prepararse para la vida e incitado a posponer de manera indefinida responsabilidades y compromisos sociales, lo cual explica a este grupo como aquel que se encuentra en una fase de moratoria social ^(73, 74)

En el siglo XX, la adolescencia se fue afianzando en el imaginario social; a partir de la participación de los adolescentes en actividades socioculturales: el cine, la música, periódicos y revistas dieron un lugar propio a los adolescentes, los cuales se fueron instalando socialmente como un grupo particular de edades, visibilizado con sesgos de género pues se establece como una etapa en la que se legitima la salida del hombre de su hogar y la búsqueda de su independencia, sin hacer referencia a la mujer. ^(68, 75)

En los años treinta, con la apropiación paulatina de corrientes que orientan los saberes socioeconómicos, sociológicos, antropológicos, y etnográficos, muchas de estas representaciones comenzaron a transformarse y aparecieron diferentes definiciones disciplinares acerca de la adolescencia; en ese sentido, surgen como una forma de nombrar la subjetividad y, por ende, se dan las condiciones para su análisis, con elementos que van estableciendo un sujeto condicionado a las políticas públicas que, desde visiones, lejanas a la realidad, se conciertan y aprueban. ^(75, 76)

En un análisis se observaron las diversas visiones que definen e interpretan la adolescencia, iniciando con la estructural-funcionalista hasta aquellas que se podrían llamar posmodernas, para intentar develar cuál es la concepción que emerge en las políticas públicas a partir de estas definiciones; y en ese sentido, se encuentran las estructural-funcionalistas y las psicosocial. ^(77, 78)

Ambas visiones contienen, de una parte, discursos naturalistas que conciben a la adolescencia como una etapa en la vida del sujeto, delimitada por una franja etaria

con características biológicas determinadas y, de otra, discursos psicologistas en los que se considera el sujeto como un ser incompleto, inseguro, que se encuentra en formación y transita por una fase traumática. ^(77, 78)

La visión estructural-funcionalista es una perspectiva, que señala a la adolescencia como una fase de la vida, la cual, se caracteriza por ser especialmente dramática, tormentosa, y en la que se producen innumerables tensiones con inestabilidad, entusiasmo y pasión; sin lugar para las influencias del contexto. ^(77, 78)

La teoría psicosocial, determina que la adolescencia es una etapa que inicia con el brote pulsional producido en la pubertad, en la que se altera el equilibrio psíquico logrado en la infancia, lo cual provoca desajustes, hace la personalidad más vulnerable y conlleva a crear defensas psicológicas que en cierto modo obstaculizan la adaptación; luego, en la adolescencia se debate entre la normalidad y anormalidad, debiendo equilibrarse, pues presenta una crisis identificadora. ^(68, 77, 78, 79)

En medio de estas perspectivas teóricas que tienden a ver al sujeto aislado de su contexto (Vygotsky, 1978), ⁽⁸⁰⁾ promulgó la teoría histórico-cultural, en la cual se propone que el factor determinante del desarrollo psicológico está fuera del individuo, es decir, en su medio externo, según franjas de edad, el sujeto asimila la experiencia social a través de las interacciones y luego las interioriza, de manera tal, que se van desarrollando funciones y al llegar a la adolescencia el sujeto alcanza unos niveles más altos de desarrollo que han sido mediados culturalmente.

Frente a estos referentes teóricos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), ⁽⁸¹⁾ retoma conceptos y establece una franja de edad entre los 10 y los 19 años para delimitar a este grupo de personas, caracterizándolas a su vez como sujetos que presentan cambios de tipo biológico, emocional y psicosocial, y que se encuentran en la búsqueda de su identidad, de sus lazos familiares, de vínculos de pares y de sus propios proyectos; ⁽⁷⁴⁾ y según el género, se ha considerado que estos rangos de edades pueden extenderse aún más en los hombres que en las mujeres. ⁽⁸²⁾

Estas visiones parten, de esta manera, de apreciaciones organicistas, determinantes, psicológicas, las cuales ven a un sujeto (el adolescente) carenciado, dependiente, heterónomo e incompleto que debe ser protegido, controlado y vigilado para que pueda convertirse en un ser normal que conviva con otros cuando llegue a su adultez, fase en la cual se pretende que el sujeto sea un ser estable, autónomo e independiente; de estas visiones emergen a su vez normativas y políticas públicas que establecen estrategias que se consideran desde la mirada adulto céntrica, necesarias para los sujetos adolescentes; como por ejemplo: la autonomía, la inclusión, la participación, el control del embarazo en la adolescencia y la prevención del consumo de drogas, de enfermedades de transmisión sexual, sin tener en cuenta otras variables del contexto distintas a la edad. (62, 63, 64, 65, 66, 67)

En las aproximaciones posmodernas se hace referencia a la adolescencia, y en ello se aprecia que no solo es una etapa en la vida del ser humano, sino que además, se acompaña de un contexto que la afecta de manera relevante, como es el caso, de la influencia que tienen la sociedad y la cultura sobre los modelos familiares. (81, 82)

En este campo y frente a esta perspectiva, autores contemporáneos (72, 73, 81, 82) valoran que las etapas denominadas infancia, adolescencia y juventud son construcciones culturales relativas en el tiempo y en el espacio, y, por tanto, fenómenos socioculturales que adquieren sentido y significado en la comunidad de pertenencia, desde una construcción cultural, con presencia de gran variedad de situaciones, dependientes de su sitio de origen y culturas (68, 71)

En ese sentido, varios investigadores (69, 70, 73) coinciden en afirmar que la adolescencia, se configura en cada sociedad de acuerdo con su historia, prácticas, ritos, y no de acuerdo con una etapa prefijada como la edad o desarrollo físico; sin embargo, otros estudiosos (71, 72) concuerdan en que cada sociedad ha construido y tiene una percepción compartida de las transiciones de la vida humana y ha creado a su vez unas prácticas y procesos de socialización que permiten pasar de una etapa a la siguiente, a los miembros de su comunidad o sociedad.

De esa forma se presenta una concepción contemporánea ^(74, 75) de la adolescencia, cuyos fundamentos descansan en el origen del término adolescencia que se deriva del latín *adolescere* y significa crecer a la madurez; luego es entendida como aquella etapa de transición entre la niñez y la edad adulta que involucra cambios biológicos, cognitivos y socio-emocionales; y la Organización Mundial de la Salud ⁽⁸¹⁾ considera este período, que abarca desde los 10 hasta los 19 años de edad, representando, una sexta parte de la población mundial, aproximadamente, 1 200 millones de personas.

En esa dirección, varios investigadores ^(76, 77, 78, 79) coinciden al reconocer que la adolescencia es un período de preparación, en el cual, se producen cambios y transformaciones hacia la maduración física y sexual, el desarrollo de la identidad personal, la adquisición de capacidades intelectuales y de razonamiento, y la preparación para establecer relaciones sociales, profesionales y económicas, con miras a convertirse en un adulto responsable y pleno, que aproveche sus capacidades físicas e intelectuales.

En esa mirada se presentan las etapas de la adolescencia: ^(69, 70, 82) temprana y tardía. La primera, adolescencia temprana, se identifica por los cambios que ocurren y que determinarán la evolución del individuo: cambios en el cerebro en preparación para nuevas formas de razonamiento; cambios físicos corporales repentinos; y cambios en el comportamiento. En la segunda, adolescencia tardía, se reconoce que abarca la mitad final de la adolescencia; es una etapa que se caracteriza por el aumento del interés por las relaciones románticas y sexuales y la necesidad de mayor independencia de los padres.

Varios investigadores ^(68, 69, 70, 82) aluden, además a las variaciones individuales, que generalmente presentan las siguientes características:

	Niñas	Niños
Pubertad	La aparición de la primera menstruación o menarquia varía entre los 9 y los 15 años de edad	A partir de los 10 años hasta los 13,5 años
Crecimiento	Ocurre alrededor de los 9	Ocurre a los 11 años, crecen un

	años; crecen en promedio 9 cm por año Al inicio tienden a ser más altas que los niños de su edad	promedio de unos 10 cm por año, pero al final, alcanzan y sobrepasan en altura en ciertos casos.
Peso	Pueden ganar hasta 8 kg en un año	Pueden ganar 9 kg por año, entre los 13 y los 14 años de edad
Otros cambios	Las caderas se ensanchan como resultado del aumento de los estrógenos, aumento en la estatura, crecimiento de las mamas, aparición de vello púbico y axilar, aumento de peso, sudoración y olor corporal, primer período o menarquia, espinillas o granos en cara y espalda, caderas más anchas.	El aumento en el ancho de los hombros está asociado con el aumento de los niveles de la testosterona, aumento en la estatura, aparición de vello púbico, en las axilas, piernas, pecho y cara, aumento de peso, la voz se hace más gruesa, mayor sudoración y olor corporal, espinillas o granos en cara y espalda, hombros se ensanchan, los genitales crecen, aparecen erecciones involuntarias.
Maduración sexual	La aparición de vello púbico, el crecimiento de las mamas, primera menarquia.	Crecimiento del pene, desarrollo de los testículos y crecimiento del vello facial.

Además, se reconoce que la pubertad ^(69, 70, 82) se inicia cuando el cerebro produce la hormona o factor liberador de gonadotropina (GnRH) en el hipotálamo; este factor llega a la hipófisis o glándula pituitaria, haciendo que esta produzca las hormonas luteinizante (LH) y folículo-estimulante (FSH), a través de la sangre, FSH

y LH llegan a las glándulas sexuales, donde estimulan la producción de las hormonas sexuales correspondientes al sexo del individuo.

A medida que los niños crecen, el cerebro tiene que adaptarse a las condiciones de vida de un adulto; y es en la pubertad que se producen estas transformaciones anatómicas y químicas; sin embargo, las transformaciones son progresivas y escalonadas, así, las áreas que coordinan funciones básicas, como la amígdala, maduran más rápido y las áreas con funciones más complejas y avanzadas, como el pensamiento abstracto, tardan más en desarrollarse. (69, 70, 82)

La pubertad consta de cinco aspectos físicos claves: 1. Una aceleración en el crecimiento, que resulta en cambios en altura y peso; 2. El desarrollo de las características sexuales primarias, con el desarrollo de las glándulas sexuales; 3. El desarrollo de las características sexuales secundarias, como los cambios en los órganos genitales y el crecimiento de vello corporal; 4. Los cambios en la composición corporal, específicamente en la cantidad y distribución de grasa y músculo; 5. Los cambios en los sistemas circulatorio y respiratorio, que conlleva un aumento en la fuerza y la resistencia. (69, 70, 82)

Otra característica de la adolescencia se reconoce en la mezcla de emociones, (71, 72, 82) luego, consideran que una emoción es un sentimiento, sensación o afecto que ocurre cuando una persona experimenta un estado o una interacción determinada y se caracteriza por un comportamiento que refleja el agrado o desagrado del estado en el que se encuentra el individuo; en ello, la adolescencia es un periodo de confusión emocional, en un momento pueden estar en la cima del mundo y al siguiente caer en el abismo y en ello reconocen que estos momentos de mal humor en el adolescente son un aspecto normal y transitorio.

Entre las experiencias estresantes que pueden contribuir a los cambios emocionales durante la adolescencia están: la transición de la escuela primaria a la secundaria, el inicio de las relaciones románticas y las experiencias sexuales; y en ello, la capacidad para el manejo y control efectivo de las emociones es decisivo para un resultado positivo en el desarrollo del adolescente, en ese sentido, es importante que sea capaz de comunicar las emociones de forma constructiva para mejorar la calidad de las relaciones. (69, 70, 82)

Además, se analiza como el comportamiento y las hormonas influyen por los altos niveles de andrógenos, que están asociados con violencia y búsqueda de problemas en los adolescentes varones, mientras que niveles altos de estrógenos están relacionados a la depresión en las adolescentes; aspectos que influyen en la salud, siendo un período de gran influencia en el futuro de un individuo, mantener hábitos saludables durante la adolescencia asegura una vida sana y mejores expectativas de salud para el adulto. (69, 70, 82)

En ese sentido, los adolescentes requieren más horas de sueño para enfrentar mejor los cambios tan repentinos del cerebro y el cuerpo; no obstante, durante la adolescencia, la melatonina (la hormona que estimula el sueño) se libera muy tarde en la noche hasta temprano en la mañana, causa por la cual, se transforman en unos criaturas nocturnas y les cuesta levantarse temprano, así, se deberá tener presente que el sueño no sólo produce descanso del cuerpo, sino también es un período donde el cuerpo realiza procesos asociados con el crecimiento. (69, 70, 72, 82)

La higiene corporal, es un aspecto de vital importancia, que determina la aceptación en los grupos de adolescentes, pues en esa etapa se presentan en el cuerpo olores desagradables, hay una sobreproducción de grasa por las glándulas sebáceas en el cuero cabelludo, por lo que el cabello se ve más grasiento y lacio, aparecen caspas, las axilas están repletas de glándulas productoras de sudor en un ambiente cálido que favorece el crecimiento de bacterias y la aparición de olores desagradables, y en la boca aparece un aliento de un olor significativo. (69, 70, 73, 82)

Durante la adolescencia, el cuerpo necesita nutrientes y energía extra para sostener los cambios que se están experimentando, luego se hace necesario una alimentación balanceada, y desarrollar buenos hábitos alimenticios adecuados, clave para una vida sana, que deberá coincidir con una actividad física que permita la estimulación y el crecimiento de los músculos y el fortalecimiento de los huesos, además de ser un liberador de estrés y de endorfinas. (69, 70, 82)

La sexualidad, marca el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, que, generalmente ocurre de forma temprana y sin las debidas condiciones de protección de la salud, pues no usan anticonceptivos de forma regular,

provocando la aparición y desarrollo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, siendo estos reconocidos como un problema de salud pública, que los afecta, pues aumenta el riesgo de mortalidad materna, incapacidad física, emocional o financiera, trastorna el trayecto educativo y el potencial profesional. (69, 70, 76, 82)

Entre las principales enfermedades de transmisión sexual que pueden contraer, se encuentran: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el herpes genital, la gonorrea, sífilis, clamidia. (69, 70, 73, 82)

Debido a que la adolescencia es un período de cambios en la apariencia física, los adolescentes se ven afectados por la percepción de su propia imagen y aparecen desórdenes alimenticios, entre estos, se identifican: sobrepeso y obesidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno alimenticio compulsivo. (69, 70, 76, 82)

Así se reconocen estereotipos como una generalización que refleja nuestras impresiones o creencias acerca de un grupo de personas; en los adolescentes se alude a un estereotipo que los identifica, generalmente, como: rebeldes, perezosos, conflictivos, problemáticos, hasta egoístas y adictos; sin embargo, hay otros autores que difieren de esa idea, y consideran que esto depende del desarrollo de la personalidad y de las atenciones culturales a ese grupo etario. (69, 70, 73, 76, 82)

Llegado a este punto, se resume que la adolescencia es el período del desarrollo humano inmediatamente posterior a la niñez y previo a la adultez, durante el cual ocurren los principales cambios biológicos, sexuales, sociales y psicológicos que darán como resultado un individuo maduro y su inicio está determinado por la entrada del individuo a la pubertad; además, tendrá lugar el inicio, de la formación de la identidad y personalidad individuales, en la medida en que el joven descubre y asume su autonomía individual.

Así, la maduración social empieza a ocurrir durante esta etapa, en que el adolescente prueba distintos modelos de pertenencia y de comunidad, a menudo organizada en tribus o bandas que se proveen de un sentido comunitario, la entrada a la adultez, en cambio, marcará el abandono de dichos colectivos y el

emprendimiento de un modelo de vida mucho más signado por el deseo individual.

(69, 70, 77, 82)

La adolescencia es una etapa clave en la formación de una emocionalidad madura, pero mientras tanto suele constituir una etapa difícil y tumultuosa; y si bien es difícil resumir las posibles inquietudes que lo acompañen, a grandes rasgos se espera de un adolescente cierta polaridad en el manejo de sus emociones, lo cual conduce a irritabilidad, entusiasmos intempestivos, timidez e inseguridad, y un rango de emociones fluctuantes que a menudo tienden a la tristeza, en tanto se plantea ^(69, 70, 78, 79, 82) que es una etapa de la vida, que requiere de soporte y atención familiar, a la par que tolerancia y por lo general enormes cuotas de paciencia de los adultos que manejen la misma .

En el contexto latinoamericano se presentan tradiciones que se asumen en la adolescencia y que marcan la vida de estas personas, en ambos sexos; entre estas: la celebración o fiesta y el reconocimiento por los quince años, la culminación de los estudios secundarios, la independencia en ciertas tareas hogareñas y de la vida personal. ^(69, 70, 78, 82)

Los principales riesgos a los que se encuentra expuesto un adolescente varían de acuerdo a la sociedad en que se encuentra, obviamente, pero suelen implicar: intentos de suicidio, adicciones a drogas o embarazo precoz, trastornos alimenticios, así como exposición a enfermedades de transmisión sexual (sobre todo el HIV / SIDA) o conductas delictivas o altamente riesgosas, la exclusión, y la posibilidad de abuso por parte de adultos, o entre ellos. ^(69, 70, 76, 77, 82)

La conducta del adolescente está fuertemente influenciada por los mecanismos de socialización a los que tenga acceso, como la familia, la educación formal y los grupos sociales, de los cuales adquiere su forma de relacionarse con la sociedad y consigo mismo; en ese sentido, los medios de comunicación juegan un rol importante en el modelado de la psique adolescente, dado que ésta usualmente carece de la experiencia y la madurez para lidiar con las presiones y las expectativas de la propaganda y la cultura televisiva. ^(69, 70, 79, 82)

La educación, tanto formal como afectiva, así como el apoyo emocional y el contar con roles claros y positivos de vida, suelen ser las únicas estrategias eficaces en

la protección social y emocional del adolescente. Sin embargo, es un tópico en constante debate en las sociedades modernas; en la cual aparece en ente importante en esa etapa crucial de la vida, marcada por las nuevas tecnologías; muy demandadas y utilizadas, por ejemplo: el uso de celulares, de computadoras portátiles, entre otros, que se constituyen como un factor de riesgo, de no manejarse adecuadamente, pues la adicción a las redes sociales o los videojuegos, el aislamiento, el cyberbullying, la exposición a extraños y a relaciones íntimas prematuras, por no hablar de las redes de trata de personas, son algunos de los inconvenientes presentados a menudo en la etapa adolescente por el uso indiscriminado de este tipo de herramientas digitales, muchos de los cuales suelen devenir en verdaderos problemas físicos, psicológicos o de socialización. ^(69, 70, 82)

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus, según variables sociodemográficas.
2. Especificar los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en las adolescentes del Consultorio médico No 1: edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales, antecedentes patológicos familiares de algún tipo de cáncer, tabaquismo, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes de infección de transmisión sexual, uso de tabletas anticonceptivas y de condón.
3. Realizar una intervención empleando la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético para la identificación los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical: cervicitis, ectopia, quistes de Naboth, vascularización, sangrado fácil y presencia de secreciones vaginales, en las adolescentes del Consultorio médico No 1.

MATERIAL Y MÉTODO. METODOLOGÍA

Tipo de estudio, contexto y clasificación de la investigación

La investigación se realizó en el escenario del Consultorio médico de la familia No 1, del Consejo Popular Abreus, entre enero y diciembre del año 2020 y participaron las adolescentes seleccionadas, quienes reúnen los criterios de inclusión para la misma, con el fin de poder llegar, desde un análisis general, a las valoraciones según los resultados que se esperan en la investigación.

El estudio se clasificó de intervención, de tipo cuasi-experimental, de corte transversal, observacional y descriptivo; ^(83, 84) desde el cual se investigaron a las adolescentes a partir de considerar la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical.

Es un estudio de intervención porque la investigadora manipula una exposición y mide los efectos de la misma, en este caso con la especuloscopía y la inspección visual con ácido acético aplicada a las adolescentes del Consultorio médico No 1.

La intervención desarrollada se contrasta con la hipótesis planteada, en un antes y un después en un estudio que no consideró un grupo de control.

Desde la posición que se asume, en la investigación que se presenta, el corte transversal permitió que se recolecten datos de las adolescentes en un solo momento y en un tiempo único, luego, se logró la descripción de las variables que indican la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical y el análisis de su incidencia e interrelación en un momento dado, por tanto, se pudo analizar este fenómeno y las valoraciones de cómo se manifestó, a partir de la información que obtenida con la aplicación de la especuloscopía y la inspección visual con ácido acético.

En la investigación, además el corte transversal, se pone de manifiesto, pues se logró el análisis de las variables y la evaluación de su situación, observada en este fenómeno y desde el cual se caracterizaron a los adolescentes del Consultorio médico de familia No 1, a partir de un análisis general y particular de los datos que se obtienen.

En este caso, el estudio se determinó además observacional, porque solo se recogieron los datos como ocurrieron en la realidad, sin modificarlos y de tipo descriptivo, pues desde esta mirada, la investigadora pudo realizar la descripción del fenómeno en su contexto, al detallar cómo se manifiestan los resultados de la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético, aplicada a las adolescentes del Consultorio médico No 1; luego se pudieron especificar las características que se definen por los datos aportados y analizados posteriormente.

La investigación se sustenta metodológicamente en el enfoque mixto ⁽⁸⁵⁾; el cual ofrece la posibilidad de recoger, analizar y vincular datos, tanto cualitativos como cuantitativos, utilizando ambas visiones; lo cual permitió una perspectiva más precisa del fenómeno objeto de estudio, brindando una percepción holística y completa de este; por estas características, este enfoque se traduce en mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento.

Universo y muestra

Para la ejecución de esta investigación se consideró un universo de 105 adolescentes, que se encuentran en esa etapa de desarrollo, comprendidos entre las edades de 12 a 19 años, y se determinó la selección intencional de una muestra de 37 adolescentes, representando el 35.3% de esa población; y para ello se procedió, considerando los aspectos éticos de la investigación a solicitar el consentimiento informado de los padres o tutores (Anexo 1), donde se le explicaran los aspectos relacionados con el tema en investigación, abordando a su vez los objetivos que se persiguen y las acciones a realizar para cumplir esos objetivos.

También se procedió, previa autorización de los padres o tutores a solicitar el consentimiento informado a los adolescentes, que fueron seleccionadas para su participación en la investigación (Anexo 2).

Etapas de la investigación: pasos y resultados

La investigación se desarrolló en tres etapas y en cada una se consideraron los siguientes pasos y resultados esperados, según objetivos de la investigación.

- Primera etapa. Familiarización (Objetivos específicos 1 y 2)

Paso 1. Elaboración y aplicación de la Encuesta (Anexo 3)

Paso 2. Procesamiento de los datos obtenidos en la encuesta.

Paso 3. Toma de decisiones.

Resultado 1: Caracterización de los adolescentes del Consultorio médico de familia No 1, según las variables sociodemográficas y factores de riesgo.

- Segunda etapa. Intervención (Objetivo específico 3)

Paso 1. Preparación de intervención

Paso 2. Aplicación de la intervención con la realización de la especuloscopía y la inspección visual con ácido acético a las adolescentes.

Paso 3. Procesamiento de los resultados obtenidos (Anexo 4 y 5)

Resultado 3. Identificación de los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical: positivos, negativos.

Tercera etapa. Análisis y discusión de los resultados

Paso 1. Estudio de otros resultados

Paso 2. Valoración de los resultados en la aplicación de la intervención

Paso 3. Retroalimentación con la presentación de las regularidades derivadas de la valoración de los resultados en la aplicación de la intervención, exponiendo las recomendaciones que se deriven del estudio.

Resultado 4. Valoración de la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus (Anexo 6).

Criterios de inclusión, exclusión y salida

- Criterios de inclusión
 1. Los padres o tutores y las adolescentes que hayan firmado el consentimiento informado, mostrando la disposición para participar.
 2. Adolescentes entre 12 y 19 años que viven de forma permanente en el Consejo Popular Abreus, con estabilidad demostrada y que sean pacientes del Consultorio médico de familia No 1.
- Criterios de exclusión

1. Los padres o tutores y las adolescentes que no dieron su consentimiento para participar en la investigación.
 2. Aquellas adolescentes que tiene residencia temporal en el Consejo Popular Abreus.
 3. Aquellas adolescentes que presenten alguna discapacidad mental, que les impida participar en la investigación.
- Criterios de salida
1. Traslados fuera del Consejo Popular y del municipio por un periodo de tiempo transitorio o permanente, que se efectuó durante el desarrollo de la investigación.

Técnicas de recolección de los datos

En la Primera etapa de Familiarización, tuvieron la salida los objetivos específicos 1 y 2, aplicándose la encuesta, lo cual permitió la presentación de la caracterización de las adolescentes, y la determinación de los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en las adolescentes del Consultorio médico No 1.

El procesamiento de la información obtenida a través de la encuesta, posibilitó procesar los datos primarios obtenidos de dichas adolescentes, determinándose los factores de riesgo que inciden a partir del análisis cualitativo, que permitió la codificación y decodificación de las respuestas y establecimiento de categorías para conformar la caracterización según variables determinadas. Los resultados se presentan en tablas independientes, y se expresan en gráficos

En la Segunda etapa (de Intervención) tuvo salida el objetivo específico 3, procesándose la información obtenida a partir de la realización del examen físico mediante especuloscopia y la inspección visual con ácido acético que posibilitó el diagnóstico de las lesiones; determinándose que adolescentes deberían, según los hallazgos en el examen físico, mediante especuloscopia y la inspección visual con ácido acético ser evaluadas por la especialista en Ginecología y Obstetricia con la realización de Colposcopia Cervical.

Para la realización del examen físico se tuvieron en cuenta las condiciones del local, en el Consultorio médico, asegurándose la privacidad, higiene, iluminación, y

todos los materiales para realizar la toma de muestra. Al llegar la paciente a la consulta se aplicó un interrogatorio sobre aspectos que pudieran posponer el examen físico como:

- Si ha sido sometida a exploración bimanual, si ha mantenido relaciones sexuales, o ha utilizado duchado vaginal las 24 horas antes.
- Si ha utilizado medicamentos por vía vaginal durante la semana anterior.
- Si ha sido sometida a manipulación sobre el cuello uterino: legrado, colocación o retiro de dispositivo intrauterino, se debe al menos esperar 2 semanas.
- En cuanto a la menstruación, se requerirá 4 días después de terminado el sangrado vaginal y al menos una semana previo al comienzo de la próxima.

Para la aplicación del Método de tamizaje visual: inspección visual con ácido acético (IVAA) la investigadora tuvo presente las siguientes indicaciones:

1. Realización del examen con espéculo.
2. Ajuste de la fuente de luz para conseguir la mejor vista posible del cuello uterino.
3. Utilización de una torunda de algodón para eliminar cualquier exudado, sangre o mucosidad del cuello uterino.
4. Confirmación de la observación de toda la zona de transformación e identificación de la UEC y del área que la circunda.
5. Aplicación del ácido acético del 3 al 5% sobre el cuello uterino.
6. Esperar entre 1 y 2 minutos para corroborar el cambio de color.
7. Inspeccionar cuidadosamente la UEC y asegurarse de la observación en profundidad; buscando las placas blancas sobresalientes o engrosadas, o el epitelio acetoblanco, prestando especial atención a la zona de transformación.
8. Utilización de un hisopo fresco para eliminar los restos de solución de ácido acético del cuello uterino y la vagina.
9. Cerrar y retirar delicadamente el espéculo y sumérjalo en solución de descontaminación.

10. Procederá a la evaluación de la IVAA: negativo si no muestra cambios en el epitelio cervicouterino, será positivo si las placas blancas sobresalientes o engrosadas o epitelio acetoblanco permanecen por más de un minuto.

Para la salida al objetivo general que consideró el cuarto resultado de la investigación se empleó el método de la valoración, para exponer la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus; para ello, se empleó una planilla de datos, que permitió establecer dicha relación.

Los resultados del análisis estadístico se procesaron con la ayuda del SSPS, Versión 21, estableciendo las regularidades que pueden retroalimentar el tema en futuras investigaciones.

Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Operacionalización		
		Descripción	Escala	Definición
Edad	Cuantitativa continúa politómicas	Tiempo que ha vivido una persona en años cumplidos	12 -14 años 15-17 años 18-19 años	Por ciento y frecuencia relativa
Nivel de escolaridad que cursa	Cuantitativa continúa politómicas	Nivel de estudio en el cual se encuentra durante el estudio	Primaria, Secundaria, Técnico Medio, Preuniversitario	Por ciento y frecuencia relativa
Estado civil	Cuantitativa continúa politómicas	Status social que la identifica	Casada Acompañada Soltera Con pareja no estable	Por ciento y frecuencia relativa
Convivencia	Cuantitativa continúa politómicas	Personas con las que convive que es responsable de la adolescente	Ambos padres Uno de los padres Abuelos Otro familiar	Por ciento y frecuencia relativa
Conocimientos sobre el cáncer cervicouterino	Cualitativa ordinal	Valoración de los conocimientos que tienen sobre el cáncer	Si Algunos No	Por ciento y frecuencia

		cervicouterino		
Edad de la primera relación sexual	Cuantitativa continúa politómicas	Edad en que inicia sus relaciones sexuales.	Antes de los 12 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años	Por ciento y frecuencia
Número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales	Cuantitativa discreta politómicas	Número de personas con la que ha tenido relaciones sexuales	Una Dos Tres Más de tres	Por ciento y frecuencia
Uso de medios de protección en la relaciones sexuales	Cualitativa ordinal Politómicas	Conocimientos previos sobre el tema	Si A veces Nunca	Por ciento y frecuencia
Métodos anticonceptivos que emplea	Cualitativa nominal	Métodos anticonceptivos que emplea	Condón Tabletas Duchas Sin penetración Retiro del pene Otro	Frecuencia y por ciento
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal	Consumo de alcohol, café, tabaco o estupefacientes	Si A veces Nunca	Por ciento y frecuencia
Antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal dicotómica	Se consideraran familiares en primer grado (padre, madre, hermanos, tíos y abuelos) con diagnóstico de cáncer.	Si No No se	Frecuencia y por ciento
Antecedentes Gineco-obstétricos.	Cuantitativa continúa	Número de eventos obstétricos que	Uno Dos Tres y más	Por ciento y frecuencia

	politómicas.	corresponde al número de gestaciones, partos y abortos provocados y espontáneos .		
Antecedentes de ITS.	Cualitativa nominal politómicas	Se consideró como cualquier enfermedad sexualmente transmitida. ITS	Sífilis. Condilomas acuminados. Blenorragia. Herpes simple. Candidiasis vaginal. Trichomoniasis vaginal. Clamidiasis vaginal. Gardnerellosis vaginal. VIH-Sida Otras.	Por ciento y frecuencia
Hallazgos morfológicos	Cualitativa nominal politómicas	Estudio mediante la observación macroscópica del endocérnix y exocérnix	Textura lisa, de color rosada. Ectopia cervical. Cervicitis Quistes de Naboth Vasos Sanguíneos anormales Fácil sangrado Presencia de exudado en Fondo de Saco	Por cientos y frecuencia
Inspección visual con ácido acético	Cualitativa nominal dicotómica.	Estudio mediante la observación visual del epitelio cérvico uterino aplicando ácido acético.	Positivo Negativo	Por cientos Frecuencia relativa.

Consideraciones éticas

En el desarrollo de la investigación se aplicaron los principios éticos: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados consideró la salida de los objetivos específicos 1 y 2; y desde ese interés se procesaron datos que permitieron cumplir lo planificado en la Primera etapa de Familiarización, lo cual conllevó a la presentación de la caracterización de las adolescentes, y la determinación de los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en las adolescentes del Consultorio médico No 1, todo lo cual se muestra en las tablas de la 1 a la 10, representándose gráficamente los resultados obtenidos.

Tabla 1. Caracterización de las adolescentes según edades, convivencia y nivel escolar que cursan

Simbología. Convivencia: ambos padres (AP); uno de los padres (UP); Abuelos (A); otro familiar (OF).

Nivel escolar que cursan en el momento de la investigación: Secundaria básica (SB); Preuniversitario (PU); Técnico medio (TM), Universidad (U); no estudian (NE)

Edades (años)	No	%	Convivencia				Nivel escolar que cursan			
Edades (años)	No	%	AP	UP	A	OF	S	PU-TM	U	NE
12 -14	9	24.3	3	4	1	1	9			
%			33.3	44.4	11.1	11.1	100			
15 -17	17	45.9	5	9	1	2	0	9	0	8
%			29.4	52.9	5.8	11.6	0.0	52.9	0.0	47.0
18-19	11	29.7	1	3	1	6	0	4	2	5
%			8.2	27.2	8.2	54.5	0.0	36.3	18.1	45.4
Total	37	100	9	16	3	9	9	13	2	13
%			24.3	43.2	8.1	24.3	24.3	35.1	5.4	35.1

En la tabla 1, se muestran los datos que caracterizan a las adolescentes, según edades, convivencia y nivel escolar que cursan; prevaleciendo la que se encuentran entre 15 y 17 años (45.9 %), y en ese rango de edades las que conviven con uno de los padres (52.9 %) coincidiendo con el total (16) que representan el 43.2 % y las que cursan el preuniversitario o el técnico medio (52.9 %), que concuerdan con el total representado en un 35.1%; resulta significativo que 13 de estas adolescentes no estudian (35.1), si tenemos en cuenta las bondades del sistema educacional cubano y las políticas al respecto. Los datos que indican el total se representaron gráficamente, en la figura 1.

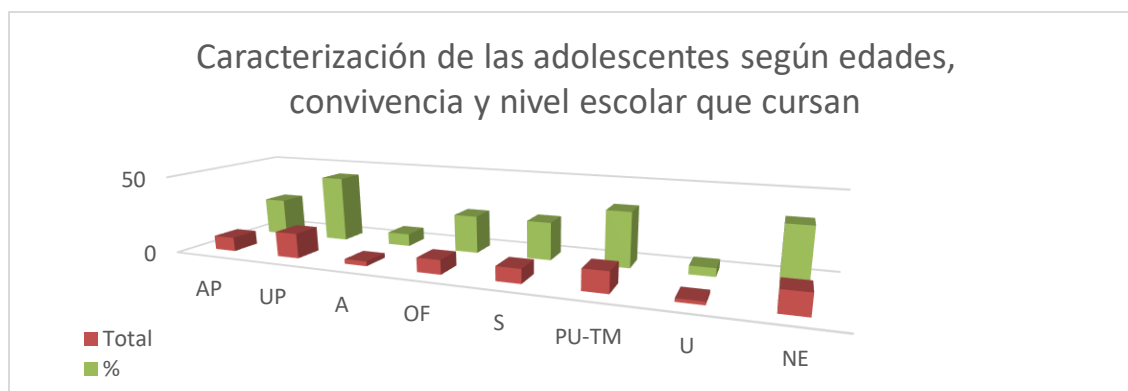


Figura 1. Representación según: edades, convivencia y nivel escolar que cursan de las adolescentes

Tabla 2. Caracterización de las adolescentes según edades, estado civil y nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino

Edades (años)	Estado civil				Conocimientos sobre el cáncer cervicouterino		
	Casada	Acompañada	Soltera	Pareja no estable	Sí	Alguno	No
12 – 14	0	3	5	1	0	1	8
%	0.0	33.3	55.5	11.1	0.0	11.1	88.8
15 -17	1	5	4	7	3	5	9
%	5.8	29.4	23.5	41.1	17.6	29.4	52.9
18-19	1	2	2	6	4	2	5
%	9.0	18.1	18.1	54.5	23.5	18.1	45.4
Total	2	10	11	14	7	8	22
%	5.4	27.0	29.7	37.8	18.9	21.6	59.4

En la tabla 2, se muestran los datos que caracterizan a las adolescentes, corroborándose, según las edades, que predominan las que declaran en el estado civil estar con pareja no estable (37.8%), seguidas de las que aluden a estar acompañadas (27.0%), y prevalecen las que tienen entre 15 y 17 años. En cuanto a los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino la mayoría reconoce no tenerlos (59.9%); sin embargo las que tienen entre 18 y 19 años declararon en un 23.5% que tienen conocimientos sobre este tipo de cáncer. Los datos del total se representaron gráficamente, en la figura 2.

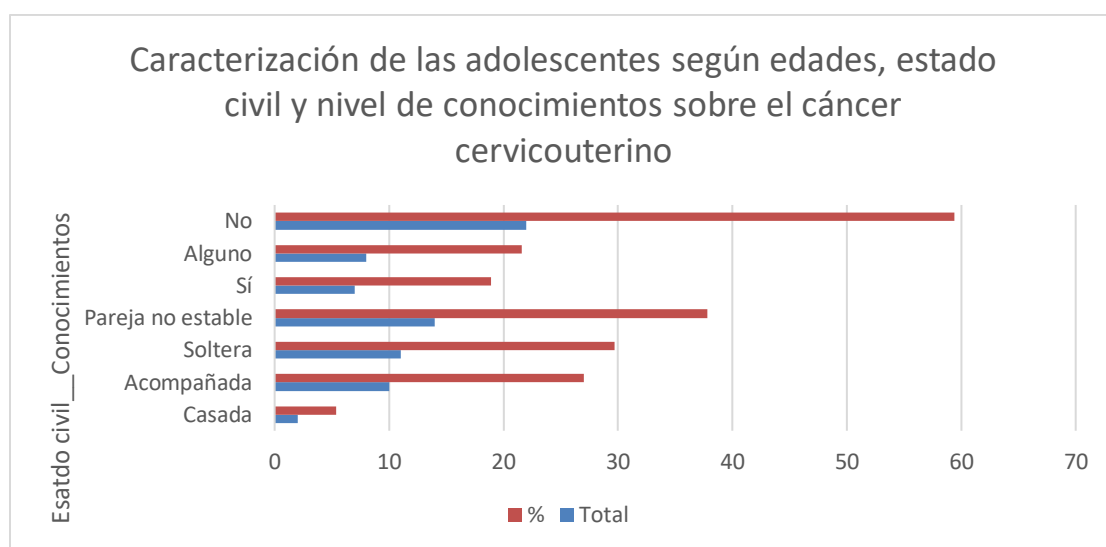


Figura 2. Representación según: edades, estado civil y nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino manifestado en las adolescentes

Tabla 3. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de la edad de la primera relación sexual

Edades (años)	Edad de la primera relación sexual								
	Antes 12 años	12	13	14	15	16	17	18	19
12 – 14	1	2	2	4					
%	11.1	22.2	22.2	44.4					
15 -17	1	2	3	4	3	2	2		
%	5.8	11.7	17.6	23.5	17.6	11.7	11.7		
18-19	0	0	1	3	3	2	1	1	0
%	0.0	0.0	9.0	27.2	27.2	18.1	9.0	9.0	0.0
Total	2	4	6	11	6	4	3	1	0
%	5.4	10.8	16.2	29.7	16.2	10.8	8.1	2.7	0.0

En la tabla 3, se muestran datos que caracterizan a las adolescentes según edades, y declaración de la edad de la primera relación sexual, predominando aquellas que declararon tenerlas a los 14 años (29.7%), seguidas de las de 13 y 15 años, respectivamente (16.2%); nótese que hay una tendencia a la primera relación sexual antes de los 16 años, y es muy significativo como 2 de las adolescentes declaran que tuvieron esa relación antes de los 12 años (5.4%), y 4 en esa edad (10.8%); aunque los números resultan relativamente bajos, la repercusión social de ese hecho llama la atención, por todos los problemas de

salud que se pueden provocar en esos cuerpos no preparados biológicamente para tal proceso. Los datos que indican el comportamiento de la primera relación sexual por edades se representaron gráficamente, en la figura 3; y el total en la figura 4.

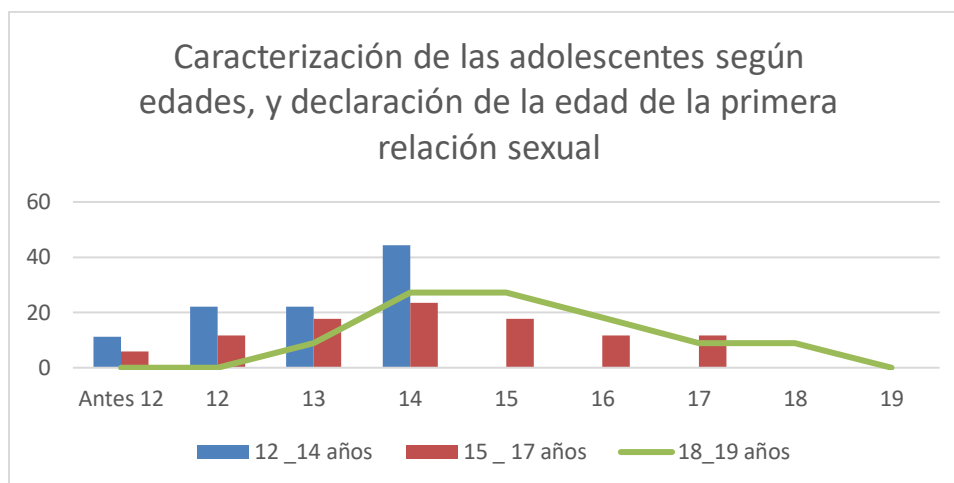


Figura 3. Representación según edades y declaración de la edad de la primera relación sexual de las adolescentes

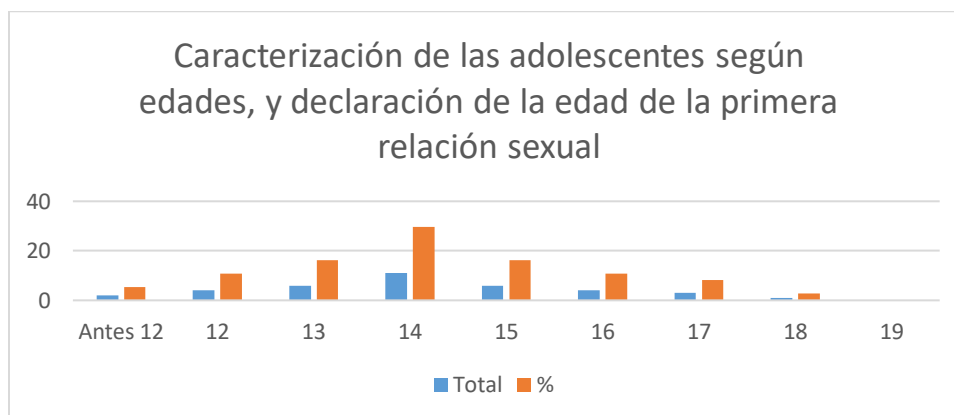


Figura 4. Representación del total, y declaración de la edad de la primera relación sexual

Tabla 4. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración del número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales y el uso de medios de protección en las relaciones sexuales

Edades (años)	Número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales				Uso de medios de protección en la relaciones sexuales		
	Una	Dos	Tres	+ tres	Sí	A veces	Nunca
12 – 14	3	2	3	1	1	3	5
%	33.3	22.2	33.3	11.1	11.1	33.3	55.5

15 -17	2	4	6	5	4	6	7
%	11.7	23.5	35.2	29.4	23.5	35.2	41.1
18-19	2	2	3	4	2	2	7
%	18.1	18.1	27.2	36.3	18.1	18.1	63.6
Total	7	8	12	10	7	11	19
%	18.9	21.6	32.4	27.0	18.9	29.7	51.3

En la tabla 4, se muestran datos que indican la caracterización de las adolescentes según edades, y declaración del número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales y el uso de medios de protección en dichas relaciones; nótese un predominio de aquellas que declaran tener hasta 3 relaciones (33.3%), y en las edades 12 a 14 años, están por encima de dos relaciones (22.2%) y se corresponde con una relación (33.3%). Similar situación se presenta en las edades de 15 a 17 años (35.2%) y 18 y 19 años (27.2%), sin embargo en estas últimas edades sobresale, que declara el 36.3% haber tenido más de 3 relaciones, situación, que de forma general es preocupante, por las consecuencias que trae el fenómeno denominado promiscuidad, para la salud, resultando perjudicial en cuanto al riesgo de contraer una ITS, que puede terminar en un cáncer cervicouterino; los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 5.

En cuanto al uso de medios de protección en las relaciones sexuales, según edades, se corroboró en las declaraciones que la mayoría declara no usarlos (51.3%) y esa tendencia es mayor en las edades entre 18 y 19 años (63.6%); situación que puede traer graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva al provocar enfermedades que pueden causar hasta la muerte. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 6.

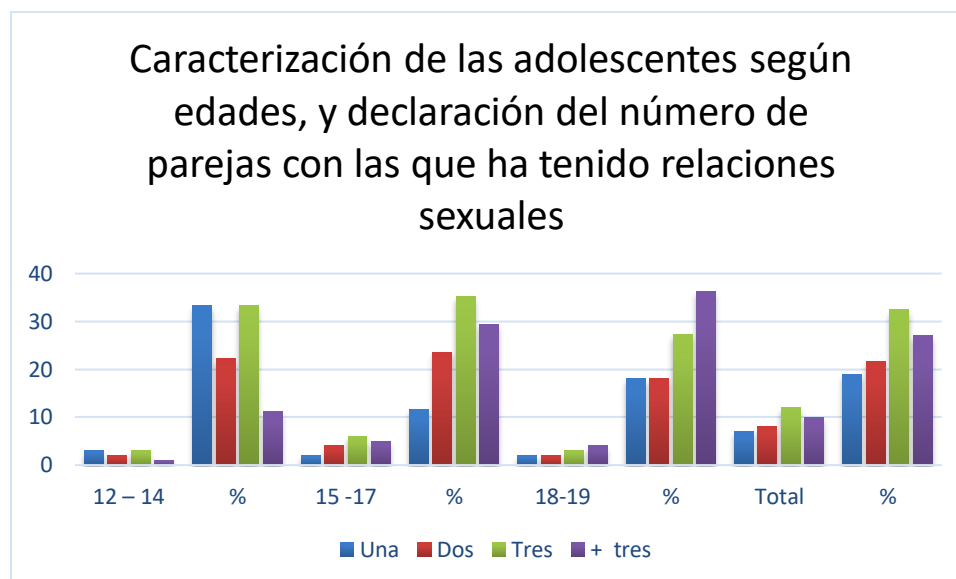


Figura 5. Representación según edades, y declaración del número de parejas con las que han tenido relaciones sexuales las adolescentes

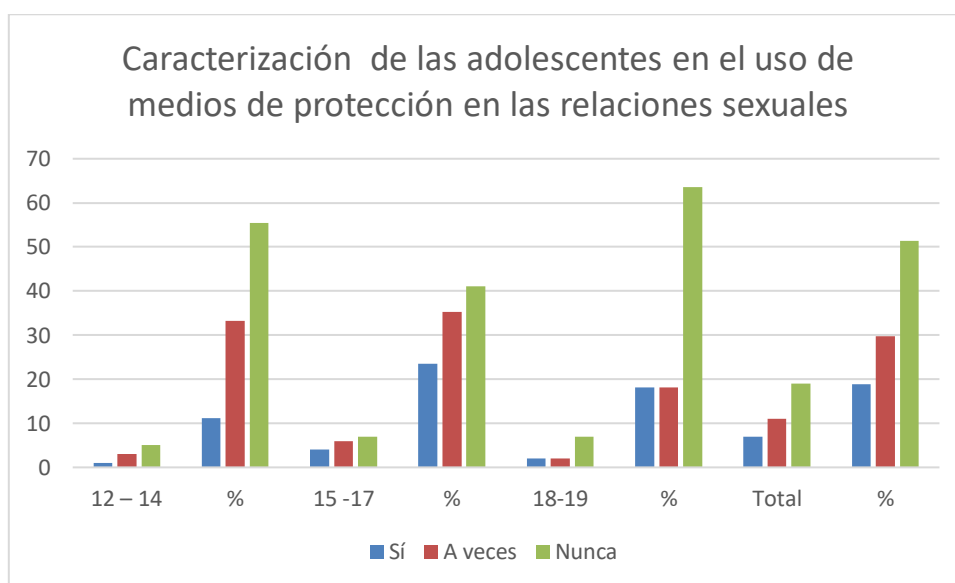


Figura 6. Representación según edades, y declaración del uso de medios de protección en las relaciones sexuales por las adolescentes

Tabla 5. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de los métodos anticonceptivos que emplean

Edades (años)	Métodos anticonceptivos					
	Condón	Tabletas	Ducha vaginal	Sin penetración	Retiro del pene	Otro
12 - 14	4	5	0	0	0	0
%	44.4	55.5	0.0	0.0	0.0	0.0

15 -17	7	7	0	0	0	3
%	41.1	41.1	0.0	0.0	0.0	17.6
18-19	7	2	1	0	0	1
%	63.6	18.1	9.9	0.0	0.0	9.9
Total	18	14	1	0	0	4
%	48.6	37.8	2.7	0.0	0.0	10.8

En la tabla 5, se presenta la caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de los métodos anticonceptivos que emplean; nótese, que hay un comportamiento similar, al que se obtuvo de la declaración de los medios de protección que usan, en las relaciones sexuales las adolescentes; dicha afirmación se fundamenta en el 48.6% (del total) que declaran usar métodos anticonceptivos, y en ello, es evidente que predomina el condón y las tabletas; hecho que indica muy poca actitud preventiva para evitar embarazos no deseados en esa edades y conocimientos muy simples de otras formas para no concebir un embarazo y a la vez evitar enfermedades de transmisión sexual, que implicarían su salud sexual y reproductiva. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 7.

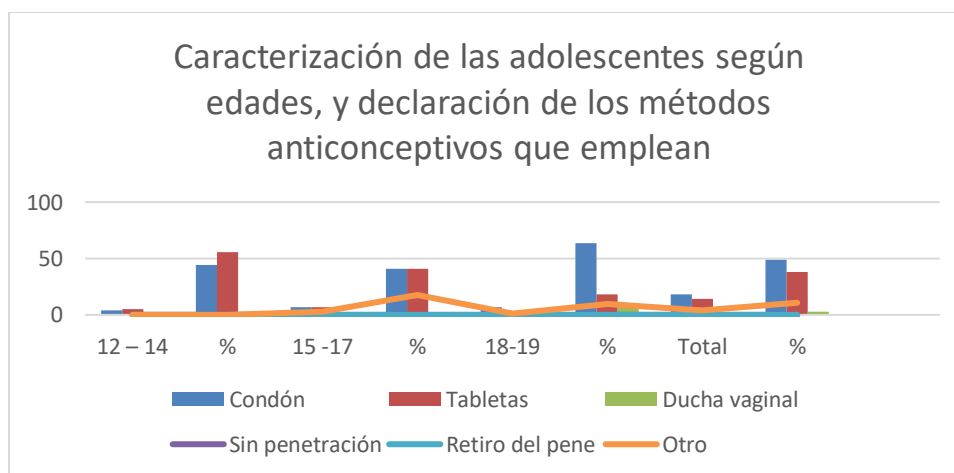


Figura 7. Representación según edades, y declaración de los métodos anticonceptivos que emplean las adolescentes

Tabla 6. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de hábitos tóxicos

Simbología: Si (S); A veces (AV), Nunca (N)

Edades (años)	Declaración de hábitos tóxicos											
	Alcohol			Café			Tabaco			Estupeficientes		
	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N
12 – 14	1	4	4	1	5	3	6	2	1	2	0	7

%	11.1	44.4	44.4	11.1	55.5	33.3	66.6	22.2	11.1	22.2	0.0	77.7
15 -17	2	8	10	4	5	8	11	2	4	3	0	14
%	11.7	47.0	58.8	23.5	29.4	47.0	64.7	11.7	23.5	17.6	0.0	82.3
18-19	1	5	5	3	5	3	7	3	1	2	0	9
%	9.0	45.4	45.4	27.2	45.4	27.2	63.6	27.2	9.0	18.1	0.0	81.8
Total	4	17	19	8	15	14	24	7	6	7	0	30
	10.8	45.9	51.3	21.6	40.5	37.8	64.8	18.9	16.2	18.9	0.0	81.0

En la tabla 6, se muestran datos que permitieron la conformación de la caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de hábitos tóxicos; lo cual revela que en todas las edades el tabaquismo está por encima del 60 %, declarándose su consumo, seguido del alcohol que se manifiesta en un 45.9% en total, a lo cual aportan todas las edades; ambos consumos –tabaco y alcohol- son muy preocupantes en esas edades, además, en este caso son adolescentes del sexo femenino, y los datos ilustran un por ciento elevado, con similares resultados en todas las edades, fenómeno que influye en la salud sexual y reproductiva y que tiende a provocar, unido a otros factores enfermedades como el cáncer cervicouterino. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 8.

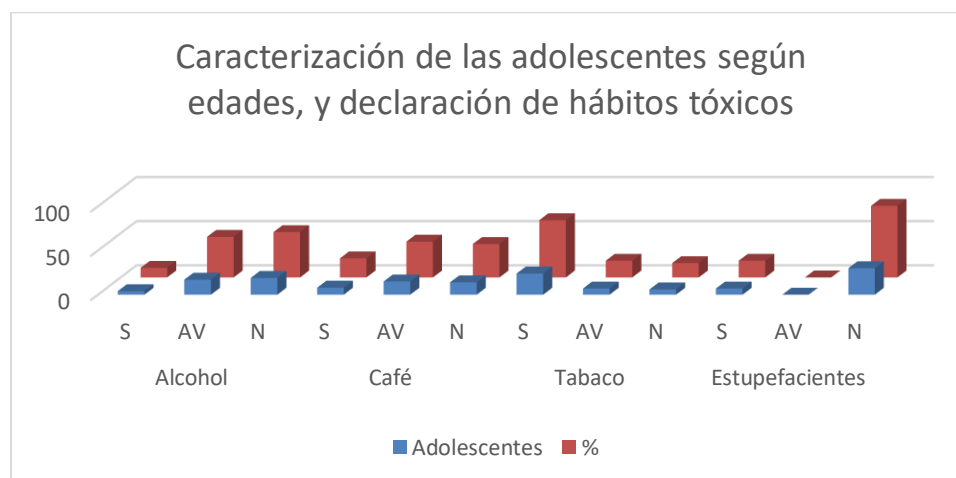


Figura 8. Representación según edades, y declaración de hábitos tóxicos, por las adolescentes
 Tabla 7. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino

Simbología: Antecedentes patológicos familiares de cáncer (APF); Antecedentes patológicos familiares cáncer cervicouterino

Edades (años)	APF cáncer			APF cáncer cervicouterino		
	Sí	No	No sé	Sí	No	No sé
12 – 14	1	2	6	0	3	6
%	11.1	22.2	66.6	0.0	33.3	66.6
15 -17	3	4	10	2	4	11
%	17.6	23.5	58.8	11.7	23.5	64.7
18-19	1	3	7	2	2	7
%	9.0	27.2	63.6	18.1	18.1	63.6
Total	5	9	23	4	9	24
%	13.5	24.3	62.1	10.8	24.3	64.8

En la tabla 7, se ilustran datos que permitieron conformar la caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino; en ello, es evidente que hay una tendencia al desconocimiento de esas enfermedades, luego, el reconocimiento de la misma en las familias fue un aspecto que necesito de ayuda durante la encuesta y mostraron poco interés al respecto, situación que se asumió con la ayuda de la enfermera para obtener los datos, cuyo resultado prevaleció la respuesta no sé, en todas las edades. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 9.

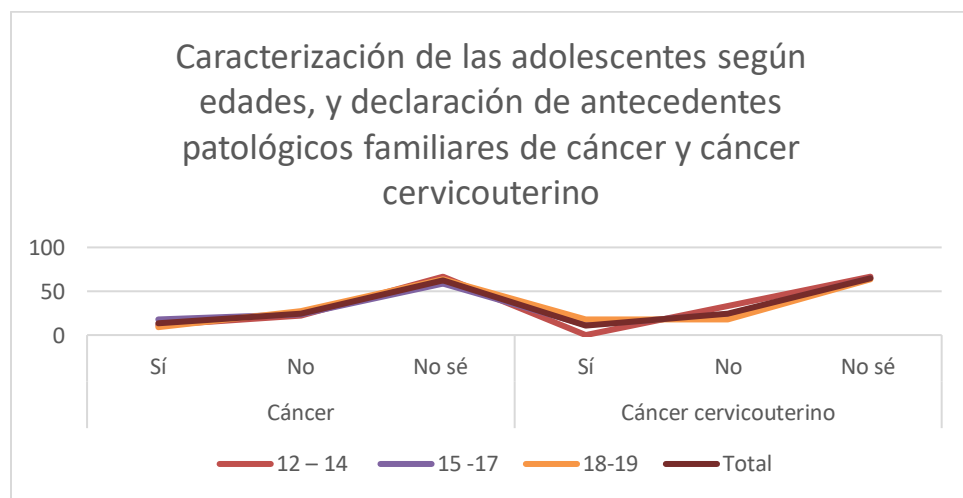


Figura 9. Representación de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino

Tabla 8. Caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes gineco - obstétricos

Simbología: Antecedentes gineco –obstétricos: gestaciones (G), partos (P), abortos provocados (AP), y abortos espontáneos (AE).

Edades (años)	Antecedentes gineco - obstétricos											
	G			P			AE			AP		
	1	2	3 (+)	1	2	3 (+)	1	2	3 (+)	1	2	3 (+)
12 – 14	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	5	0
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	11.1	0.0	33.3	55.5	0.0
15 -17	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	3	0
%	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.8	0.0	0.0	29.4	17.6	0.0
18-19	0	0	0	2	0	0	0	1	0	6	3	2
%	0.0	0.0	0.0	18.1	0.0	0.0	0.0	9.0	0.0	54.5	27.2	18.1
Total	1	0	0	2	0	0	2	2	0	14	11	2
%	2.7	0.0	0.0	5.4	0.0	0.0	5.4	5.4	0.0	37.8	29.7	5.4

En la tabla 8, se presentan los datos que indican la caracterización de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes gineco – obstétricos; y en el momento del estudio, se identificó una adolescente de 16 años embarazada y dos paridas de 18 años, los abortos espontáneos suman 4 y dos de estos ocurrieron por segunda vez, situación que supone un mal manejo de la salud sexual y reproductiva, sin embargo, los abortos provocados arrojaron cifras alarmantes, pues 27 de las adolescentes ha tenido que pasar por esa experiencia (72.9%), significativo resultó que el 29.7% por dos veces y el 5.4% por tres. Estos datos avalan lo necesario que resulta tomar medidas preventivas para evitar que el aborto provocado sea considerado como un método anticonceptivo y que se realicen acciones que consideren la preparación direccionada a conocer sus riesgos para evitar futuras complicaciones y enfermedades. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura10.

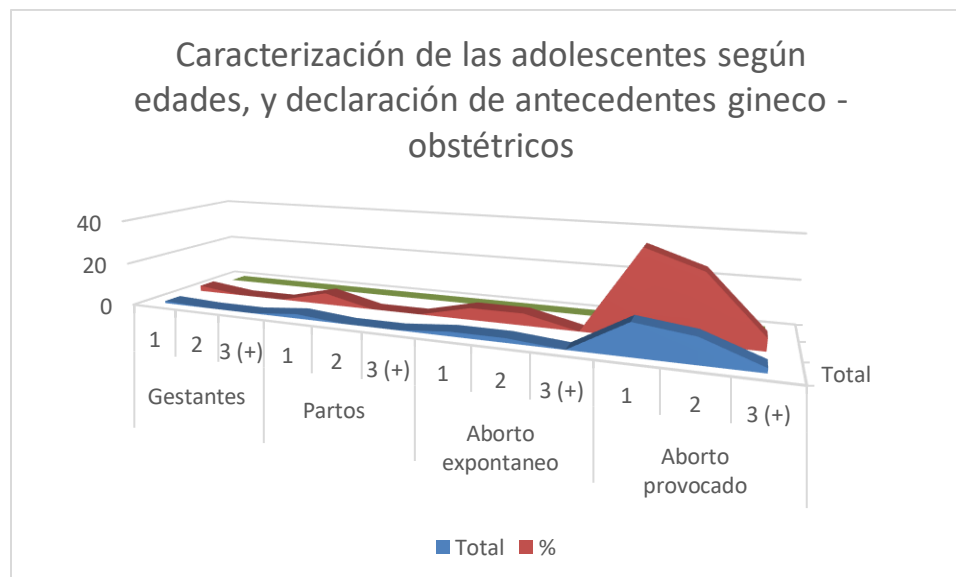


Figura 10. Representación de las adolescentes según edades, y declaración de antecedentes gineco - obstétricos

Tabla 9. Caracterización de las adolescentes según edades, y antecedentes ITS

Simbología: 1. Sífilis. 2. Condilomas acuminados. 3. Blenorragia. 4. Herpes simple. 5. Candidiasis vaginal. 6. Trichomoniasis vaginal. 7. Clamidiasis vaginal. 8. Gardnerellosis vaginal. 9. VIH.Sida. 10. Otras.

Edades (años)	Antecedentes ITS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12 – 14	0	1	6	1	3	3	4	2	0	3
%	0.0	11.1	66.6	11.1	33.3	33.3	44.4	22.2	0.0	33.3
15 -17	0	2	8	2	4	7	5	3	0	4
%	0.0	11.7	52.9	11.7	23.5	41.1	29.4	17.6	0.0	23.5
18-19	0	3	5	0	3	4	2	3	0	2
%	0.0	27.2	45.4	0.0	27.2	36.3	18.1	27.2	0.0	18.1
Total	0	6	19	3	10	14	11	8	0	9
%	0.0	16.2	51.3	8.1	27.0	37.8	29.7	21.6	0.0	24.3

En la tabla 9 se presentan datos que permitieron la caracterización de las adolescentes según edades, y antecedentes de padecer ITS, corroborados en las declaraciones de ellas, en el estudio de las historias clínicas y en la inspección visual, la cual se realizó con la cooperación de la doctora especialista en Ginecología, que atiende el Consultorio y con la enfermera registradora; en ese interés se comprobó mediante complementarios previamente indicados y realizados que ninguna adolescente es positiva a la Sífilis y al VIH-Sida, sin embargo los hallazgos encontrados resultaron alarmantes en otras enfermedades,

así el 16.2 % (6 adolescentes) tienen Condilomas acuminados, predominando las edades de 18 y 19 años, aunque la diferencia es muy poca.

La Blenorragia, es la de mayor número de casos (51.3%) predominando las edades entre 12 y 14 años (66.6%); en tanto: Candidiasis vaginal, Trichomoniasis vaginal, Clamidiasis vaginal, Gardnerellosis vaginal, se comportan entre un 21.0 y 27.0% respectivamente. Estos datos resultan alarmantes, al tener presente las edades y las características socio psicológicas de las adolescentes que disfrutaron de las bondades de dos Sistemas que las protege y respeta sus derechos: Salud y Educación; y en ello, se consideró que estos factores de riesgo amenazan su salud sexual y reproductiva, acompañada de la salud mental, situación que indica deberá prestarse atención a este problema de salud. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 11.

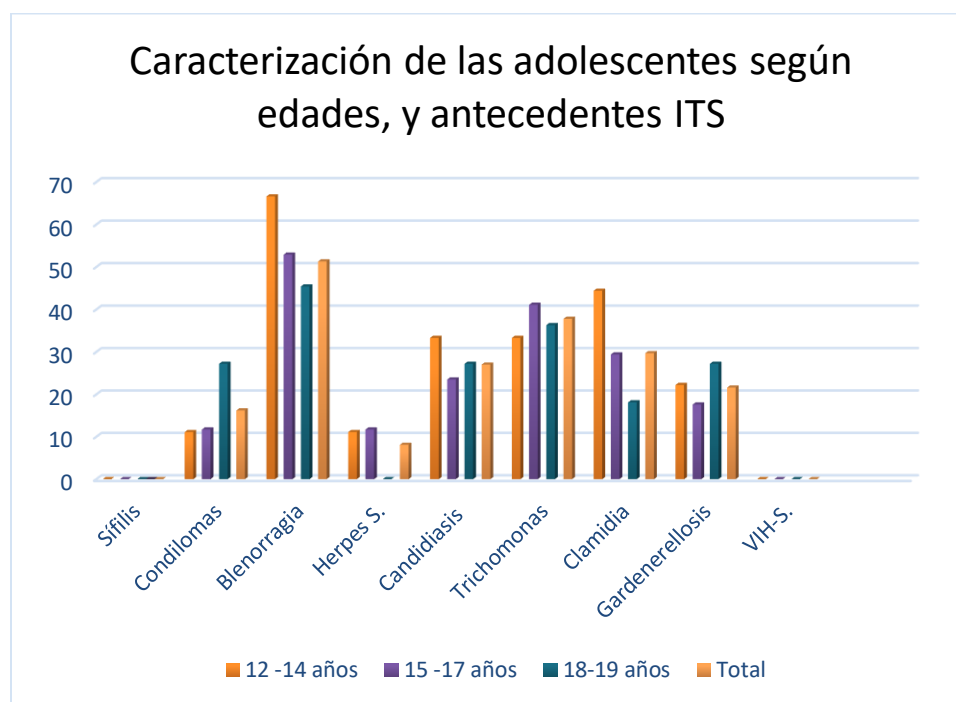


Figura 11. Representación del comportamiento, según edades, y antecedentes ITS

Tabla 10. Caracterización de las adolescentes según edades, y hallazgos morfológicos

Simbología: 1.Textura lisa, de color rosada. 2. Ectopia cervical. 3 Cervicitis. 4. Quistes de Naboth. 5. Vasos Sanguíneos anormales. 6. Fácil sangrado. 7. Presencia de exudado en Fondo de Saco

Edades (años)	Hallazgos morfológicos						
	1	2	3	4	5	6	7
12 – 14	4	3	4	0	3	5	6
%	44.4	33.3	44.4	0.0	33.3	55.5	66.6
15 -17	5	7	6	2	5	6	9
%	29.4	41.1	35.2	11.7	29.4	35.2	52.9
18-19	4	4	5	1	4	5	7
%	36.3	36.3	45.4	9.0	36.3	45.4	63.6
Total	13	14	15	3	12	16	21
%	35.1	37.8	40.5	8.1	32.4	43.2	56.7

En la tabla 10, se presentan los datos que avalan la caracterización de las adolescentes según edades, y hallazgos morfológicos; corroborándose que el 56.7 % del total de las adolescentes tiene presencia de exudado en Fondo de Saco, y las edades de mayor incidencia es entre 12 y 14 años, con un 66.6%. El Hallazgo de menos incidencia es el Quistes de Naboth con un 8.1% de representatividad. La Cervicitis y el fácil sangrado, fueron hallazgos que se muestran de forma similar en todas las edades, y se comporta entre un 40.5 % y 43.2 %. En menor incidencia se presentaron los hallazgos de la textura lisa, de color rosada, la Ectopia cervical y los Vasos Sanguíneos anormales, que se determinaron entre un 32.4% y 37.8%. En todos los casos las edades se comportan de forma similar; luego este resultado es alarmante e indica la necesidad de su atención inmediata. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 12.

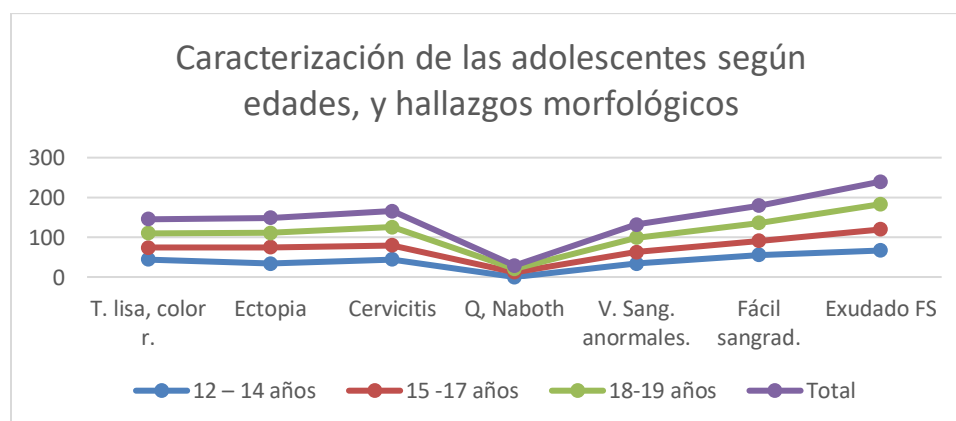


Figura 12. Caracterización de las adolescentes según edades, y hallazgos morfológicos

Llegado a este punto de la investigación se procedió a la realización de la Segunda etapa (de Intervención), lo cual, permitió el cumplimiento del objetivo

específico 3, con la aplicación de la inspección visual con ácido acético, todo lo cual se muestra en la tabla 11, representándose gráficamente los resultados obtenidos.

Tabla 11. Caracterización de las adolescentes según edades, y resultados de la inspección visual con ácido acético (IVAA)

Edades (años)	Inspección Visual con Ácido Acético			
	Positivo	%	Negativo	%
12 – 14	6	66.6	3	33.3
15 -17	9	52.9	8	47.0
18-19	7	63.6	4	36.3
Total	22	59.4	15	40.5

En la tabla 11, se muestran los datos que permitieron la caracterización de las adolescentes según edades, y resultados de la inspección visual con ácido acético (IVAA), todo lo cual, permitió corroborar los datos analizados antes de este paso y los resultados antes declarados; en ello, 22 de las adolescentes resultaron positivas a esta intervención (59.4), luego, se confirma que los hallazgos encontrados deberán ser objeto de estudio para la toma de decisiones en relación a la modificación de esas conductas que afectan la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Los datos que indican este comportamiento se representaron gráficamente en la figura 13.

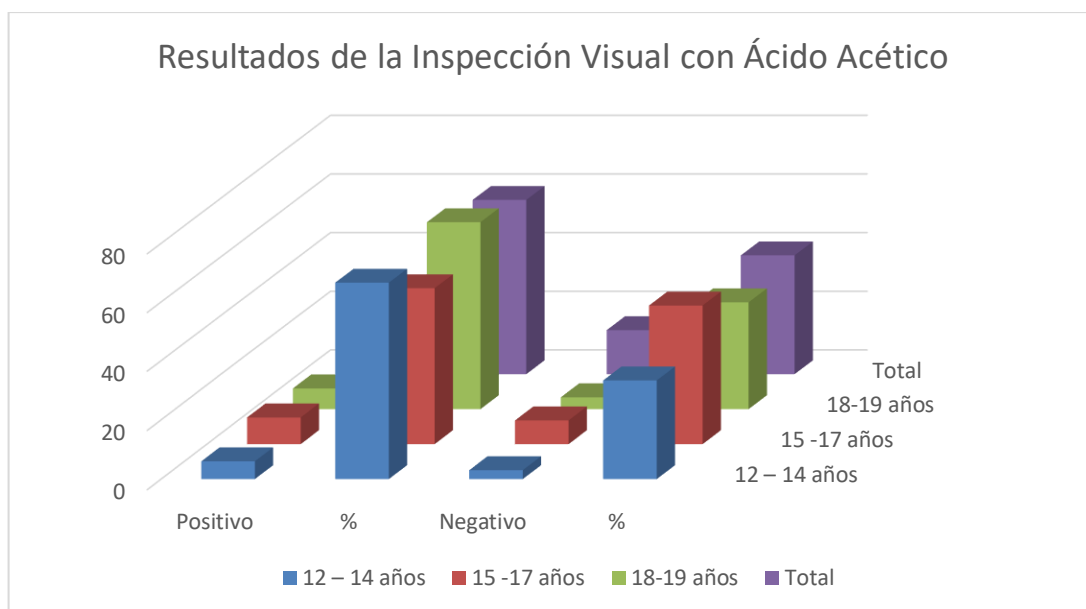


Figura 13. Resultados de la de la inspección visual con ácido acético (IVAA)

La Tercera etapa, permitió la salida al objetivo general de la investigación cuyo resultado, avaló la valoración de la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus, representándose gráficamente. El análisis de los resultados obtenidos consideró la búsqueda de la relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical; en ello, el análisis de los resultados conllevó a plantear que existen factores de riesgo que durante la investigación no tuvieron una relación directa con la intervención mediante la aplicación de la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético, considerándose entonces: la edad, nivel escolar, estado civil y convivencia, conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y antecedentes patológicos familiares de cáncer, cuyos datos se obtuvieron de la encuesta y la revisión de historias clínicas; aunque, estos resultados sí aportan a dicha relación.

En tanto los factores de riesgo que se determinaron en una relación directa con los hallazgos morfológicos, a partir de los resultados obtenidos en la intervención mediante la aplicación de la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético, se encuentran: edad de la primera relación sexual, número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, uso de medios de protección en las relaciones sexuales, medios de protección que usa en las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos que emplea, hábitos tóxicos, antecedentes Gineco-obstétricos y de ITS.

Luego, el análisis de los resultados consideró que los factores de riesgo influyen en la adquisición del cáncer cervicouterino, que tiene su génesis en la etapa de la adolescencia, y dicha enfermedad se desencadena a partir de causas que emergen desde los factores de riesgo identificados en el estudio, en los cuales predominaron los que se asocian a: la precocidad de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, infecciones adquiridas por relaciones sexuales desprotegidas, influencia del hábito del tabaquismo y el alcoholismo.

En la relación existente entre los factores de riesgo y los hallazgos morfológicos identificados, se encontraron además, otras consecuencias que inciden en dichos

hallazgos, entre estas: inmunosupresión, polimorfismo de antígenos leucocitarios humanos, desnutrición y deficiencia de vitaminas A, E y C; factores que al actuar sinérgicamente podrían, en un tiempo imprevisible, evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de esta al cáncer cérvicouterino.

En la relación establecida durante el estudio realizado, se consideró necesario orientarse hacia aquellos que se pueden modificar o evitar, como son: la precocidad sexual, las conductas sexuales promiscuas, el hábito de fumar y tomar bebidas alcohólicas, el uso de anticonceptivos. En la investigación se prestó atención a los factores de riesgo no modificables: la edad, nivel escolar, estado civil y convivencia, conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y antecedentes patológicos familiares de cáncer; sin embargo, el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden modificar sigue siendo relevante porque puede ayudar a sensibilizar a las adolescentes acerca de los factores de riesgos y como poder modificarlos a favor de la salud sexual y reproductiva, y en la prevención del cáncer cervicouterino.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el estudio que se realizó se caracterizaron las adolescentes entre 12 y 19 años, prevaleciendo la que se encuentran entre las edades de 15 y 17 años, las que conviven con uno de los padres y las que cursan el preuniversitario o el técnico medio, en el estado civil, la mayor parte declaró tener una pareja no estable, seguidas de las que aluden estar acompañadas. Estos datos difieren de otros estudios realizados en Latinoamérica ^(86, 87, 88) pues dentro de las características sociales de las adolescentes se encontraba que la mayoría profesaba la religión católica, situación que no fue explorada en este estudio; coincidiendo en las edades, sin embargo estos investigadores no exploraron el estado civil de las adolescentes, y se centraron en zonas urbanas, lo cual difiere de este estudio que fue en una zona rural.

En Cuba varios estudios analizan el comportamiento del cáncer cervicouterino en adolescentes, ^(25, 26 27, 29 89) coincidiendo con los resultados de la investigación en relación a las edades y el nivel escolar; sin embargo no estudiaron la convivencia y se consideró que es una variable necesaria para poder reconocer en la familia un factor que puede actuar en la prevención del cáncer cervicouterino.

Así en la investigación se encontró que las adolescentes que predominan tienen las primeras relaciones sexuales a los 14 años, seguidas de las de 15 años, respectivamente, y se infiere que la tendencia a la primera relación sexual es antes de los 16 años, hecho significativo que tiene coincidencia en otros estudios internacionales ^(9, 14, 63, 64) y en Cuba; ^(25, 37, 90) considerándose que es un problema de salud que se puede prevenir y en el cual las instituciones educativas, de salud, la comunidad y las familias pueden tener influencia, idea que se comparte según los resultados de estudios precedentes. ^(26, 27, 29, 65, 66)

El número de parejas con las que han tenido relaciones sexuales las adolescentes y el uso de medios de protección en dichas relaciones fue un hallazgo en la investigación, predominando hasta 3 relaciones en las edades comprendidas entre 12 a 14 años, y por encima de dos relaciones con similar situación en las edades de 15 a 17 años, fenómeno que es alarmante, por las consecuencias que trae el para la salud, y el riesgo que representa de contraer cáncer cervicouterino; esta

situación es referida por otros investigadores, quienes aluden a esas edades y manifiestan preocupación en ello; (3, 4, 10, 43, 44) coincidiendo en otros aspectos que se develaron en la investigación como es el caso del uso de medios de protección en las relaciones sexuales, que tiene una tendencia, a no ser empleados y cuando lo hacen es de forma no adecuada y no sistemática (14, 22, 25, 26, 69, 70)

y se corroboró desconocimiento de las ventajas de protegerse durante las relaciones sexuales. Así se coincide en el uso del condón por los adolescentes con los planteamientos de otros estudios, sin embargo, se difiere en cuanto a las vías de educación y prevención para la salud, que se emplean en ese sentido y en la valoración de su uso como medio de evitar el cáncer cervicouterino (30, 31, 43, 44, 64, 66)

La actitud preventiva para evitar embarazos no deseados en la adolescencia fue una de las ideas valoradas en los resultados de la investigación y en al cual se determinó que en esas edades, los conocimientos resultan muy bajos o nulos, pues no comprenden que el concebir un embarazo no deseado puede causarles trastornos de por vida y que también pueden contraer enfermedades de transmisión sexual, todo lo cual comprometería su salud sexual y reproductiva; así se coincide con otros estudios que avalaron similares resultados, (29, 36, 37, 61, 70) y que se comparten teniendo presente los resultados de la investigación respecto a: el inicio precoz de las relaciones sexuales; las consecuencias de estas en las infecciones cérvico vaginales derivadas de infecciones de transmisión sexual, por compartir múltiples compañeros sexuales y llegar a la promiscuidad; el no uso de anticonceptivos de barrera; embarazo precoz, y el tabaquismo.

Este último factor de riesgo afloró en la investigación (adolescentes que fuman) por encima del 60 % de las adolescentes, y además reconocieron el consumo de alcohol que se manifiesta en un 45.9% estando presente en todas las edades; resultado que difiere de otros estudios del contexto latinoamericano y cubano (14, 25, 26, 27, 30, 60) aunque estos autores aluden a lo perjudicial que resultan, tanto el consumo del tabaco como el alcohol para la salud sexual y reproductiva y para evitar contraer el cáncer cervicouterino.

Así varios investigadores coinciden con los resultados de este estudio en relación a que el cáncer cervicouterino es la segunda localización más frecuente en la mujer cubana, existiendo un incremento en el diagnóstico de esta enfermedad desde edades cada vez más tempranas; luego se corroboró que las adolescentes aportan un número importante de casos en esa enfermedad, manifiesta en todo el país, cuyos índices de morbilidad se podrían reducir considerablemente si se modificaran comportamientos que no promueven la salud (hábitos de higiene, conducta sexual y revisiones periódicas) y se hiciera énfasis en la cultura de la prevención primaria. (3, 25, 30, 31, 36, 58, 63, 68, 70)

En ello, los resultados apuntan que los factores de riesgo encontrados en relación con el cáncer cervicouterino pueden ser modificables y se puede conseguir llevar a cabo conductas preventivas que minimicen la situación actual a partir de la búsqueda de soluciones fundamentadas en la prevención primaria y dirigidas por el equipo básico de salud, reflexión que comparten investigadores cienfuegueros. (26, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 37)

Otros estudios develaron que la precocidad sexual exacerba las posibilidades de padecer cáncer cervicouterino, factor de riesgo que es alarmante en el estudio realizado y que puede influir en el futuro de las adolescentes, pues en estas se evidencian enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y lo cual favorece que exista un cluster o agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica, opinión que comparten varios investigadores (22, 29, 30, 31, 33, , 58, 60, 61, 69), quienes, además concuerdan con los resultados de la investigación en relación al factor de riesgo que refiere numerosas parejas sexuales, añadiéndose las edades tempranas en que se inician las relaciones sexuales; cuya causa se reconoce por el aumento del número de parejas sexuales, que a su vez, aumenta la vulnerabilidad a padecer lesiones pre- malignas y malignas del cuello uterino.

En otros estudios se muestran resultados que indican como un factor de riesgo el exceso de manipulaciones ginecológicas del cuello uterino durante los abortos provocados, (31, 33, 36, 57, 58, 60, 63, 64) situación que se corroboró en menor medida en la investigación, sin embargo se coincide con ese criterio, demostrado en otros estudios.

En los resultados obtenidos se manifiesta desconocimiento de los antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino; en ello, es evidente que hay una tendencia al desconocimiento de esas enfermedades; resultado que también se reconoce en otras investigaciones^(3, , 22, 30, 31, 33, 44, 57) y en ello se plantea que se deberán establecer mecanismos de comunicación para una cultura de la prevención del cáncer en general y en el caso de las adolescentes del cáncer cervicouterino, pues se constata un mal manejo de la salud sexual y reproductiva, producto del desconocimiento y de asumir irresponsablemente, en esa etapa de la vida, conductas sexuales desprotegidas, en las cuales el aborto aflora como un método anticonceptivo, resultado en el cual coinciden varios estudios revisados. ^(66, 67, 68, 69, 70)

Otros hallazgos encontrados en la investigación develaron la presencia de enfermedades venéreas en curso y sin tratamiento, entre estas el Condiloma acuminados, Blenorragia, Candidiasis vaginal, Trichomoniasis vaginal, Clamidiasis vaginal, Gardnerellosis vaginal; que coinciden con otros estudios que también develaron esas enfermedades, aunque se difiere en cuanto al número de pacientes y en aquellas adolescentes que tienen más de una de estas enfermedades ^(57, 58, 68,); situación que no se refiere en los estudios analizados; sin embargo se consideró un factor de riesgo, pues alude a conductas higiénicas y preventivas no adecuadas, como muestra del cambio de parejas o de relaciones sexuales desprotegidas y con varias parejas a la vez.

Así, los resultados de la investigación apuntan al reconocimiento de factores de riesgo mediante la inspección visual utilizándose ácido acético (IVAA), técnica empleada en el contexto latinoamericano con resultados positivos; ^(60, 61, 62, 63, 64) entre los hallazgos encontrados en la investigación, con la aplicación de esa técnica están: presencia de exudado en Fondo de Saco, Cervicitis, fácil sangrado, y en esa dirección se consideró que existe una relación entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, obtenidos a través de la IVAA; aspecto en el cual coinciden otros estudios ^(54, 57, 58, 69, 70) con quienes, además se coincide en el reconocimiento de otros factores de riesgo, que durante la investigación, no tienen una relación directa con la intervención

mediante la aplicación de la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético; sin embargo influyen en estos, considerándose entonces: la edad, nivel escolar, estado civil y convivencia, conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y antecedentes patológicos familiares de cáncer.

En ese sentido se concluye que se presentaron factores de riesgo que tienen una relación directa con los hallazgos morfológicos: edad de la primera relación sexual, número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, uso de medios de protección en la relaciones sexuales, métodos anticonceptivos que emplea, hábitos tóxicos, antecedentes Gineco-obstétricos y de ITS; resultado que se analizó en otros estudios que coinciden con los resultados de la investigación, significándose que, además aluden a las causas identificadas en la investigación: precocidad de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, infecciones adquiridas por relaciones sexuales desprotegidas, influencia del hábito del tabaquismo y el alcoholismo.

En ese sentido se coincide con otros resultados que plantean que estos factores de riesgo y sus causas pueden ser modificados mediante acciones de prevención y sensibilización de conductas responsables, ^(86, 87, 88, 89, 90) que, en el caso de este estudio deberán asumirse por las adolescentes en la prevención del cáncer cervicouterino.

Luego, se concluye que en las adolescentes estudiadas hay presente factores de riesgo que las ubican como precandidatas a padecer cáncer cervicouterino, y estos pueden ser modificables a partir de una intervención educativa, demostrado esto en estudios precedentes a esta investigación ^(60, 86,88, 89, 90)

CONCLUSIONES:

El estudio realizado permitió la caracterización de las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus, según variables sociodemográficas definidas; y predominaron las adolescentes que tienen entre 15 y 17 años, que conviven con uno de los padres, cursan el preuniversitario o el técnico medio; resultando significativo que el 35.1% de las adolescentes no se encuentra estudiando; datos que revelaron un problema de salud, que necesita atención desde el punto de vista científico.

El desarrollo de la investigación posibilitó se pudieran especificar los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en las en las adolescentes muestra del estudio: escasos conocimientos sobre el cáncer cervicouterino, parejas no estables, edades tempranas en la primera relación sexual, tres o más relaciones sin el uso adecuado de los medios de protección, considerándose el condón y las tabletas como medios anticonceptivos y no de protección, consumo de tabaco y alcohol, desconocimiento de los antecedentes patológicos familiares de cáncer y cáncer cervicouterino; abortos provocados, y antecedentes de ITS, prevaleciendo la Blenorragia, datos que revelaron un problema de salud, que necesitaba atención especializada.

Los resultados de la intervención empleando la especuloscopia avalaron los siguientes hallazgos morfológicos en la mayoría de las adolescentes, sin existir diferencias en los rangos de edades: presencia de exudado en Fondo de Saco, Cervicitis, fácil sangrado, Ectopia cervical; y en menor número se presenta la textura lisa, de color rosada, Vasos Sanguíneos anormales, y Quistes de Naboth; luego la inspección visual con ácido acético permitió corroborar dichos hallazgos y determinar que la mayoría de las adolescentes resultaron positivas a esta intervención, confirmándose la hipótesis del estudio.

El estudio realizado posibilitó establecer una relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical encontrados, en las adolescentes del Consultorio médico No 1, del municipio Abreus, determinándose que existen factores de riesgo que directamente no se relacionan con la especuloscopia y la inspección visual con ácido acético: la edad,

nivel escolar, estado civil y convivencia, conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y antecedentes patológicos familiares de cáncer; y otros factores, que si tienen una relación directa como: la edad de la primera relación sexual, número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, uso de medios de protección en la relaciones sexuales, métodos anticonceptivos que emplea, hábitos tóxicos, antecedentes Gineco-obstétricos y de ITS, los cuales influyen en la adquisición del cáncer cervicouterino.

RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados de la investigación en eventos científicos y publicaciones.
2. Los hallazgos encontrados deberán ser objeto de estudio para la toma de decisiones en relación a la modificación de esas conductas que afectan la salud sexual y reproductiva de las adolescentes a partir de nuevas investigaciones en las cuales deberá proponerse la realización de intervenciones preventivas y educativas.
3. Completar el estudio colposcópico de todas las jóvenes portadoras de hallazgos macroscópicos en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-stakeholders-08.htm>.
2. Organización mundial de la Salud. (2018). Cáncer: un problema de salud mundial, Datos y cifras Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
3. Cuaspud, A., & Imbacuán, N.B. (2015). Conocimientos preventivos sobre el cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano en estudiantes del bachillerato del colegio Mariano Suárez Veintimilla de la ciudad de Ibarra durante el período noviembre 2009 agosto 2010. Tesis. Universidad Técnica del Norte. <http://www.repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/703>
4. Morán, R.S., & Quintero, M.L. (2015). Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. <http://www.medwave.cl/medios/medwave/.pdf>.
5. Rodríguez, G., et al., (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Rev Méd Urug. 31 (4): 231-40.
6. Silva Mori, B.R., Soplin Ocampo, K.E., & Talledo Castillo, S.P. (2017). Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/>
7. Bustamante Ramos G.M., Martínez Sánchez, A., Tenahua-Quitl, I., Jiménez, C., López, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. An Fac Med. 2015; 76 (4): 369-76.
8. Medina Villaseñor, E.A., et al., (2011). Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. Gaceta Mexicana de Oncología. <http://www.oncologiabetania.com/site2011/.pdf>

9. Salas, M., Noguera, M.E., Petrosino, P., Arenas, A. (2014). Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?>
10. Giugno, R.P., Ocampo, D., Rahman, G., Rubinstein, A.V. (2014). Vulvovaginitis en una población pediátrica: relación entre el agente etiológico, la edad y el estadio de Tannermamario. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?>
11. Gigliola, B., & Silvana, R. (2011). Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Rev Med Clin Condes. <https://www.elsevier.es/es-revista-revistamedica-clinica-las-condes>.
12. Sarduy Nápoles M.R. (2006). Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Tesis de especialidad. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Cuba. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
13. Sansó, F.J., Alonso, P., Torres, R.M. (2010). Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2010; 36(1): 78-94. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
14. Osorio, M., et al., (2012). Lesiones de cuello uterino en adolescentes. Propuesta de flujograma. Tesis. Hospital Pediátrico Provincial Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
15. Martínez, W. (2013). Actualización sobre vaginosis bacteriana. Rev Cubana Obstet Ginecol Internet. <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?>
16. Puentes Rizo, E.M., et al., (2009). Comportamiento del Síndromede flujovaginal en el Consultorio16, Policlínico Párraga. Rev Cubana Obstet Ginecol. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
17. Garcés, M.S. (2014). Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. <http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>
18. Rodríguez González, D., Pérez Piñero, C.J., Sarduy, C.M., Hernández Márquez, N. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin_09214.htm.

19. Beltrán, E.M., Vázquez, D.R., Peña, A.B. (2014). El cáncer, una epidemia silenciosa. INFOCIENCIA. 18(1):328-67. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
20. Morales Parra, G.I. (2015). Aspectos clínicos y diagnóstico de laboratorio de la vaginosis bacteriana. Rev Haban Cienc Méd.
21. Sánchez Alarcón, L., et al., (2015). Caracterización de la neoplasia intraepitelial cervical en mujeres atendidas en el policlínico Jimmy Hirzel. Rev Electrónica Dr. Cordero Martínez, J., García Pimentel, M. (2015). Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
22. Moré Vega, A., et al., (2015). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
23. Hernández Millán, Z.L., et al., (2016). Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Rev Cubana Enfermer. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
24. Marañón Cardonne, T., et al., (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCM <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
25. Varona Sánchez, J. A. (2017). Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. Rev Cubana Obstetr Ginecol. [http://www.scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin10110. pdf](http://www.scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin10110.pdf)
26. Naranjo Hernández, L., Mesa Montero, Z., Pérez Rumbaut, G., Amechea García, G. (2017). Lesiones cervicouterinas en jóvenes fuera de programa. Revista Finlay <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
27. González Bango, M.A., et al., (2018). Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. Rev Med Electrón <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?>
28. Fernández, M., Corona, L.A., Hernández, J., Espinosa, A., Pereira, E., Fuigueiras, B. (2003). Mortalidad por neoplasias malignas en la población adulta de la provincia de Cienfuegos durante el decenio 1988-1997. Rev cubana Med. 2003; 42(2):113-7.
29. Rangel Flores, Y.Y., García Rangel, M. (2010). Influencia del rol de género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes universitarios. Index Enferm <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?>

30. Espín Falcón, J.C., et al., (2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(4): 735-746. <http://www.scielo.sld.cu>
31. Basanta, M. et al., (2013). Caracterización de la mortalidad por cáncer en la provincia de Cienfuegos. 2010-2011. Rev Finlay. 2013; 3(2):1-10.
32. Bergantiño Collazo N., & Suárez Rodríguez, A. (2014). Mortalidad por tumores malignos en la provincia Cienfuegos en los años 2004-2013. Revista Finlay. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/312>.
33. Fernández Vidal, A. T., Geroy Fernández, A., Pérez Rumbaut, G.I., Naranjo Hernández, L., Villafuerte Reinante, Y. (2018). Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo Sexual. Medisur 280 abril 2018 | Volumen 16 | Numero 2. ISSN 1727-897X.
34. Ministerio de Salud Pública. (2018). Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Estadísticas Cuba. <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-pdf>.
35. Ministerio de Salud Pública. (2018). Anuario Estadístico de Salud. provincia Cienfuegos Dirección Provincial de Estadísticas. Documento digitalizado.
36. Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., & Rodríguez Castellón, A. (2018). Detección de cáncer cérvico-uterino en Cumanayagua: ¿prueba citológica a partir de los 25 años? Medisur 964 diciembre 2018 | Volumen 16 | Numero 6. ISSN 1727-897X.
37. Clavelo Suárez, E., et al., (2019). Hallazgos en el exudado vaginal simple y factores de riesgo asociados en estudiantes universitarias adolescentes. Cienfuegos, 2016 Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos INMEDSUR, Vol. 2, No.1.
38. Abrahantes Ruiz A., et al., (2019). Cáncer cérvicouterino. Algo para reflexionar. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/>.
39. Ministerio de Salud Pública. (2018). Anuario Estadístico de Salud. Municipio Abreus, provincia Cienfuegos. Documento digitalizado.
40. Análisis de la situación de salud. Consultorio No 1. Dirección Municipal de Salud. Área Abreus. (2018).

41. OPS/OMS. (2018). Prevención y control integrales del cáncer Cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres Washington, D.C. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2018/.pdf>.
42. OMS. (2019). El cáncer del cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer. <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/en/home/pdf>.
43. Flores Esquivel, M. V. (2020). Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y prácticas de prevención, Calemar – Bolívar. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de enfermería, unidad segunda especialidad.
44. Mendoza, V. & Valderrama, M. (2016). Nivel de conocimiento y la práctica preventiva de cáncer de cuello uterino de estudiantes de enfermería. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Santa - Facultad de Ciencias Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote.
45. Hernández, D., Apresa, T. & Patlán, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Revista de Medicina Intensiva – México.
46. Guerrero, P. (2016). Conocimiento y prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de 20 a 30 años atendidas en el centro de salud defensores de la patria, Ventanilla – Lima. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Universidad Privada Sergio Bernales – Facultad de Obstetricia.
47. Mendoza, M. (2018). Prácticas de prevención del cáncer Cervicouterino en usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción – 2018. <http://www.repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/124/1/.pdf>
48. Agama Cuba, R. A. Padilla Ferrer, M., Chávez Grandez, M., & Miranda Madge, C. (2020). Correlación colposcópica y anatomopatológica en lesiones precancerígenas de cáncer de cuello uterino, Hospital central FAP 2017 – 2018. Facultad de ciencias de la salud “Fernando Cabieses Molina.” Carrera profesional de medicina humana. Universidad científica de sur. Trujillo – Perú.
49. Mamani Sánchez T. J. (2020). Determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30-49 años de edad, según la encuesta demográfica y de salud familiar (endes) del año

2018. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. Lima– Perú.
50. American Cancer Society (2014). Cáncer de cuello uterino. <http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/cuello%20uterino.pdf>
Bolivia
51. Arevalo, A., Salazar D., & Subieta, C. (2017). El cáncer de cuello uterino. Rev. Med La Paz; 23 (2). http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v23n2/v23n2_a09.pdf
23.
52. Zaldívar, G., et al., Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(4): 315-321. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n4/art14.pdf>
Ecuador
53. Más López, C.J., & Aguayo Joda, M. (2020). La cadena de valor no sanitaria de los tratamientos del cáncer cervicouterino en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Manabí, Ecuador. <http://www.fcf.uh.cu>
54. Pérez Castillo, R., Cordero González, Y., & del Río Boullón, T. (2019). Mujeres fumadoras y su asociación con atipia del cérvix uterino en Las Tunas, Cuba. Revista Médica Sinergia. Vol. 4 Núm. 7. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.258>
55. American Cancer Society (2018). Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancerde-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>
56. Guevara, K., y Rabanal, M. (2017). Conocimiento sobre los factores de riesgo y prácticas de autocuidado para prevenir el cáncer de cuello uterino, en mujeres del centro de salud “Baños del Inca” Cajamarca. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
57. Cárdenas, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino y actitudes hacia la vacuna del papiloma humano. Institución educativa Javier Heraud. Tesis para obtener el título profesional de obstetriz. Universidad Privada Antenor Orrego.
58. Salazar, S. (2018). Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los

- consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima, febrero – marzo 2016. <http://cybertesis.unmsm.edu.pdf>.
59. Santiago, M. (2015). Guías Clínicas AUGE cáncer cérvico uterino 2015. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/04/.pdf>
60. Venegas, G. (2017). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. http://www.ftp2.minsap.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterio.pdf.
61. Arzuaga, M. (2019). El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
62. Gutiérrez, T. (2015). Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino en estudiantes del quinto año de secundaria de la I.E. Jorge Basadre Grohman. Arequipa, 2013. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/.pdf?>
63. Castro, E., et al., (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Virus Del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados de dos colegios de la ciudad de Cartagena, Colombia en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2011. <http://www.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/6945/1/conocimientos.pdf>
64. Cabrera, M. (2018). Conocimientos sobre el virus del papiloma humano en adolescentes del Colegio Nacional Emblemático Santa Lucía- Ferreñafe 2016. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4396.pdf?>
65. Pomatanta, C. (2018). Nivel de conocimiento sobre prevención primaria del cáncer de cuello uterino en las adolescentes de la institución educativa N° 2027 José María Arguedas san Martín de Porres 2017. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12683/Pomatanta_RCN.pdf
66. Yalico, M. (2018). Prácticas de prevención primaria de cáncer cervicouterino en mujeres adolescentes y adultas que acuden al consultorio de prevención de cáncer ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. 2016. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/pdf>.

67. Pérez, J. (2018). Efecto de programa educativo sobre medidas preventivas en cáncer de cuello uterino en adolescentes del 5o de secundaria de la I.E Nuestra Señora De Lourdes, Los Olivos – Lima 2017. <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12682/PerezOJY.pdf?>
68. Ortiz, A. & Pereyra, I. (2015). Estudio sobre las características de la alimentación de los adolescentes uruguayos Archivos latinoamericanos de nutrición Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Vol. 65, N° 2.
69. Oliva, A. (2013). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología Universidad de Barcelona Facultad de Psicología ;37(3): 209-23
70. Maddaleno, M., Morello, P., & Infante, F. (2013). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Méx;45(1):132-9.
71. Shereen Awuapara, F., & Valdivieso Vargas, M. (2013). Características biopsicosociales del adolescente. Odontol Pediatr, Vol 12 N° 2.
72. Guzmán Marín, L. (2017). La adolescencia, principales características. Escuela Nacional Colegio de Ciencias y Humanidades. Dirección General Portal Padres de Familia/ Lecturas de Reflexión.
73. García Suárez, C. I., & Parada Rico, A. (2018). Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Universitas Humanística, 85, 347-373. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh85.cach>
74. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). Estado mundial de la Infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/>
75. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2016). Foro: Invertir en jóvenes como condición para una paz duradera en Colombia. <http://colombia.unfpa.org/noticias/pdf>.
76. Hartmann, A. (2013). Reflexiones sobre la violencia en la pubertad y adolescencia temprana. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de

Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

77. Iglesias, D. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
78. Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. Última década, 22(40), 11-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>.
79. Martínez, L. (2011). Reseña de "Etnografías de la infancia y de la adolescencia" de M. I. Jociles, A. Franzé, D. Poveda. *Revista de Antropología Social*, (20), 412-416.
80. Vygotsky, L. (1978). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Editorial pueblo y educación.
81. Organización Mundial de la Salud (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
82. Sierra, N. (2014). Adolescencia, subjetividad y contexto socio-cultural. *Argonautas*, (4), 67-78. <http://www.argonautas.unsl.edu.ar/files/.pdf>
83. Bayarre Vea, H., et al., (2004). Metodología de la Investigación en la Atención Primaria de Salud. Editorial ciencias médicas.
84. Hernández, R., Fernández, & Baptista. (2014). Metodología de la investigación. Quinta edición. México D.F. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736. ISBN: 978-607-15-0291-9 (ISBN edición anterior: 978-970-10-5753-7). 1234567890109876543210.
85. Cortés, M., Iglesias, M. (2005). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. Publicado en la UNACAR. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen. México. ISBN: 968-6624-87-2
86. Chávez Irigoín, G, R. (2019). Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en las alumnas de la institución educativa María de Nazaret CAJAMARCA – 2018. Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

87. Chuquirima C, Karla. Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino en alumnas del bachillerato del colegio Adolfo Valarezo periodo 2017-2018. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21463/1/tesis.pdf>
88. Castro R, Elkin; Miranda M, Pablo; Borre A, Orlando. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Virus Del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados de dos colegios de la ciudad de Cartagena, Colombia. <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/conocimientos.pdf>
89. Matos Bisset, A., et al., (2019). Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cérvicouterino. Acta Médica del Centro / Vol. 13. No. 4.
90. Lorié Sierra, L.E. (2017). Estrategia de capacitación al especialista en medicina general integral para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas de cáncer cervicouterino. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Cuba.

ANEXOS

Anexo 1. Modelo que refiere la carta de consentimiento informado para los padres o tutores de las adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No1., que participaron en la investigación.

Carta de consentimiento informado

Fecha: _____

En mi condición de persona responsable de la guarda y cuidado de mi hija, como padre ____, Madre, ____, Tutor ____; a petición de la doctora que labora en el Consultorio Médico de la Familia No 1 del Consejo Popular Abreus, manifiesto mi conformidad para que participe en la investigación que se realizará, dando mi consentimiento para la realización del examen físico correspondiente, aprobando que manifieste su conformidad para su participación.

Nombre y apellidos

Firma del padre o tutor

Anexo 2. Modelo que refiere la carta de consentimiento informado a las adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 1., del Consejo Popular Abreus, que participaron en la investigación.

Carta de consentimiento informado

Fecha: _____

Yo, _____ manifiesto en esta carta de consentimiento informado, a petición de la doctora que labora en el Consultorio Médico de la Familia No 1, y con previa autorización de mi Padre ____, Madre, ____, Tutor ____; que estoy dispuesta para participar en la investigación que se propone y contribuir a la misma, para lo cual recibiré una explicación de los objetivos y los beneficios que me aportará; además, exigiré que todos los datos que ofrezca para el desarrollo de la investigación, se mantendrán en el anonimato y tener la posibilidad de retirarme de la investigación si lo considero necesario. Por tal motivo firmo la presente como constancia de mi aceptación.

Firma del adolescente

Anexo 3. Encuesta aplicada a las adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No1, del Consejo Popular Abreus, que participaron en la investigación.

Objetivo: Caracterizar a las adolescentes del Consultorio No 1, según variables del estudio.

Presentación

Buenos días, después de firmar el consentimiento informado, eres parte de la investigación que se realiza en el Consultorio médico de la familia No. 1, entonces te solicitamos respondas las siguientes preguntas, en la cual debes reflejar tus criterios de forma sincera, gracias.

1. Edades

12 -14 años _____

15-17 años _____

18-19 años _____

2. Nivel de escolaridad que cursa

Secundaria ____, Técnico Medio ____, Preuniversitario ____, Universidad ____,
No estudia_____

3. Estado civil

Casada ____, Acompañada ____, Soltera ____, Con pareja no estable ____

4. Convivencia

Ambos padres ____, Uno de los padres ____, Abuelos____, Otro familiar ____

5. ¿Tienes conocimientos sobre el cáncer cervicouterino?

Si ____, Algunos ____, No ____

6. ¿A qué edad ocurrió la primera relación sexual? Encierra la respuesta en un círculo:

Antes de los 12 años

12 años

13 años

14 años

15 años

16 años

17 años

18 años

19 años

7. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?

Una ____, Dos ____, Tres ____, Más de tres ____

8. ¿Usas medios de protección en las relaciones sexuales?

Si ____, A veces ____, Nunca ____

9. ¿Qué métodos anticonceptivos empleas? Encierra la respuesta en un círculo:

Condón

Tabletas

Duchas

Sin penetración

Retiro del pene

Otro

10. ¿Tienes hábitos tóxicos? Si ____ No ____ A veces ____

¿Cuáles?: ____ alcohol, ____ café, ____ tabaco, ____ estupefacientes

11. ¿Tienes antecedentes patológicos familiares de cáncer?

Cáncer Sí ____ No ____

Cáncer cervicouterino Sí ____ No ____

12. Antecedentes Gineco-obstétricos

	Gestaciones	Partos	Aborto espontáneo	Aborto provocado
Uno				
Dos				
Tres				
Cuatro y más				

13. ¿Qué antecedentes tienes de padecer una ITS? Encierra la respuesta en un círculo:

Sífilis

Blenorragia

Candidiasis vaginal

Clamidiasis vaginal

VIH-Sida

Otras

Condilomas acuminados

Herpes simple

Trichomoniasis vaginal

Gardnerellosis vaginal

Anexo 4. Planilla de datos para el registro de los hallazgos morfológicos

Simbología

1. Textura lisa, de color rosada.
2. Ectopia cervical.
3. Cervicitis
4. Quistes de Naboth
5. Vasos Sanguíneos anormales
6. Fácil sangrado
7. Presencia de exudado en Fondo de Saco

No adolescente	1	2	3	4	5	6	7
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							

22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							

Anexo 5. Planilla de datos para el registro de los datos de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la Colposcopia Cervical (CC)

No adolescente	IVAA		CC	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				

Anexo 6. Relación existente entre los factores de riesgo asociados y los hallazgos morfológicos de la mucosa cervical, en las adolescentes del Consultorio médico No 1.

Simbología (Hallazgos morfológicos)

1. Textura lisa, de color rosada.
2. Ectopia cervical.
3. Cervicitis
4. Quistes de Naboth
5. Vasos Sanguíneos anormales
6. Fácil sangrado
7. Presencia de exudado en Fondo de

Factores de riesgo		Hallazgos morfológicos						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Edad							
2.	Nivel de escolaridad que cursa							
3.	Estado civil							
4.	Convivencia							
5.	Conocimientos sobre el cáncer cervicouterino							
6.	Edad de la primera relación sexual							
7.	Número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales							
8.	Uso de medios de protección en la relaciones sexuales							
9.	Medios de protección que usa en las relaciones sexuales							
10.	Métodos							

	anticonceptivos que emplea							
11.	Hábitos tóxicos y frecuencia							
12.	Antecedentes patológicos familiares de cáncer							
13.	Antecedentes Gineco- obstétricos.							
14.	Antecedentes de ITS.							