



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR 28. GABRIEL MANCERA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
EN LA ACEPTACIÓN DEL PAPANICOLAOU

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

P R E S E N T A

DRA. CELIA VEGA OROZCO.

A S E S O R

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR 28. GABRIEL MANCERA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
EN LA ACEPTACIÓN DEL PAPANICOLAOU

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

P R E S E N T A

DRA. CELIA VEGA OROZCO.

A S E S O R:

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR 28. GABRIEL MANCERA

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
EN LA ACEPTACIÓN DEL PAPANICOLAOU

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

M E D I C I N A F A M I L I A R

P R E S E N T A

DRA. CELIA VEGA OROZCO.

A S E S O R:

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.

C O A S E S O R:

Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar.

MÉXICO, DF. AGOSTO, 2007.

AUTORIZACIONES

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
EN LA ACEPTACIÓN DEL PAPANICOLAOU



ASESOR DE TESIS

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA "JOSE LAGUNA GARCIA"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR. UNAM

COASESOR DE TESIS

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA".

AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



AUTORIDADES

DR. JAVIER VILLALBA MENDOZA

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA".

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA".

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 28 "GABRIEL MANCERA".

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a

DIOS Por permitirme llegar a esta etapa de mi vida con fortaleza y entrega.

MIS PADRES Por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas fundamentales en mi vida. Porque son el motor y sentido de mi existencia.

A MIS HERMANOS Con quien he aprendido a la par de la vida y de familia.

AMIGOS, MAESTROS, FAMILIARES YA QUIENES LEAN ESTE TRABAJO

Por sus críticas, facilidades, bendiciones, enojos y enseñanza que promueven cambios y aprendizaje en mí.

Y un agradecimiento especial a mi asesora

DRA. SILVIA LADGRAVE IBÁÑEZ Por contribuir, configurar y confiar en el desarrollo de una atención a la salud centrado en el núcleo familiar. Por su apoyo inagotable e incondicional en la realización de este trabajo.

INDICE

1.0.0	Marco Teórico.....	1
1.1.0	Cáncer Cervicouterino.....	1
1.1.1	Epidemiología.....	1
1.1.2	Factores de riesgo.....	1
1.1.3	Presentación clínica.....	2
1.1.4	Estadaje Clínico.....	2
1.1.5	Historia Natural.....	2
1.1.6	Clasificación.....	2
1.1.7	Diagnóstico.....	2
1.1.8	Tratamiento.....	2
1.2.0	Prevención.....	3
1.2.1	Niveles de prevención.....	3
1.2.2	Principios generales de la detección selectiva de cáncer cervicouterino.....	4
1.2.3	Prevención en salud.....	4
1.2.4	Educación para la prevención de cáncer cervicouterino.....	4
1.2.5	Procesos psicosociales en educación en salud y prevención del cáncer.....	5
1.2.6	Intervenciones educativas.....	5
1.2.7	Alimentación y prevención de cáncer.....	5
1.3.0	Planteamiento del problema.....	6
1.4.0	Justificación.....	6
1.5.0	Objetivos.....	7
1.5.1	Objetivo general.....	7
1.5.2	Objetivo particular.....	7
1.6.0	Hipótesis.....	8

1.6.1	Hipótesis nula.....	8
1.6.2	Hipótesis alterna.....	8
2.0.0	Material y métodos.....	9
2.1.0	Tipo de investigación.....	9
2.2.0	Diseño de la investigación.....	9
2.2.1	Población.....	10
2.2.2	Muestra.....	10
2.2.3	Variables.....	11
2.2.4	Diseño estadístico.....	12
2.2.5	Instrumento de recolección de datos.....	12
2.2.6	Método de recolección de datos.....	13
2.2.7	Maniobras para evitar ó controlar sesgos.....	13
2.3.0	Recursos.....	13
2.3.1	Recursos humanos.....	13
2.3.2	Recursos materiales.....	13
2.3.3	Recursos físicos.....	13
2.3.4	Financiamiento del estudio.....	13
2.4.0	Consideraciones éticas.....	13
3.0.0	Resultados.....	14
4.0.0	Discusión.....	23
5.0.0	Conclusión.....	24
6.0.0	Referencias.....	25
Anexos	26

RESUMEN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA ACEPTACIÓN DE PAPANICOLAOU

AUTORES. Dra. Celia Vega Orozco. Dra. Silvia Landgrave Ibáñez.

COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA "JOSE LAGUNA GARCIA" DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR. UNAM.

Palabras clave: impacto, aceptación de papanicolaou, intervención educativa (IE), prevención, cáncer cervicouterino (CACU).

Objetivo: Cuantificar la aceptación del Papanicolaou posterior a IE.

Material y métodos: estudio prospectivo, transversal, comparativo descriptivo, Cuasi experimental; Población de la UMF 28. IMSS; Muestreo probabilístico (fórmula de estadígrafo Z para comparar proporciones de variables dicotómicas), aleatorio simple. Comparando dos grupos de 40 pacientes, sin/con IE; Variables; Dependiente: impacto de una IE (aceptación de Papanicolaou), cualitativa, nominal, simple, dicotómica, se evaluaron con χ^2 y Wilcoxon; Independientes: se evaluaron con medidas de dispersión y tendencia central. Análisis: SPSS.

Resultados: Wilcoxon de -4.964 , $P = 0.000$ estadísticamente significativa y χ^2 de 6.400 con $P = 0.011$, estadísticamente significativa, se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 . Por tanto la aceptación del Papanicolaou depende de recibir ó no la intervención educativa (Grupos Pequeños De Discusión).

Discusión: se acepta la H_0 y se rechaza H_1 . Concordando con la literatura, la prevención de CACU depende de la educación para la salud, siendo mejor si se enfoca a temas estratégicos en población en riesgo, aumentando la aceptación de Papanicolaou.

Conclusiones:

Con la IE realizada se modificaron los conocimientos de la muestra, incrementándose o reforzándose, permitiendo impactar en su posición y actitud ante el Papanicolaou, dado que la aceptación de éste fue mayor en quién recibe una intervención educativa, logrando los objetivos del estudio, confirmando la H_0 .

MARCO TEORICO

CANCER CERVICOUTERINO

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer cervicouterino ocupa en el mundo el segundo lugar como neoplasia maligna.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13} Las tasas más elevadas se encuentran en Sudamérica, países en vías de desarrollo y aumentan progresivamente durante la tercera y cuarta décadas de la vida, con una edad media de 48 años.^{1,2,3,4} Aproximadamente el 25% de los casos de CaCu (Cáncer cervicouterino) y casi el 50% de las muertes por éste se producen en mujeres de 65 años o más. Las tasas máximas de lesiones precancerosas del cervix, como el carcinoma in situ y las neoplasias intraepitelial cervical, ocurren una o dos décadas antes del pico máximo de CaCu.^{5,6,7,8,9,10} En México ocupa el primer lugar, entre las primeras 10 causas de muerte^{1,3,6,7,9} constituyendo un importante problema de salud⁷. Tiene una tasa de 52 muertes por cada 100 000 habitantes¹¹. En el IMSS para el 2003, se encuentra en la delegación 03 SO como segunda causa de mortalidad en población derechohabiente a los TUMORES MALIGNOS, incluyendo al cáncer del cuello uterino con una tasa de 6.3 por 100 000 ^{4,6,7,9,12,13,16}. En la UMF 28 de la Delegación 03 SO del IMSS, se encontró un total de 60 796 de pacientes en riesgo, presentándose 164 displasias en el 2004, y 7000 mujeres en tratamiento por cáncer cervicouterino¹⁷.

FACTORES DE RIESGO

El agente etiológico aún se desconoce, pero existen varios factores predisponentes como:

1. Edad; mayores de 25 años ^{1,7}. La máxima incidencia aparece entre los 45 y 60 años, con un pico a los 48 años. El máximo de las lesiones precancerosas se da de 10 a 20 años antes, con un promedio de 38 años en el cáncer invasivo y de 34 años en la displasia.
2. Inicio temprano de actividad sexual (antes de los 19 años)^{1, 7, 14, 18}. Las mujeres cuyas parejas masculinas comunican ser promiscuas tienen un riesgo más elevado³.
3. Promiscuidad, de ella ^{3,12,14} y la pareja⁷.
4. Multiparidad (más de 4 partos)⁷, es infrecuente en mujeres nulíparas³.
5. Embarazo temprano ¹, antes de los 18 años ^{7,14}.
6. Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.^{1,7}
7. Deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E. ^{1, 3,7}.
8. Bajo nivel socio económico ³
9. Tabaquismo^{7, 14}. Las fumadoras pasivas tienen mayor riesgo, y el riesgo de las no fumadoras es máximo cuando sufren exposición en su casa de mas de 1.5 horas diarias³.
10. Infección por el virus del papiloma humano^{7, 14, 18}. Se consigue detectar DNA de VPH entre el 90 y el 100% de los cánceres cervicales, predominando los tipos 16 y 18³. Se sabe que la infección por VPH y cáncer de cervix tienen una asociación fuerte, consistente y específica¹³.
11. Infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹³.
12. NUNCA HABERSE PRACTICADO ESTUDIO CITOLOGICO.^{7,14}

PRESENTACION CLINICA

Es variable e inespecífica. Las lesiones precancerosas, como el CIS y la NIC, son habitualmente sintomáticas y se detectan en el curso de las citologías sistemáticas de "screening". El CCI puede producir friabilidad y ulceración del cervix, dando lugar a manchado o sangrado inter menstrual. El flujo vaginal por infección secundaria y el dolor pélvico por extensión local del tumor a las paredes laterales de la pelvis indican enfermedad avanzada. La presencia de hidronefrosis por obstrucción ureteral y la formación de fistulas vesicales o intestinales y de edema de miembros inferiores por obstrucción linfática indican un CCI extenso con un pronóstico muy malo³.

ESTADIAJE CLINICO

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (ver anexo 1) ³.

HISTORIA NATURAL

La metaplasia escamosa del epitelio columnar de la zona T comienza en la pubertad y termina con la menopausia. Cuando las células metaplásicas son expuestas a factores inductores de cáncer inicia la progresión normal del epitelio columnar al epitelio escamoso maduro. El epitelio metaplasico atípico resultante puede evolucionar a mayor atipia celular (Neoplasia intraepitelial cervical) o revertir espontáneamente a epitelio metaplasico normal o escamoso maduro. Aunque la neoplasia intraepitelial cervical puede progresar (NIC I a NIC II ó NIC III / CIS) ó regresar una vez que el proceso alcanza el estadio de CCI, la regresión espontánea es rara. El carcinoma epidermoide (CE) nace de zona de transformación (Zona T) y el epitelio columnar de endocervix y endometrio. El desarrollo de CCI es habitualmente un proceso largo. Richard y Barrón vigilaron con citología longitudinalmente y estimaron el tiempo de transición a CIS en 86 meses en el caso de displasia leve, 38 meses en la displasia moderada, y 12 meses en la displasia grave. ³

CLASIFICACION

Según la NOM para la prevención, tratamiento y control de CACU, se codifica de acuerdo con la Clasificación internacional de enfermedades en su revisión X. (Anexo 2 y 3)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en los datos de inspección macroscópica del cuello uterino, citología cervical, complementándose con la colposcopia y la biopsia dirigida. Pero, aún en la actualidad el papanicolaou sigue siendo la intervención más adecuada para tamizar a la población¹ según la norma oficial mexicana para la detección y prevención de CACU (anexo 4).

TRATAMIENTO

El seguimiento, control y tratamiento del CACU se lleva a cabo de acuerdo al resultado citológico. Las pacientes con diagnóstico citológico negativo a cáncer deben citarse al año para estudio de control. Pacientes con resultado compatible con infección por VPH, displasia leve, moderada, grave, in situ, y carcinoma microinvasor, deben ser canalizadas a colposcopia y biopsia dirigida a una clínica de displasias, para confirmar diagnóstico y en su caso realizarse tratamiento conservador con criocirugía, láser terapia o electro cirugía, etc., por el ginecólogo, colposcopista o cirujano oncólogo, así como seguimiento de cada caso.

PREVENCION

La PREVENCION significa reducir la incidencia de las enfermedades y proporcionar una mayor atención a los órganos y sistemas de nuestra economía, con la finalidad de mantener una vida saludable. Se basa en la comprensión de cómo aparecen, desarrollan y transmiten las enfermedades y desde luego en el conocimiento de los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales que contribuyen al desarrollo de enfermedades. La participación del personal del equipo de salud es de fundamental importancia en la prevención, e inducción de comportamientos y estilos de vida sanos en las mujeres, haciéndolas responsables de su propia salud⁶. La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento e incluye dos importantes procesos; la toma y la interpretación de la muestra. Se dirige a toda mujer sin enfermedad cervicovaginal actual, de más de 25 años de edad o menos con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual¹.

NIVELES DE PREVENCION

PREVENCION PRIMARIA

Son las acciones enfocadas a reducir la incidencia de la enfermedad a través de educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y auto responsabilidad en individuos, familias, y grupos sociales logrando el control de las enfermedades. Estas actividades deben ser dirigidas a la población en general, con especial atención a la femenina en riesgo, en relación a los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen en la ocurrencia de la enfermedad y sobre el conocimiento de las técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna del cáncer, persuadiéndolas a aceptarla, requiriéndose de un programa coordinado que asegure que la población femenina conozca los motivos de la detección, los procedimientos empleados, el significado de los resultados y la eficacia de los tratamientos recomendados. La información del hombre es necesaria desde el inicio de su madurez sexual, por su participación en los factores de riesgo, además que impulsa a su pareja a realizarse la detección. En el IMSS el programa de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad en la población derechohabiente a través de la detección oportuna de las lesiones precursoras y del cáncer en etapas tempranas, teniendo como población blanco a toda mujer de entre 25 y 64 años de edad, pero existen factores que limitan una adecuada prevención, detectándose como principal barrera, la poca o nula información que tienen las mujeres sobre el programa, además aspectos psicológicos y morales ya que la mujer aún siente pena ó angustia al realizarse la detección, siguiendo con la creencia de que es doloroso o que puede provocarles una infección; aunado a la falta de integración y trabajo en equipo del personal de salud, ya que el médico envía a la DOC pero no educa a la mujer.

PREVENCION SECUNDARIA

El estudio citológico de papanicolau es el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer del útero^{11, 7} debe ser anual a partir del inicio de las relaciones sexuales. La Alianza Global para la Salud de la Mujer (AGSM) indica como medidas preventivas las que se aportan en anexo 5. Los principales factores predictores de utilización del papanicolau en una población usuaria, son el conocimiento de la utilidad de la detección, el antecedente de infección vaginal, utilización previa de métodos de planificación familiar y la aceptación de la pareja sexual masculina.¹¹

PRINCIPIOS GENERALES DE LA DETECCIÓN SELECTIVA DEL CANCER DE CERVIX

Las directrices más ampliamente aceptadas para que la detección selectiva de una enfermedad en una población sea eficaz exigen el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- 1) La enfermedad debe ser lo suficientemente frecuente y afectar significativamente a la calidad o la duración de la vida como para justificar el esfuerzo del "screening".
- 2) La enfermedad debe tener una fase asintomática o preclínica lo suficientemente prolongada como para permitir la identificación precoz de los casos, y
- 3) El tratamiento efectivo durante la fase preclínica asintomática debe ser superior al tratamiento de la enfermedad después de la aparición de los síntomas.

El cáncer de cervix se aproxima a la enfermedad ideal para aplicación de estos principios de la detección selectiva. Los tiempos de transición largos en los casos típicos, entre la atípica y el CCI, brindan amplias oportunidades de identificar los casos en un estadio en el que se puede hacer un tratamiento seguro, eficaz y asequible. El test de Papanicolaou, el método primario de "Screening" de cáncer cervical, es fácil de realizar, relativamente barato y aceptable para las pacientes, y es razonablemente sensible y específico.⁹ TEST DE PAPANICOLAU recomendaciones (Anexo 6)

PREVENCIÓN EN SALUD

La prevención en salud es una tarea que requiere de:

- Un pensamiento a la altura del desarrollo que encierra el concepto de prevención.
- Organización del sistema de salud acorde a los principios generales de la prevención.
- La realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo prevenir.
- Medios técnicos (comunicación social, psicoprofilaxis) para la práctica de la prevención.

Cada una de ellas ha ido aportando en sus interrelaciones, toda una serie de instrumentos, y al mismo tiempo todo un modo de actuación en prevención en salud.

EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CACU

Es necesario que todos los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de la atención primaria a la salud sean capacitados en las actividades de la detección promoción, obtención de la muestra, interpretación de los resultados, seguimiento y control.^{7,11} Es fundamental educar a mujeres y niñas sobre higiene, la importancia del chequeo y la identificación de síntomas para la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad, fisiología reproductiva y salud sexual e involucrar a grupos de mujeres en educación para la promoción de una buena salud. Por tanto es importante desarrollar programas a nivel de base que expandan la educación para la salud y los servicios para mujeres potenciadas a formar decisiones bien informadas sobre CACU.⁸ Las estrategias educativas deben ser con especial atención a la femenina de mayor riesgo, en relación a los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen en la ocurrencia de la enfermedad y sobre el conocimiento de las técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna del cáncer.

PROCESOS PSICOSOCIALES EN EDUCACIÓN EN SALUD Y EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER

El elemento carcinogénico más importante es el comportamiento irresponsable del hombre. Para potenciar estos cambios es indispensable que los Médicos de Familia, psicólogos y otros agentes facilitadores conozcan no sólo qué tiene que ser modificado, sino cómo propiciar la transformación y trabajar con los elementos esenciales de algunas de las categorías psicosociales intervinientes. Cada individuo construye activamente su propia realidad atendiendo selectivamente a un porcentaje muy pequeño de estimulación presente; por lo que motivarlos haciendo agradable una charla o un material divulgativo, amenizando el mensaje de salud es muy incentivo; apelando a todos los recursos disponibles, mayor creatividad, comportamientos y actitudes responsables que regulen e induzcan a la educación en cáncer para desarrollar conductas preventivas y promotoras. La psicología científica contemporánea considera un proceso efectivo de educación en salud a aquél que aporta a la persona un conocimiento asimilable a las condiciones intelectuales de los problemas de salud a que puede estar expuesta y de sus posibles soluciones; mediante técnicas de aprendizaje variadas, dinámicas y vivenciales; tomando en cuenta valores, creencias y cultura para producir cambios en los conocimientos, actitudes y práctica de las personas frente a la salud, reflejándose en un incremento en la calidad de vida.⁴

INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Una intervención educativa es una de las acciones de prevención cuyo proceso debe entenderse esencialmente como una programación de oportunidades de aprendizaje de muy diversa índole (información, modelamiento, entrenamiento, capacitación, etc.) donde es necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones, logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.

Para desarrollar un plan de trabajo efectivo, es necesario ejecutar los siguientes puntos:

Determinar quiénes son los participantes de acuerdo a su nivel educativo, experiencias y habilidades, género y edad, ocupación (cuál, cuando, cuánto tiempo), escolaridad, cuantos son aproximadamente.

Cuándo será la estrategia Día, hora, año, mes, duración, duración del programa.

Dónde se realizará la estrategia, tamaño de estancia, equipo, suplementos, localización

Tema que el educador debe saber.

Cuál es el propósito del educador

Como se realizará radio, TV, revistas, diapositivas, escrito o hablado, cómo comprometer al participante, cómo retroalimentar la enseñanza y como evaluar su efectividad.

Metas el resultado general que se espera cumplir o alcanzar al final del proceso.

Objetivos deberán describir los cambios esperados, en conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres.

Seleccionar el método apropiado, de acuerdo al cambio que se espera en los participantes.

Entonces si desea aumentar el:

- Conocimiento: presentación con diapositivas, panel de discusión, videos, lecturas, instrucción programada.
- Actitud: lluvia de ideas, estudio de casos, arte creativo, situaciones intervencionistas, abrir y terminar discusiones, memorias familiares, roles.
- Conductas y habilidades: planes de acción, demostración, guía práctica con retroalimentación, práctica, roles, simulación. METODOS (anexo 7)

LA ALIMENTACIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER, recomendación muy importante. Anexo 8.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la ACEPTACIÓN del Papanicolaou en la población derechohabiente de la UMF 28 después de una INTERVENCION EDUCATIVA?

JUSTIFICACIÓN

Se realizará el presente estudio, porque el cáncer cervicouterino, en México ocupa el primer lugar, entre las primeras 10 causas de muerte general, originando alta mortalidad femenina, llegando a constituir un problema de salud pública y dada la historia natural de esta patología, sabemos que es fácilmente prevenible con pruebas altamente confiables y de bajo costo como es la aplicación del papanicolaou, sin embargo existen barreras que disminuyen la DOC cervicouterino, ya que hay desconocimiento de la técnica de detección e incertidumbre por un probable resultado fatal por parte de las pacientes.

Por tanto la prevención, control y tratamiento del cáncer de cuello del útero constituye una prioridad en nuestro país, institución y unidad de Medicina Familiar, por tal razón, los sistemas de salud deberán adoptar nuevas estrategias ante dicho problema a través del fortalecimiento en la prevención de estas enfermedades. Porque de dejarlo pasar significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativa de vida; además de que un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure.

Por lo que es necesario diseñar, elaborar planes de trabajo educativos y detecciones, promover la participación del personal de salud en medios de comunicación para concienciar a la población sobre la importancia de la detección oportuna de cáncer cervicouterino y de tal forma incrementar el impacto de DOC CACU y en la UMF concluyendo que es importante desarrollar programas a nivel de base que expandan la educación para la salud y los servicios para mujeres potenciadas a tomar decisiones bien informadas sobre CACU.

OBJETIVOS

GENERAL

- Cuantificar la aceptación de la detección selectiva posterior a una intervención educativa de CACU

PARTICULAR

- Promover la aceptación de la detección selectiva de CACU
- Proporcionar una maniobra educativa a grupos de alto riesgo para el desarrollo de CACU
- Incrementar el número de detecciones de CACU en grupo de alto riesgo
- Se incrementara el nivel de conocimientos en la población femenina de alto riesgo acerca de la detección selectiva
- Se mejoraran las actitudes a favor de la detección selectiva
- Se logrará la aceptación más rápida y fácil de la detección selectiva.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

La aplicación de una intervención educativa en la población de la UMF 28 produce mayor aceptación de la detección selectiva de cáncer cervicouterino.

HIPOTESIS ALTERNA

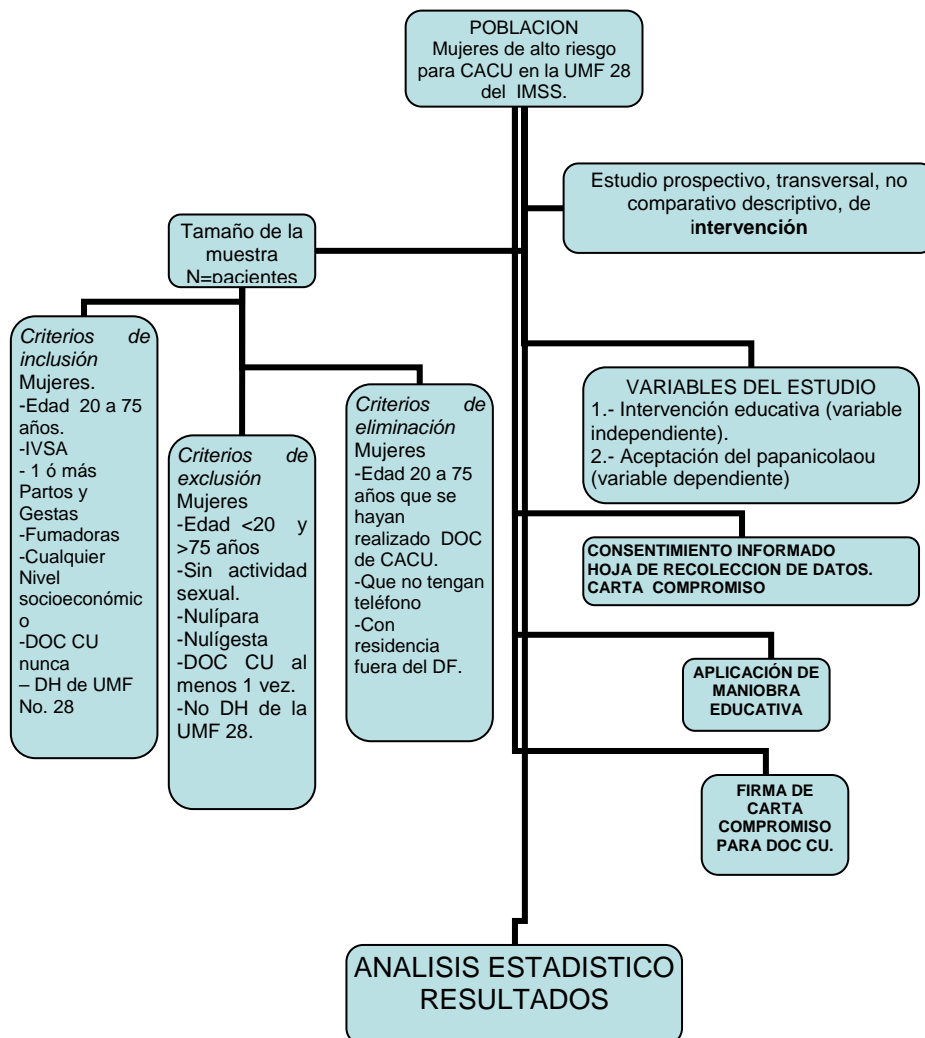
La aplicación de una intervención educativa en la población de la UMF 28 no produce mayor aceptación de la detección selectiva de cáncer cervicouterino.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION

- Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información es: un estudio prospectivo, porque partimos del estímulo para evaluar el efecto.
- Según el número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia de estudio: es transversal, ya que se realizará solo una medición.
- Según la intención del contraste estadístico entre las mediciones es: comparativo descriptivo, ya que se estudiara un grupo control y un grupo experimental.
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados es un estudio: de **Intervención** (cuasiexperimental), porque se controlara a la variable independiente, la cual se aplicara al grupo experimental y no al grupo control.

DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO



POBLACION

Se realizo en la poblacion de UMF 28 Gabriel Mancera, ubicada en la colonia Del Valle, Delegacion Benito Juárez en el Distrito Federal, en poblacion femenina de alto riesgo. Durante: Agosto - Noviembre del 2006

MUESTRA:

- **TIPO DE MUESTREO:** Probabilístico: aleatorio simple. En la UMF 28 se eligió a cada No 2 de las pacientes que acudan a solicitar servicio y que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión, y de eliminación que se planteen en seguida. (Se otorgó un tríptico informativo que impacte su conocimiento acerca de **CaCu**) (Se realizó un registro de sus datos: Número de afiliación, nombre, teléfono, dirección y residencia, etc.)
- **TAMAÑO:** Se estudiaron 2 grupos comparativos de 40 integrantes cada uno. Se calculó el Tamaño de la muestra requerido por grupo cuando se usa estadígrafo Z para comparar proporciones de variables dicotómicas. La fórmula general del tamaño total de la muestra en este estudio es la siguiente:

$$N = \frac{Z^2 \left[\frac{P_1(1-P_1)}{q_1} + \frac{P_2(1-P_2)}{q_2} \right]}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde: q_1 = proporción de individuos del grupo 1.

q_2 = proporción de individuos del grupo 2.

N = Número total de individuos

$p = q_1 P_1 + q_2 P_2$

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.** Mujeres. Edad 20 a 75 años. Vida sexual activa. Con una ó más parejas sexuales, uno ó más partos y o embarazos, fumadoras, que nunca se hayan practicado la prueba de detección selectiva. Derechohabientes de la UMF 28.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN** Mujeres menores de 20 años, mayores de 75 años, sin actividad sexual, nuligesta, nulípara, que se hayan practicado al menos una vez la DOC de CACU. No derechohabientes de la UMF 28.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN** Mujeres de 20 a 75 años que se hayan realizado DOC de CACU. Que no tengan teléfono, residencia fuera del DF. Las mujeres que firmen el consentimiento informado pero que no reciban la intervención educativa.

VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CODIGOS DEFINICION OPERATIVA	EVALUACION
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido	CONTINUA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	NUMEROS ENTEROS. (ESCALA DE INTERVALO)	MEDIA. MEDIANA. MODA. DESVIACION ESTANDAR
ESTADO CIVIL	Estado o condición ante la sociedad	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = SOLTERA 2 = CASADA 3 = DIVORCIADA 4 = VIUDA 5 = UNION LIBRE	FRECUENCIA
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = PRIMARIA 2 = SECUNDARIA 3 = MEDIO SUPERIOR 4 = SUPERIOR 5 = NINGUNO 6 = POSGRADO	FRECUENCIA
IVSA	Edad en la que tiene su primera relación sexual	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS (ESCALA DE INTERVALO)	FRECUENCIA MEDIA MEDIANA MODA
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Número de parejas con las que se han mantenido relaciones sexuales.	CUANTITATIVA	CONTINUA	1 = UNA 2 = DOS 3 = TRES 4 = CUATRO 5 = CINCO O MAS	FRECUENCIA MEDIA MEDIANA MODA
GESTAS	Número de embarazos.	CUANTITATIVA	NOMINAL	1 = NULIGESTA (0) 2 = de 1- 3 gestas 3 = mas de 3 gestas	FRECUENCIA
PARTOS	Número de embarazos llevados a término por vía vaginal mayores de 20 SDG y con productos de más de 500g de peso.	CUANTITATIVA	NOMINAL	1 = NULIPARA (0) 2 = de 1 a 3 partos 3 = mas de 3 partos	FRECUENCIA
EDAD DE LA PRIMERA GESTA	Edad a la que presentó el primer embarazo corroborado por médico o laboratorio	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS (ESCALA DE INTERVALO)	FRECUENCIA MEDIA MEDIANA MODA
E.T.S.	Enfermedad que se transmite por contacto sexual	CUALITATIVA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	1 = SI 2 = NO	FRECUENCIA
MANIOBRA EDUCATIVA	Acción de prevención cuyo proceso debe entenderse esencialmente como una programación de oportunidades de aprendizaje de muy diversa índole (información, modelamiento, entrenamiento, capacitación, etc.) dónde es necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones, logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.	CUALITATIVA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	1 = SI 2 = NO	
ACEPTACION DE PAPANICOLAOU	Mujer que firma consentimiento informado para realizarse el Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.	CUALITATIVA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	1 = SI 2 = NO	Chi CUADRADA

DISEÑO ESTADISTICO

La variable dependiente se evaluara mediante Chi cuadrada. Las variables cualitativas nominales independientes se evaluaran con Wilcoxon y Chi cuadrada y las cuantitativas nominales con medidas de tendencia central y de dispersión. Así mismo el análisis estadístico de los datos se realizará mediante programa SPSS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo 9)

Se realizara la aplicación de cuestionario, que consta de cuatro apartados:

- I. Datos personales
- II. Escrutinio acerca de la realización de detección oportuna de cáncer cervicouterino.
- III. Factores de riesgo
- IV. Aceptación o no de la detección selectiva (consentimiento informado de aceptación de papanicolaou).

INTERVENCION EDUCATIVA UTILIZADA

Se aplicará una intervención educativa. "GRUPOS PEQUEÑOS DE DISCUSION"

Un pequeño grupo de discusión es una actividad que permite al participante decir sus experiencias y resolver sus dudas o problemas. Usos

- Capacitar a los participantes para presentar sus ideas en un pequeño grupo.
- Mejorar la solución a los problemas.
- Ayudar a los participantes a aprender cada vez más.
- Ofrecer a los participantes una grata sensación de responsabilidad en el aprendizaje.
- Promover trabajo libre.
- Clarificar los valores personales

Para desarrollarlo el plan de trabajo conforma los siguientes puntos:

Determinar quienes son los participantes de acuerdo a los datos personales recabados y factores de riesgo. Se aplicara a las pacientes que lleguen al módulo de prevenimos que cumplan los criterios de selección de la muestra.

Cuándo será la estrategia: Todos los miércoles, durante horas hábiles de la UMF 28, en el 2006, de marzo a junio, con duración de 15 a 20 minutos por sesión, en forma personalizada (informante-paciente).

Donde se realizara la estrategia: módulo de PREVENIMSS.

Tema que el educador debe saber: Cáncer cervicouterino, por su trascendencia social, familiar, económica, epidemiológica, y vulnerabilidad en su tratamiento; prevención en cáncer cervicouterino, mediante un folleto informativo que permita a la paciente conocer más sobre Cáncer cervicouterino y el Papanicolaou.

Cuál es el propósito del educador cambios en el conocimiento, actitud, conducta comportamiento, habilidad y cumplir los objetivos planteados en este trabajo. Por tanto lograr la aceptación del papanicolaou por las pacientes que reciban la intervención educativa.

Como se realiza: mediante un folleto informativo, que se explicara a la paciente que cumpla los criterios de selección planteados, escrito y hablado, personalizado para comprometer al participante, logrando retroalimentar la enseñanza resolviendo interrogantes surgidas y se evalúa su efectividad, mediante la aceptación del papanicolaou y

un cuestionario pre y postintervención que muestre el nivel de conocimientos antes y después acerca de cáncer cervicouterino.

Metas modificar la posición de las pacientes ante la aceptación del Papanicolaou, y mejorar el nivel de conocimientos acerca de éste y el Cáncer cervicouterino.

Objetivos Promover la aceptación de la detección selectiva de CACU. Incrementar el nivel de conocimientos en la población femenina de alto riesgo acerca de la detección selectiva. Mejorar la actitud a favor de la aceptación del Papanicolaou. Lograr la aceptación más rápida y fácil de la detección selectiva.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se seleccionó la muestra en la forma descrita anteriormente, se llenaron los datos del instrumento de recolección de datos y cumplir con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, en dicho momento se les otorgo un tríptico que permita autoevaluar el conocimiento de la situación actual, métodos de detección oportuna, factores de riesgo, y ventajas de la DOC del CACU, invitándolas a firmar un consentimiento informado, así mismo se les otorgo una intervención educativa en estudio, la cual se evaluó con cuestionario validado y utilizado en el Instituto Nacional de Cancerología, y finalmente se invitó a todas las participantes a aceptar la detección selectiva, tomándose como resultado positivo la aceptación. Posteriormente se procedió al análisis estadístico.

MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

- A) Se evaluó dos grupos, uno control y otro testigo de la misma proporción.
- B) Se evaluó la maniobra educativa con cuestionario validado por el INC.
- C) Se otorgó nueva cita al integrante que por cualquier razón acuda tarde a la aplicación de la maniobra educativa, que cumpla con los criterios de la muestra.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Dra. Celia Vega Orozco, Residente de Medicina Familiar.

RECURSOS MATERIALES

Fotocopias de instrumento de recolección de datos, consentimiento informado, cuestionario para evaluar la intervención educativa, folletos de la maniobra educativa, lápices, una computadora, programa de SPSS versión 10.0 para Windows.

RECURSOS FISICOS

Módulo de PREVENIMSS para recolección de la muestra en la UMF 28.

FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Sueldo de residente uno en Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se anexan las declaraciones de Helsinki y Tokio. (Anexo 11), y de acuerdo a las cuales se ha previsto conservar la integridad moral, y física del paciente participante, tomando en cuenta también los criterios de la Norma Oficial Mexicana para la, prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, en cuanto a las disposiciones generales y medidas de prevención.^{20, 21.}

RESULTADOS

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

EDAD DE LA MUESTRA.

Se estudio a un grupo de 80 pacientes con edad mínima de 20 y máxima de 74 años y una media de 39.85, con riesgo por edad para CACU. TABLA 1.

TABLA. 1. EDAD DEL PACIENTE

	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
EDAD DEL PACIENTE	80	20	74	39.85

FUENTE: instrumento de recolección de datos. n = 80

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA.

Del 100% de población estudiada, se encuentra a 58.8% con actividad económicamente remunerada y 42.35% no. TABLA 2

TABLA 2. PACIENTE ENOCOMICAMENTE ACTIVA

ECONOMICAMENTE ACTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	47	58.8
NO	33	41.3
TOTAL	80	100

FUENTE: instrumento de recolección de datos. n = 80

NUMERO DE EMBARAZOS / PARTOS.

Las mujeres de la muestra estudiada que fueron nuligestas corresponden al 23.8%, que tuvieron 1 a 2 gestas 31.3%, más de 3 gestas 45%, siendo las ultimas de riesgo por número de embarazos y partos para CACU.

TABLA 3

TABLA 3. NUMERO DE EMBARAZOS / PARTOS

NUMERO DE EMBARAZOS / PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NULIGESTA / NULIPARA	19	23.8
1 A 2 GESTAS / PARTOS	25	31.3
MAS DE 3 GESTAS / PARTOS	36	45.0
Total	80	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

TABAQUISMO

La muestra presenta 50% de mujeres que fuman, por tanto con riesgo para CACU y 50% que no.

TABLA 4.

TABLA 4. TABAQUISMO

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	40	50.0
NO	40	50.0
Total	80	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA.

El 55% de la población estudiada presento antecedente de enfermedad crónica degenerativa en familiares de primera línea, otro factor de riesgo para CACU. TABLA 5.

TABLA 5. ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA

ANTECEDENTE DE ECD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	44	55.0
NO	36	45.0
Total	80	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

USO DE PRESERVATIVO EN CADA RELACION SEXUAL.

Encontrándose a 60% de mujeres con mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual al no usar preservativo, y por tanto para CACU. TABLA 6.

TABLA 6. USO DE PRESERVATIVO EN CADA RELACION SEXUAL

U.P	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	32	40.0
NO	48	60.0
Total	80	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

ACEPTACION DE PAPANICOLAOU

De forma global ó sin tomar en cuenta que grupo recibe o no intervención educativa, en la población estudiada el 55% aceptaron el papanicolaou y 45% no. GRAFICO 1. ANEXO 14 TABLA 7.

GRAFICA 1.

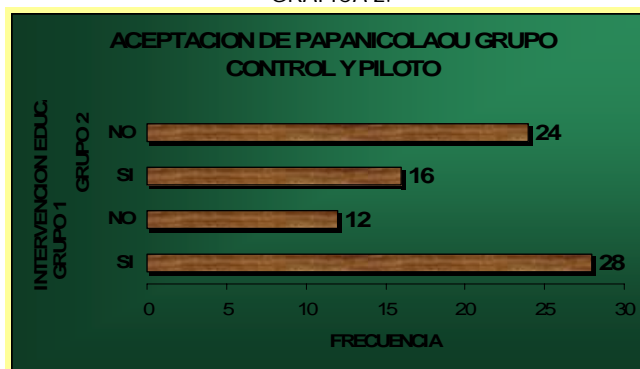


FUENTE: instrumento de recolección de datos. n = 80

ACEPTACION DE PAPANICOLAOU E INTERVENCION EDUCATIVA

Observando la frecuencia de pacientes que aceptaron el papanicolaou, tenemos que del total de la población estudiada (n = 80), 40 recibieron intervención educativa (grupo 1), aceptando 28. Cuarenta más no recibieron intervención educativa (grupo 2), y aceptaron 16. GRAFICO 2. ANEXO 14. TABLA 8.

GRAFICA 2.



FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

ESTADO CIVIL, INTERVENCIÓN EDUCATIVA, ACEPTACION DE PAPANICOLAOU.

Estado civil, se encontraron todos. Predominando las casadas, con mayor aceptación del papanicolaou con y sin intervención educativa. El estado civil menos frecuente fue el de divorciadas, con igual número de aceptación del papanicolaou para ambos grupos. Y es importante resaltar que las solteras son el grupo con segundo lugar en frecuencia, además la aceptación del papanicolaou es mayor en quienes reciben intervención educativa.

TABLA.9

TABLA 9. INTERVENCIÓN EDUCATIVA *
ACEPTACION DE PAPANICOLAOU*ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	INTERVENCIÓN EDUCATIVA	ACEPTACION DE PAPANICOLAOU		TOTAL
		SI	NO	
SOLTERA	GRUPO 1	7 (8.7%)	3 (3.7%)	10 (12.5%)
	GRUPO 2	2 (2.5%)	5 (6.1%)	7 (8.7%)
	SUBTOTAL	9 (11.2%)	8 (10%)	17 (21.2%)
CASADA	GRUPO 1	12 (15%)	6 (7.5%)	18 (22.5%)
	GRUPO 2	9 (11.2%)	9 (11.2%)	18 (22.5%)
	SUBTOTAL	21 (26.2%)	15 (18.7%)	36 (45%)
VIUDA	GRUPO 1	2 (2.5%)	1 (1.25%)	3 (3.7%)
	GRUPO 2	3 (3.7%)	3 (3.7%)	6 (7.5%)
	SUBTOTAL	5 (6.1%)	4 (4.95%)	9 (11.2%)
DIVORCIADA	GRUPO 1	1 (1.25%)		1 (1.25%)
	GRUPO 2		1 (1.25%)	1 (1.25%)
	SUBTOTAL	1 (1.25%)	1 (1.25%)	2 (2.5%)
UNION LIBRE	GRUPO 1	6 (7.5%)	2 (2.5%)	8 (10%)
	GRUPO 2	2 (2.5%)	6 (7.5%)	8 (10%)
	SUBTOTAL	8 (10%)	8 (10%)	16 (20%)
TOTAL		44 (55%)	36 (45%)	80 (100%)

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA, ACEPTACION DE PAPANICOLAOU Y ESCOLARIDAD.

Escolaridad, es alta, hubo 58 mujeres que estudiaron hasta nivel superior y cuando menos secundaria completa, predominando en ellas la aceptación del papanicolaou, con intervención educativa; llama la atención que

en el nivel sociodemográfico estudiado haya 2 mujeres sin ningún nivel escolar, pero que con intervención educativa aceptan el papanicolaou. TABLA 10

TABLA 10. INTERVENCION EDUCATIVA * ACEPTACION DE PAPANICOLAOU * ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	INTERVENCION EDUCATIVA	ACEPTACION DE PAPANICOLAOU		TOTAL
		SI	NO	
PRIMARIA	GRUPO 1	7 (8.7%)	3 (3.7%)	10 (12.5%)
	GRUPO 2	3 (3.7%)	6 (7.5%)	9 (11.2%)
	SUBTOTAL	10 (12.5%)	9 (11.2%)	19 (13.7%)
SECUNDARIA	GRUPO 1	8 (10%)		8 (10%)
	GRUPO 2	5 (6.1%)	8 (10%)	13 (16.25%)
	SUBTOTAL	13 (16.1%)	8 (10%)	21 (26.2%)
MEDIO SUPERIOR	GRUPO 1	7 (8.7%)	2 (2.5%)	9 (11.2%)
	GRUPO 2	3 (3.7%)	5 (6.1%)	8 (10%)
	SUBTOTAL	10 (12.5%)	7 (8.7%)	17 (21.2%)
SUPERIOR	GRUPO 1	6 (7.5%)	7 (8.7%)	13 (16.2%)
	GRUPO 2	4 (4.95%)	4 (4.95%)	8 (10%)
	SUBTOTAL	10 (12.5%)	11 (13.75%)	21 (26.2%)
NINGUNA	GRUPO 1	1 (1.25%)	1 (1.25%)	2 (2.5%)
	GRUPO 2			
	SUBTOTAL	1 (1.25%)	1 (1.25%)	2 (2.5%)
TOTAL		44 (55%)	36 (45%)	80 (100%)

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

INTERVENCION EDUCATIVA, ACEPTACION DE PAPANICOLAOU, IVSA.

Respecto a la edad de inicio de vida sexual activa, importante factor de riesgo para CACU se encontró que 46 mujeres iniciaron su VSA antes de los 18 años de edad, de ellas 28 aceptaron el papanicolaou, 26 con maniobra educativa. TABLA 11.

TABLA 11. INTERVENCION EDUCATIVA*
ACEPTACION DE PAPANICOLAOU* INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

INICIO DE VIDA SEXUAL	INTERVENCION EDUCATIVA	ACEPTACION DE PAPANICOLAOU		TOTAL
		SI	NO	
MENOS DE 15 A.	GRUPO 1	4 (4.95%)		4 (4.95%)
	GRUPO 2	1 (1.25%)	1 (1.25%)	2 (2.5%)
	SUBTOTAL	5 (1.25%)	1 (1.25%)	6 (7.5%)
DE 16 A 18 A.	GRUPO 1	16 (20%)	6 (7.5%)	22 (27.5%)
	GRUPO 2	7 (8.7%)	15 (18.7%)	22 (27.5%)
	SUBTOTAL	23 (28.75%)	21 (26.2%)	44 (55%)
MAS DE 19 A.	GRUPO 1	8 (10%)	6 (7.5%)	14 (17.5%)
	GRUPO 2	8 (10%)	8 (10%)	16 (20%)
	SUBTOTAL	16 (20%)	14 (17.5%)	30 (37.5%)
TOTAL		44 (55%)	36 (45%)	80 (100%)

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

INTERVENCION EDUCATIVA, ACEPTACION DE PAPANICOLAOU, NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

En cuanto al número de parejas sexuales se encontró a 43 mujeres con más de una pareja sexual, importante factor de riesgo de esta población, 21 de ellas acepta el papanicolaou, 17 con intervención educativa, y 4 sin ésta. TABLA 12.

TABLA 12. INTERVENCION EDUCATIVA* ACEPTACION DE PAPANICOLAOU *
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

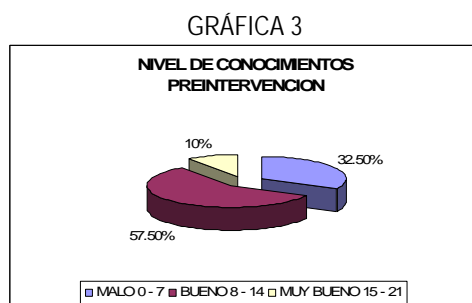
INTERVENCION EDUCATIVA	ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES					TOTAL
		UNA	DOS	TRES	CUATRO	5 ó +	
GRUPO 1	SI	11 (13.75%)	7 (8.7%)	9 (11.2%)	1 (1.25%)		28 (35%)
	NO	4 (4.95%)	6 (7.5%)	1 (1.25%)	1 (1.25%)		12 (15%)
SUBTOTAL		15 (18.7%)	13(26.2%)	10(12.5%)	2 (2.5%)		40 (50%)
GRUPO 2	SI	10 (12.5%)	4 (4.95%)	1 (1.25%)		1 (1.25%)	16 (20%)
	NO	12 (15%)	7 (8.7%)	4 (4.95%)	1 (1.25%)		24 (30%)
SUBTOTAL		22 (25.5%)	11(13.7%)	5 (6.1%)	1 (1.25%)	1 (1.25%)	40 (50%)
TOTAL		37 (46%)	24 (30%)	15 (19%)	3 (4%)	1 (1%)	80 (100%)

FUENTE: instrumento de recolección de datos. n = 80

NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREINTERVENCION EDUCATIVA.

De las pacientes que reciben una intervención educativa (grupo 1, n = 40) 32.5% tienen un nivel malo de conocimientos general acerca de CACU previo a la intervención, 57.7% bueno, 10% muy bueno. GRAFICO 3. ANEXO 14.

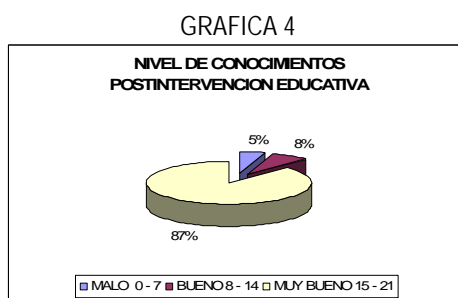
TABLA 13.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSINTERVENCION EDUCATIVA

Evaluando a las mismas 40 pacientes que recibieron intervención educativa, se observó que el nivel de conocimientos post intervención fue 5% malo, 8% bueno y 87% muy bueno, aumentando este último grupo en 70%.

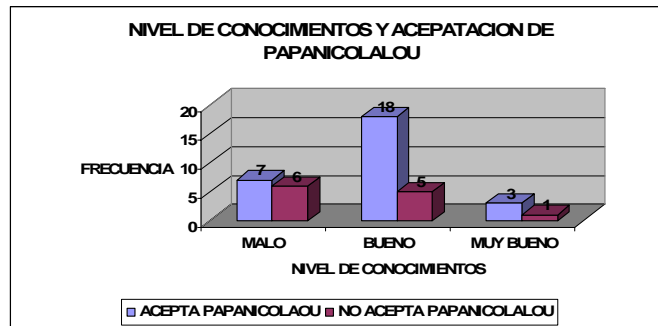
GRAFICA 4. ANEXO 14 TABLA 14.



ACEPTACION DE PAPANICOLAOU Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREINTERVENCION

Se observa que la mayor aceptación del papanicolaou está relacionada con el mayor nivel de conocimientos preintervención educativa, en este caso 18 mujeres con nivel de conocimiento bueno acepta el papanicolaou. GRAFICA 5. ANEXO 14. TABLA 15

GRAFICA 5.



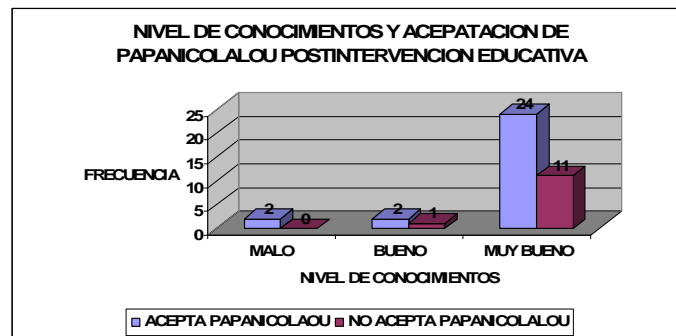
FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40

ACEPTACION DE PAPANICOLAOU Y NIVEL DE CONOCIMEINTOS POSINTERVENCION.

El nivel de conocimientos mejora importantemente, posintervención, predominando el nivel muy bueno de conocimientos, persistiendo mayor aceptación del papanicolaou con mejor nivel de conocimientos acerca de CACU.

GRAFICA 6. ANEXO 14. TABLA 16.

GRAFICA 6



FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40

CUESTIONARIO PREINTERVENCION / POSINTERVENCION

Dentro de las diferentes respuestas del cuestionario, aplicado a las pacientes que recibieron una intervención educativa, y que evalúa el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo y prevención de CACU se observó que en su totalidad todas las respuestas mejoraron post intervención, y que todas las pacientes tienden a responder no sé cuando no conocen la respuesta ó bien quizá la conozcan pero no están bien seguras de ella por ejemplo cuando se les pregunta si el CACU es prevenible, si es mortal, o si el papanicolaou es el estudio de elección para su detección, así como tener antecedentes familiares o ser multipara predispone al desarrollo de CACU. También se observa en el cuestionario preintervención mayor número de aciertos cuando se les pregunta si el CACU tiene mayor relación con la promiscuidad, edad y presencia de infecciones cervicovaginales. Pero el conocimiento de que las mujeres con actividad sexual no promiscuas, embarazos antes de los 18 años, ó fumar también predispone a CACU.

TABLA 17. CUESTIONARIO PRE – POSTINTERVENCION EDUCATIVA.

PREGUNTA	PRE INT. E. PORCENTAJE	POST INT. E. PORCENTAJE
1.¿El CACU es mortal?		
<u>SI</u>	27.5	77.5
NO	25.0	15.0
NO SE	47.5	7.5
Total	100.0	100.0
2.¿El CACU es una de las causas más frecuentes de muerte en la mujer?	22.5	95.0
<u>SI</u>		

	NO	25.0	2.5
	NO SE	52.5	2.5
	Total	100.0	100.0
3¿El CACU se puede prevenir?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	15.0	97.5
	NO	20.0	0
	NO SE	65.0	2.5
	Total	100.0	100.0
4¿El CACU puede dañar a todas las mujeres?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	42.5	92.5
	NO	15.0	2.5
	NO SE	42.5	5.0
	Total	100.0	100.0
5¿El CACU afecta a toda la familia?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	37.5	90.0
	NO	15.0	5.0
	NO SE	47.5	5.0
	Total	100.0	100.0
6¿El papanicolaou es un método confiable para detección oportuna de CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	42.5	92.5
	NO	7.5	2.5
	NO SE	50.0	5.0
	Total	100.0	100.0
7¿El papanicolaou se puede realizar en tu UMF?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	30.0	87.5
	NO	22.5	7.5
	NO SE	47.5	5.0
	Total	100.0	100.0
8¿Todas las mujeres con vida sexual deben realizarse el papanicolaou?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	25.0	85.0
	NO	37.5	7.5
	NO SE	37.5	7.5
	Total	100.0	100.0
9¿Las mujeres con más de una pareja sexual no deben realizarse papanicolaou?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	SI	27.5	15.0
	<u>NO</u>	35.0	77.5
	NO SE	37.5	7.5
	Total	100.0	100.0
10¿Los embarazos antes de los 18 años se asocian al CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	40.0	90.0
	NO	10.0	5.0
	NO SE	50.0	5.0
	Total	100.0	100.0
11¿Tener más de una pareja sexual incrementa el riesgo de presentar CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	40.0	85.0
	NO	10.0	5.0
	NO SE	50.0	10.0
	Total	100.0	100.0
12¿El tabaquismo no aumenta el riesgo de presentar CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	SI	27.5	17.5
	<u>NO</u>	22.5	82.5
	NO SE	50.0	0.0
	Total	100.0	100.0
13¿El CACU puede afectar a todas las clases sociales?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	45.0	95.0
	NO	5.0	2.5
	NO SE	50.0	2.5
	Total	100.0	100.0
14¿El CACU afecta a todas las razas?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	32.5	92.5
	NO	15.0	0.0
	NO SE	52.5	7.5
	Total	100.0	100.0
15¿Las mujeres que ingieren pocas frutas y verduras tienen más riesgo de presentar CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	45.0	90.0
	NO	10.0	2.5
	NO SE	45.0	7.5
	Total	100.0	100.0
16¿Si tienes familiares con CA de cualquier tipo se aumenta el riesgo de que tu tengas CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	45.0	90.0
	NO	7.5	5.0
	NO SE	47.5	5.0
	Total	100.0	100.0
17¿Las mujeres con 3 o más embarazos tienen más riesgo de tener CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	40.0	90.0
	NO	20.0	7.5
	NO SE	40.0	2.5
	Total	100.0	100.0
18¿Las mujeres con parejas promiscuas tienen más riesgo de tener CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	50.0	92.5
	NO	10.0	5.0
	NO SE	40.0	2.5
	Total	100.0	100.0

3

19¿Las mujeres con algún riesgo deben realizarse el papanicolaou?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	52.5	92.5
	NO	7.5	2.5
	NO SE	40.0	5.0
	Total	100.0	100.0
20¿Las mujeres con mayor probabilidad de CACU son las que se encuentran entre los 45 y 60 años?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	52.5	95.0
	NO	10.0	2.5
	NO SE	37.5	2.5
	Total	100.0	100.0
21¿Las mujeres con infecciones frecuentes de la vagina tienen más riesgo de presentar CACU?		PORCENTAJE	PORCENTAJE
	<u>SI</u>	52.5	92.5
	NO	5.0	2.5
	NO SE	42.5	5.0
	Total	100.0	100.0

FUENTE: Cuestionario aplicado pre y pos intervención educativa. n = 40

ESTADISTICA INFERENCIAL

PRUEBA DE Chi² INTERVENCION EDUCATIVA * ACEPTACION DE PAPANICOLAOU

Para el grupo con intervención educativa la Chi² es de 6.400 con una *P* 0.011, estadísticamente significativa por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna. Para el grupo sin intervención educativa la Chi² es de 1.600 con una *P* 1.600, no significativa.

Marca una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos respecto a la aceptación del papanicolaou; luego entonces la toma de esta decisión depende de recibir ó no la intervención educativa, siendo mayor en el grupo 1, con intervención educativa. TABLA 18

INTERVENCION EDUCATIVA	ACEPTACION DE PAPANICOLAOU
GRUPO 1.	Chi - Square 6.400
	Df 1
	Asymp. Sig. 0.011
GRUPO 2.	Chi - Square 1.600
	Df 1
	Asymp. Sig. .206

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

PRUEBA WILCOXON. NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTINTERVENCION Y PREINTERVENCION.

Del grupo que recibió intervención educativa se encontraron 2 mujeres con nivel de conocimientos post intervención menor al nivel preintervención; 33 pacientes con nivel de conocimiento post intervención mayor que preintervención; 5 mujeres con nivel preintervención igual que post intervención. Cuyos cuestionarios fueron evaluados con Wilcoxon que fue igual a -4.964 , con $P = 0.000$ estadísticamente significativa. Lo que nos traduce aceptación de la hipótesis nula planteada y rechazo de la alterna, corroborando que efectivamente el incremento del nivel de conocimientos pos intervención como la aceptación del Papanicolaou fue secundario a la intervención educativa. TABLA 19.

TABLA 19. Wilcoxon.
NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTINTERVENCION
- NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREINTERVENCION

Z	- 4.964 ^a
Asymp. Sig.(2-Tailed)	.000

FUENTE: instrumento de recolección de datos. N = 80

DISCUSION

De acuerdo a los datos encontrados en la literatura consultada, el cáncer cervicouterino es la neoplasia más frecuente en las mujeres mexicanas, y causa de alta mortalidad en esta población. Es una enfermedad prevenible.^{1, 13, 11.}

Enfocando al primer nivel de atención, tenemos que los factores de riesgo pueden ser muy maleables, quizá el más importante es no hacerse el Papanicolaou nunca, por ello es importante incidir en éstos.

También, al igual que la literatura, se observó que no importa la edad, clase social, religión, ocupación, escolaridad, las mujeres no se realizan la detección oportuna de cáncer cervicouterino.^{1, 7, 14, 18.} Encontrándose también a las pacientes de la muestra renuentes a la prueba.

Pero tomando en cuenta la educación como prevención de enfermedades y parte del cuidado para la salud, se observó que después de incidir mediante una intervención educativa, los conocimientos sobre cáncer cervicouterino, prevención, definición, complicaciones individuales y familiares, factores de riesgo, también se incide sobre su posición ante la aceptación de la detección de cáncer cervicouterino y aceptación del Papanicolaou, ya que la muestra estudiada nunca se la había realizado, el grupo que recibe la intervención educativa presenta mayor aceptación de la detección selectiva comparadas con el grupo control, independientemente de los antecedentes sociodemográficos.

En relación a inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, embarazos, edad de la primera gestación, tabaquismo; estas pacientes mostraron bajo nivel de conocimientos, como factores de riesgo para cáncer cervicouterino, preintervención educativa.

También se encontró al evaluar las respuestas del cuestionario aplicado preintervención y post intervención que muchas respuestas que no fueron acertadas, son marcadas como NO SE lo que sugiere que quizá tenían el conocimiento pero que no era lo suficientemente fuerte como para asegurar o negar algo. Lo cual mejora posterior a la intervención educativa, pues no solo aumenta la aceptación del papanicolaou si no que mejoran las respuestas, ya que las pacientes son capaces de dar una respuesta concreta de SI ó NO incrementando y fortaleciendo sus conocimientos además de incrementarse el nivel del grupo.

Por tal motivo y de acuerdo a las pruebas de estadística inferencial se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna. Concordando nuestros resultados con la literatura, pues la prevención de cáncer cervicouterino depende en gran medida de la educación para la salud pero es mejor cuando se enfoca a tocar temas estratégicos en pacientes ó población en riesgo ya que algunos de éstos para la muestra no eran bien conocidos independientemente del nivel sociocultural.

CONCLUSIONES

De acuerdo al desarrollo de la investigación y resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

Siempre es importante realizar investigación, no todo está resuelto, y se puede realizar a cualquier nivel de atención.

Es fundamental prevenir en un sistema socioeconómico como el nuestro sobre todo tratándose de una enfermedad con tal trascendencia como lo es el cáncer cervicouterino en nuestro país.

Detectar a la población vulnerable es prioritario, evaluar su nivel educativo respecto al cuidado de la salud, enfocado a la patología que se desea prevenir es ineludible para poder aplicar una intervención educativa a un sector específico de la población y que ésta tenga impacto sobre ella.

Con la intervención educativa que se trabajó se logró modificar los conocimientos de la muestra, ya que estos se vieron incrementados o reforzados lo cual permitió impactar en su posición y actitud ante la detección oportuna de cáncer cervicouterino "el papanicolaou", dado que la aceptación de éste fue mayor en quien recibe una intervención educativa lográndose así los objetivos de la investigación y confirmándose nuestra hipótesis nula.

Además es importante saber que como médicos familiares, encargados no solo de la salud del paciente en forma individual sino de toda su familia, que la información proporcionada sea oportuna, veraz y amplia, y que es mejor otorgarla en forma individualizada, ya que los factores de riesgo e intereses pueden variar en cada paciente, porque sabemos que la familia como sistema debe permanecer en equilibrio ya que la afección de cualquier integrante repercutirá en todo el sistema, y debemos garantizar la salud de nuestras familias para el progreso de nuestra sociedad.

Quedan abiertas muchas interrogantes que resolver, pues esto involucra no solo al médico familiar sino a todo un equipo de trabajo para el cuidado de la salud.

Con el desarrollo de la presente investigación y los resultados obtenidos dejo las siguientes propuestas para la muestra estudiada:

- Evaluar los reportes de papanicolaou y dar seguimiento de éste de acuerdo a los resultados.
- Investigar el nivel de conocimientos en pacientes que no recibieron la intervención educativa
- Aplicar a muestras semejantes en otras unidades o diseñar o modificar ésta intervención para ser aplicadas en otro tipo de población.
- Incrementar la información en nuestras pacientes no solo acerca de prevención y factores de riesgo, y promover que tal conocimiento pase al acervo familiar para el cuidado de la salud, para que forme parte de los valores de nuestras familias y sociedad.
- Verificar que la educación para la salud realmente se comprenda, se reciba y se practique mediante pruebas o investigaciones semejantes.
- Que el médico familiar practique con intervenciones como ésta con la paciente que puede identificar de alto riesgo y mantenga una familia saludable.

REFERENCIAS

1. Farfán L, Barrón TE, Jiménez DM, Vázquez ME, Ayala AS, et al. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev. Enf. IMSS* 2004; 12 (3): 123 – 130
2. Salinas MA, Villareal RE, Garza EM, Faire GJ. Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud Pública de México* 1997; 39: 187 – 194.
3. Mavin AD, Hall K. Detección selectiva del cáncer de cervix. Director: Elizabeth AW. *Clínicas de Norteamérica en Medicina Preventiva*, pp. 599 – 613.
4. Guibert RW, Graw AJ, Romero PT, Prendes LM, Chacón M. Procesos psicosociales en la educación en salud y la prevención del cáncer. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000; 16 (2): 186 – 193.
5. Zas RB. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000;(7):1-9.
6. Chavarría OM, Palomo PS, Danel I. Granados MJ. La investigación en salud de la mujer en el siglo XXI. *Cirugía y Cirujanos* 2002; 70: 194 – 199.
7. Norma Oficial Mexicana, NOM – 014 – SSA2 – 1994. "Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello uterino y de la mama en la atención primaria". Secretaría de salud México 1994.
8. Wolfson D. Alianza para la salud de la mujer. Cuarta conferencia sobre la mujer de las Naciones Unidas 1995. Febrero, Beijing 1995.
9. Ochoa C.F. XXII Congreso Nacional de Oncología. Sociedad Mexicana de Oncología A.C. 2004. Oct. 20; Mérida, Yucatán. México, 2004.
10. Norma Oficial Mexicana, NOM – 017 – SSA2 – 1994. "Para la vigilancia epidemiológica". Secretaría de salud de México 1994.
11. Aguilar PJ, Leyva LA, Angulo ND, Salinas A, Lazcano PE. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Salud Pú* 2003; 37(1):10-11
12. Aranda G. Experiencias del Papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en la ciudad de Hermosillo, Sonora. *Reflexiones Durante la investigación. Rev. Med. IMSS.* 2000;(3):1-10.
13. Sánchez BL. Prevención del cáncer de cervix. ¿Cuál es nuestra realidad?. *Aten Primaria* 2004; 33 (5): 229 – 236.
14. Zaruma MA, Chassin A, Buitrón GR, Oropecha RG, Magaña CG. Factores de riesgo para cáncer de cervix. *Ginecol Obstet Méx* 2003; 71: 112 – 117.
15. Hines S, Fair WR, Gaynor ML, Gardon JS, Ruffin MT, Spiegel D. Prevención del cáncer: Medidas Eficaces. *Aten Médica* 2000; (3):27 – 41
16. Sistema de Información de mortalidad (SISMOR). *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (4) 353 – 364.
17. Indicador de Cobertura 2004. para CACU. Próxima aparición. SUI – 29 enero – Julio 2004.
18. Castellanos MM. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. *Rev. Facultad de Med. UNAM* 2003; 46 (2): 1-6.
19. <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/resources/trainers-guide-cancer-education/>
20. Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud 1987.p:8-13
21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Med Méx.* 2001; 137:387 -389.
22. Ponce ER. Guía para la tutoría de proyectos de investigación en Medicina Familiar. UNAM 2003. México.

ANEXOS

ANEXO 1.

Estadaje clínico de CACU según Federación internacional de ginecología y obstetricia

Estadio 0	Carcinoma in situ
Estadio I I a I b	CCI confinado al cervix Invasión precoz del estroma diagnosticada por microscopía Invasión por estroma > de 5mm de profundidad o > de 7mm de extensión horizontal.
Estadio II	CCI que se extiende fuera del cervix, pero no hasta la pared de la pelvis; puede afectar a toda la vagina excepto a su tercio inferior
Estadio III	CCI que se extiende hasta la pared de la pelvis; afectación del tercio inferior de la vagina; hidronefrosis o riñón no funcionate
Estadio IV	CCI que se extiende fuera de la pelvis, afectación clínica de la mucosa vesical o rectal.

Fuente Referencia 3

ANEXO 2.

ALGUNOS SISTEMAS DE NOMENCLATURA DE LA CITOLOGIA DE CERVIX ³			
Sistemas de Papanicolau	Sistema OMS	Sistema NIC	Sistema Bethesda
Clase I	Normal	Normal	Normal
Clase II	Atípica		Otros infección reparación
Clase III	Displasia Leve Moderada Grave	NIC I NIC II NIC III	Lesión escamosa intraepitelial (L.E.I) LEI bajo grado LEI alto grado LEI alto grado
Clase IV	Carcinoma In situ (CIS)	CIS	LEI alto grado
Clase V	Carcinoma escamoso Invasivo (CCI)	CCI	Carcinoma de células escamosas
Clase V	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Anomalia de células glandulares. Adenocarcinoma Neoplasia maligna no epitelial

ANEXO 3.

Según la NOM para la prevención y tratamiento y control de CACU el cáncer de cuello del útero se codifica de acuerdo con la Clasificación internacional de enfermedades en su revisión X como sigue:

Cáncer del cuello del útero

- a) Tumor maligno del cuello del útero
- b) Endocérvix
- c) Exocérvix
- d) Otros
- e) Parte no especificada

Carcinoma in situ del cuello del útero

ANEXO 4.

DIAGNOSTICO:

Según la norma oficial mexicana para la detección y prevención de CACU se sugiere:

La Identificación de la paciente con cáncer del cuello uterino, requiere los siguientes estudios:

- Resultado citológico positivo al cáncer.
- Estudio colposcópico positivo
- Estudio histopatológico positivo para tumor maligno

El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- Negativo a cáncer
- Negativo con proceso inflamatorio
- Imagen de infección viral (IVPH)
- Displasia leve
- Displasia moderada
- Displasia grave
- Positivo a cáncer
- In situ
- Microinvasor
- Invasor
- Adenocarcinoma (endocervical y endometrial)
- Maligno no especificado
- Inadecuado para diagnóstico

El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue:

- Sin alteraciones.
- Alteraciones inflamatorias
- IVPH
- NIC
- Neoplasia invasora
- Otros (pólipo, quistes, fibroma, adenosis, etc.)

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

- Tejido de cervix normal
- Cervicitis aguda o crónica
- Infección Viral (Herpes, IVPH)
- Displasia leve (NIC 1)
- Displasia moderada (NIC 2)
- Displasia grave (NIC 3)
- Cáncer in situ (NIC 3)
- Microinvasor
- Invasor
- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial)
- Sarcomas y otros tumores

- Maligno no especificado
- Insuficiente para diagnóstico.⁷

ANEXO 5.

También la Alianza Global para la Salud de la Mujer (AGSM) indica como medidas preventivas

- Extender el cuidado primario de la salud a todas las mujeres a través de todas las etapas de sus ciclos vitales.
- Incorporar fuertes programas educativos sobre la salud como parte del cuidado básico.
- Diseminar información sobre riesgos mayores de salud a los planificadores y fundadores de programas de salud.
- Dirigir especiales esfuerzos para chequear grupos de alto riesgo.
- Proporcionar información, educación y los medios para que la mujer pueda ejercer su derecho a la salud en todas las etapas de su vida, Proporcionando acceso de cuidados efectivos, preventivos, diagnósticos, y curativos, sin importar su status económico.⁸

ANEXO 6

TEST DE PAPANICOLAU recomendaciones

Recomendaciones:

Modelos matemáticos revelan que el intervalo óptimo para realizar pruebas en mujeres asintomáticas es entre los 35 y 64 años de 10, cinco y tres años porque reducen la incidencia de CCI en un 64.1, 83.6 y 90.8 % respectivamente.

La edad recomendada para dejar de hacer el test es más problemática. Aunque un cuarto de los casos de CCI y más del 40% de las muertes por cáncer de cervix se producen en mujeres de más de 65 años de edad, el desarrollo de novo de CIS Y CCI en mujeres ancianas es raro.

Algunas directrices de screening con test de Papanicolaou

ORGANISMOS	RECOMENDACION
Sociedad Americana del cáncer (ACS) Instituto Nacional de Cáncer (NCI) Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras Academia Americana de Médicos de Familia. Asociación Médica Americana	Test de papanicolau anuales comenzando a los 18 años, o con el inicio de la actividad sexual; después de tres pruebas normales, se puede hacer la prueba con menor frecuencia y a criterio del médico de cabecera.
Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos. (USPSTF = US Preventive Services Task Force)	Test de Papanicolau cada 1 – 3 años, comenzando con el inicio de la actividad sexual; se puede interrumpir la realización del test a los 65 años si ha sido sistemáticamente normal.
Grupo de Trabajo del Canadá de 1982	Tests de Papanicolau cada 1 – 3 años, comenzando a los 18 años o con el comienzo de la actividad sexual; se puede alargar el intervalo del screening a cada cinco años a partir de los 35 años e interrumpirlo a los 60 años si es sistemáticamente normal.

ANEXO 7

METODOS

UNO. PRESENTACION. LECTURA. PANEL DE DISCUSION.

Una presentación o lectura que pueda conducir información, teorías o principios, rápida y fácilmente especiales para educación en cáncer. Deberá ser revisada la epidemiología del tipo de cáncer estudiado. La presentación puede ser desde una lectura estrecha, preguntas, discusión. Usos:

- Transformar al participante
- Proveer una síntesis
- Conducir hechos
- Dirigir a un grupo grande

DOS. GRUPOS PEQUEÑOS DE DISCUSION

Un pequeño grupo de discusión es una actividad que permite al participante decir sus experiencias y resolver sus dudas o problemas. Usos

- Capacitar a los participantes para presentar sus ideas en un pequeño grupo.
- Mejorar la solución a los problemas.
- Ayudar a los participantes a aprender cada vez más.
- Ofrecer a los participantes una grata sensación de responsabilidad en el aprendizaje.
- Promover trabajo libre.
- Clarificar los valores personales

TRES. LLUVIA DE IDEAS

Es una actividad en la que generalmente hay una lista de temas, alternativas soluciones del problema, crear el razonamiento es lo más importante. Categorizar los temas a discutir. Usos:

- Introducción al problema en cuestión.
- Formar bases de discusión.
- Se pueden usar unión de grupos para la discusión

CUATRO. ESTUDIO DE CASOS

Es el estudio de un caso hipotético que es usado para análisis y discusión para resolver el problema. Puede ayudar al equipo a recibir aprendizaje o desarrollar alternativas de solución. Usos:

- Proporciona material de síntesis
- Provee oportunidades para discutir problemas comunes en situaciones típicas.
- Provee oportunidades para solución de problemas.
- Promueve la discusión del grupo y solución del problema.

CINCO. DEMOSTRACION

Una demostración es un método para mostrar en forma precisa, cómo una habilidad, tarea o técnica, pudiera ser educativa, o un participante con habilidades muestre a otro participante como llevar a cabo esta demostración. Describir cada paso y explicar las razones en sesiones de pláticas, en las cuales los participantes están fuera de la actividad del educador. Usando modelos apropiados de silicón, etc.

SEIS. ROLES

Roles es una técnica en la cuál algunos individuos (participantes) (enfermeras, estudiantes) actúan en un escenario mostrando un situación al grupo a detalle de la forma más apropiada. Discutir entonces lo roles mostrados y los ideales.

SIETE. TRABAJO CREATIVO.

Usar el arte para expresar sentimientos, encontrar otros. Especiales para audiencias grandes. Este método de enseñanza da oportunidad a los participantes de pensar fuera de lo rutinario.

El **MATERIAL VISUAL** es esencial para una instrucción educativa, fue la primera propuesta para el educando, esta debe ilustrar, demostrar y enfatizar el problema, de esta forma proveer, incrementar la sensibilidad del participante hacia el tema. Incrementando sus conocimientos y cambiando sus actitudes. El equipo debe ser simple, seguro, manejable, a color, considerar el alcance visual, y verbal, recordar que los lugares cerrados pueden producir sueño. Se pueden usar diapositivas, videos y audiovisuales, fotos.

Recordar que las **IMAGENES** no deben usar más de 5 letras por línea, el texto no debe abarcar más del 75% de la imagen y su diseño debe ser leído desde la última parte de la estancia. Usar letras fuertes con fondos claros, usar preferentemente power point con animación.

Video Tape debe ser versátil, rápido, no para más de 20 participantes. Verificar su compatibilidad del producto con el dispositivo a usar.¹⁹

ANEXO 8

Algunas medidas para reducir el riesgo de cáncer recomendadas son:

- Coma cuatro o cinco raciones de vegetales al día sin almidón.
- Beba jugos de verduras (como una mezcla de zanahoria, apio, y jugo de manzana)
- Coma pescado de aguas frías (caballa, salmón, atún) por lo menos dos veces por semana
- Tofu o polvo de soya, de 20 a 40g diarios.
- Utilice aceite de oliva y aceite de semilla de lino.
- Beba un vaso grande jugo de tomate diario.
- Beba una o dos tasas de té verde diario
- Disminuya la grasa total de la dieta a 20% de las calorías y coma carne roja no más de una vez por semana.
- Use curra como condimento
- Haga ejercicio por lo menos cada tercer día.
- Practique yoga, meditación u otro método de relajación profunda.

Se acepta que una dieta que solo contiene frutas, vegetales y vitamina c puede tener probable bajo riesgo para cáncer de cervix y un posible riesgo bajo si se ingieren solo folatos y vitamina A.

De hecho 35 estudios han encontrado una relación inversa significativa entre el consumo de jitomate o la concentración sanguínea de Licopeno y el riesgo de cáncer, observándose el beneficio más importante para el cáncer de próstata, pulmón y gástrico. También se ha informado de beneficios para el cáncer de páncreas colón y recto, esófago, boca, mama y cervix. Para que sean más eficaces, los jitomates deben ser cocidos o procesados.

Cáncer de cervix. La displasia cervical coloca a las mujeres en un alto riesgo de cáncer de cervix, y la infección causa por el VPH, es el factor de riesgo # 1 para la displasia cervical.

Al observar que las mujeres que ingieren una dieta con un contenido alto de vitamina A y caroteno beta tienen una baja incidencia de displasia cervical, y cáncer de cervix. Los investigadores están estudiando el efecto de los retinoides en este contexto en forma tópica, como parte de los alimentos de la dieta y como suplementos. El ácido retinoico tópico, suministrado a través de capuchones cervicales, dio como resultado una regresión importante de la displasia moderada, pero no de la seria.

En la actualidad existe interés en la posibilidad de que los suplementos de caroteno beta serán terapéuticas eficaces para la displasia cervical. Otros investigadores están estudiando los efectos de una dieta que incluya cinco o más raciones de frutas y vegetales por día para revertir la displasia cervical. ¹⁵

ANEXO 9.

IMPACTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN LA ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU

CUESTIONARIO PARA RECOLECCION DE DATOS

I. ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE LA LINEA								
NOMBRE:				AFILIACION:				
OCUPACION:				RELIGIÓN:				
DOMICILIO:								
TELEFONO:				MANIOBRA EDUCATIVA :		1. SI	2. NO	
II. SE HA REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU ALGUNA VEZ :						1. SI	2. NO	
III. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS COLOCANDO X DONDE CORRESPONDA								
ESTADO CIVIL	1. SOLTERA		2. CASADA		3. VIUDA		4. DIVORCIADA	5. UNION LIBRE
EDAD	1. 25-29	2. 30-34	3. 35- 39	4. 40-44	5. 45-49	6. 50-54	7. 55-59	8. 60 Y +
ESCOLARIDAD	1.PRIMARIA	2. SECUNDARIA		3. MEDIO SUPERIOR	4. SUPERIOR	5. NINGUNA		6. POSGRADO
IVSA	1. 15 ó MENOS		2. 16 - 17		3. 18 - 19		4. 20 - 21	5. 22 Y MÁS
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	1. UNA		2. DOS		3. TRES		4. CUATRO	5. CINCO O MAS
EMBARAZOS	1. NINGUNO			2. PRIMIGESTA (UNO)		3. MULTIGESTA (3 ó MAS)		
PARTOS	1. NINGUNO			2. PRIMIPARA (UNO)		3. MULTIPARA (3 ó MAS)		
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	1. 15 ó MENOS		2. 16 -17		3. 18 -19		4. 20 - 21	5. 22 y MÁS
IV ACEPTACION DE LA DETECCION SELECTIVA DE CACU						1. SI ACEPTA	2. NO ACEPTA	

ANEXO 10. PLAN DE TRABAJO

INTERVENCION EDUCATIVA UTILIZADA

Se aplicará una intervención educativa. "GRUPOS PEQUEÑOS DE DISCUSION"

Un pequeño grupo de discusión es una actividad que permite al participante decir sus experiencias y resolver sus dudas o problemas. Usos

- Capacitar a los participantes para presentar sus ideas en un pequeño grupo.
- Mejorar la solución a los problemas.
- Ayudar a los participantes a aprender cada vez más.
- Ofrecer a los participantes una grata sensación de responsabilidad en el aprendizaje.
- Promover trabajo libre.
- Clarificar los valores personales

Para desarrollarlo el plan de trabajo conforma los siguientes puntos:

Determinar quienes son los participantes de acuerdo a los datos personales recabados y factores de riesgo. Se aplicara a las pacientes que lleguen al módulo de prevenimos que cumplan los criterios de selección de la muestra.

Cuándo será la estrategia: Todos los miércoles, durante horas hábiles de la UMF 28, en el 2006, de marzo a junio, con duración de 15 a 20 minutos por sesión, en forma personalizada (informante-paciente).

Donde se realizara la estrategia: módulo de PREVENIMSS.

Tema que el educador debe saber: Cáncer cervicouterino, por su trascendencia social, familiar, económica, epidemiológica, y vulnerabilidad en su tratamiento; prevención en cáncer cervicouterino, mediante un folleto informativo que permita a la paciente conocer más sobre Cáncer cervicouterino y el Papanicolaou.

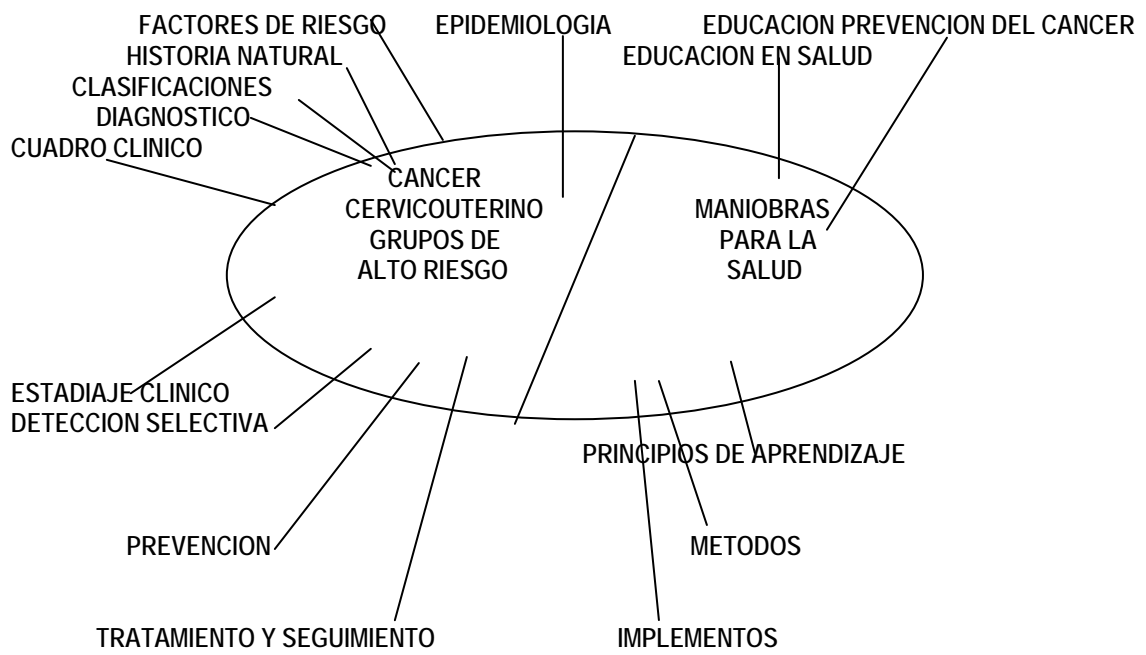
Cuál es el propósito del educador cambios en el conocimiento, actitud, conducta comportamiento, habilidad y cumplir los objetivos planteados en este trabajo. Por tanto lograr la aceptación del papanicolaou por las pacientes que reciban la intervención educativa.

Como se realiza: mediante un folleto informativo, que se explicara a la paciente que cumpla los criterios de selección planteados, escrito y hablado, personalizado para comprometer al participante, logrando retroalimentar la enseñanza resolviendo interrogantes surgidas y se evalúa su efectividad, mediante la aceptación del papanicolaou y un cuestionario pre y postintervención que muestre el nivel de conocimientos antes y después acerca de cáncer cervicouterino.

Metas modificar la posición de las pacientes ante la aceptación del Papanicolaou, y mejorar el nivel de conocimientos acerca de éste y el Cáncer cervicouterino.

Objetivos Promover la aceptación de la detección selectiva de CACU. Incrementar el nivel de conocimientos en la población femenina de alto riesgo acerca de la detección selectiva. Mejorar la actitud a favor de la aceptación del Papanicolaou. Lograr la aceptación más rápida y fácil de la detección selectiva.

ANEXO 11. MAPA CONCEPTUAL²²



**ANEXO 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION
MARZO DEL 2005 A FEBRERO DEL 2007**

**IMPACTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN LA ACEPTACION DE LA DETECCIÓN SELECTIVA DE
CACU**

ETAPA ACTIVIDAD	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	
TEMA Y TITULO	X																								
MARCO TEORICO		X	X	X																					
MATERIAL Y METODOS			X	X	X	X																			
REGISTRO Y AUTORIZACION						X	X																		
PRUEBA PILOTO								X	X	X															
EJECUCION DEL PROYECTO										X	X	X													
RECOLECCION DE DATOS										X	X	X													
ALMACENAMIENTO DE DATOS											X	X	X												
ANALISIS DE DATOS												X	X	X											
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS													X	X	X										
DISCUSION DE LOS RESULTADOS														X	X	X									
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO															X	X	X								
INTEGRACION Y REVISION FINAL																X	X	X							
REPORTE FINAL																X	X	X							
AUTORIZACIONES																	X	X	X						
IMPRESION DEL TRABAJO FINAL																	X	X	X						
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS																		X	X	X					

ANEXO 13. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION DE VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en el estudio/cuestionario "IMPACTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN LA ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU". El presente estudio/cuestionario tiene como propósito:

- Determinar el grado de aceptación del Papanicolaou posterior a una intervención educativa de CACU
- Promover la aceptación del Papanicolaou.
- Proporcionar una maniobra educativa a grupos de alto riesgo para el desarrollo de CACU
- Incrementar el número de detecciones de CACU en grupo de alto riesgo

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo, y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herida, lastimada, o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario/estudio tiene (número) de preguntas y se contesta aproximadamente en (-) minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿ACEPTA USTED CONTESTARLA/PARTICIPAR? SI _____ NO _____

SE INFORMA QUE DE ACEPTAR PARTICIPAR SE LE REALIZARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU PREVIA AUTORIZACION SUYA, Y LOS RESULTADOS SE LE ENTREGARAN CON LA INTERPRETACION DE ELLOS, DE SER NECESARIO SE LE CANALIZARA AL SERVICIO QUE NECESITE PARA SU TRATAMIENTO.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ANEXO 14.

TABLA 7. ACEPTACION DE PAPANICOLAOU

ACEPTACION PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	44	55.0
NO	36	45.0
Total	80	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 80

TABLA 8. FRECUENCIA DE ACEPTACION DE PAPANICOLAOU GRUPO CONTROL Y GRUPO PILOTO

INTERVENCION EDUCATIVA	OBSERVADOS	
GRUPO 1	SI	28
	NO	12
	TOTAL	40
GRUPO 2	SI	16
	NO	24
	TOTAL	40

FUENTE: instrumento de recolección de datos. n = 80

TABLA 13. NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREINTERVENCION EDUCATIVA.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CACU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALO 0-7	13	32.5
BUENO 8-14	23	57.5
MUY BUENO 15-21	4	10.0
TOTAL	40	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40

TABLA 14. NIVEL DE CONOCIMIENTO POSTINTERVENCION

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	PORCENTAJE VALIDADO %
MALO 0 – 7	2	2.5	5.0
BUENO 8 – 14	3	3.8	7.5
MUY BUENO 15 – 21	35	43.8	87.5
TOTAL	40	50	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40

TABLA 15. ACEPTACION DE PAPANICOLAOU * NIVEL DE CONOCIMIENTO PREINTERVENCION

ACEPTACION DE PAPANICOLAOU	NIVEL DE CONOCIMIENTOS PREINTERVENCION EDUCATIVA.			TOTAL
	MALO 0-7	BUENO 8-14	MUY BUENO 15 – 21	
SI	7	18	3	28
NO	6	5	1	12
TOTAL	13	23	4	40

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40

TABLA 16. ACEPTACION DE PAPANICOLAOU * NIVEL DE CONOCIMIENTO POSTINTERVENCION EDUCATIVA

ACEPTACION DE PAPANICOLAOU	NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTINTERVENCION			TOTAL
	MALO 0 – 7	BUENO 8 – 14	MUY BUENO 15 – 21	
SI	2	2	24	28
NO		1	11	12
TOTAL	2	3	35	40

FUENTE: Instrumento de recolección de datos. n = 40