



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.32
DELEGACION VERACRUZ SUR
MINATITLAN, VERACRUZ**

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE RECORDATORIO CON FAMILIAR
EN COMPARACIÓN CON OTRAS TÉCNICAS DE RECUERDO EN LA PAR-
TICIPACIÓN DE LA MUJER AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER
CERVICO-UTERINO.**

PRESENTA:

DRA. DENIS RIOS ALVARADO

MINATITLAN, VER.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE RECORDATORIO CON FAMILIAR
EN COMPARACIÓN CON OTRAS TÉCNICAS DE RECUERDO EN LA PAR-
TICIPACIÓN DE LA MUJER AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER
CERVICO-UTERINO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. DENIS RIOS ALVARADO

AUTORIZACIONES

DR JAVIER MANUEL PINEDA

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales en Minatitlán Ver.**

**ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ**

**Medico Epidemiólogo, Investigador Asociado “A” por el
Instituto Mexicano del Seguro Social
Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar
No. 35 Cosamaloapan, Ver.**

**DR. JAVIER MANUEL PINEDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina

**DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS
Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica.**

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE RECORDATORIO CON FAMILIAR
EN COMPARACIÓN CON OTRAS TÉCNICAS DE RECUERDO EN LA PAR-
TICIPACIÓN DE LA MUJER AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER
CERVICO-UTERINO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. DENIS RIOS ALVARADO

AUTORIZACIONES:

DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE RECORDATORIO CON FAMILIAR
EN COMPARACIÓN CON OTRAS TÉCNICAS DE RECUERDO EN LA PAR-
TICIPACIÓN DE LA MUJER AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER
CERVICO-UTERINO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. DENIS RIOS ALVARADO

AUTORIZACIONES

DR JAVIER MANUEL PINEDA

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales en Minatitlán Ver.**

**ASESOR METODÓLOGIA DE TESIS
DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ**

**Medico Epidemiólogo, Investigador Asociado "A" por el
Instituto Mexicano del Seguro Social
Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar
No. 35 Cosamaloapan, Ver.**

**DR. JAVIER MANUEL PINEDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina

**DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS
Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica.**

MINATITLAN, VER.

2007

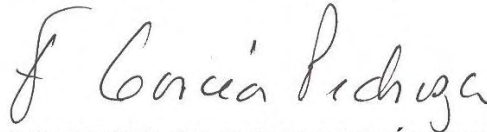
**IMPACTO DE UNA INTERVENCION DE RECORDATORIO CON FAMILIAR EN
COMPARACIÓN CON OTRAS TECNICAS DE RECUERDO EN LA
PARTICIPACIÓN DE LA MUJER AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE
CANCER CERVICO UTERINO**

PRESENTA

DENIS RIOS ALVARADO

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE GENERAL

Marco teórico.....	08
Planteamiento del problema.....	15
Objetivos.....	16
Justificación.....	17
Metodología.....	19
Resultados.....	27
Discusión	32
Conclusión	35
Referencias bibliográficas.....	36
Anexos.....	38

Resumen

Objetivo. Determinar la eficacia de dos estrategias de intervenciones para incrementar la participación de la mujer al programa de detección de cáncer cervico-uterino.

Material y métodos. Estudio de intervención (tipo ensayo clínico) realizado de mayo a noviembre del 2006, en un consultorio del IMSS para trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad. Los criterios de selección fueron familiares y mujeres que aceptaron participar en el estudio, mujeres entre 15 y 64 años con o sin vida sexual activa. Con 2 o más años de no haberse realizado el Papanicolaou, o que nunca se lo habían realizado. Se eliminaron trabajadoras y mujeres con pérdida de la seguridad social en el periodo que se realizó el seguimiento. La variable dependiente fue la participación de la mujer, posterior a los procesos de intervención, para realizarse la detección del CaCu, en un tiempo de dos meses a la fecha de la intervención. Cada mujer fue asignada aleatoriamente a cada uno de los dos grupos de la estrategia de intervención en el primero se otorgó una carta de recordatorio con diseño realizado por la investigadora principal, la cuál fue entregada a la pareja y el segundo grupo recibió sensibilización individualizada en el consultorio.

Resultados. Se evaluaron 43 mujeres en el grupo con CARTA y 57 en el grupo de sensibilización. No hubo diferencias con relación a la edad en cada uno de los grupos ($p = 0.6$). El 9.3% de las mujeres del grupo CARTA nunca se habían realizado la prueba en comparación con el 19.3% del grupo de sensibilización ($p = 0.4$). En la evaluación de motivos para no realizarse la DOC en el grupo de sensibilización el desinterés fue el antecedente mayormente reportado. En el grupo CARTA asistieron el 57.14% en comparación con el 54.38% del grupo de sensibilización.

Conclusiones. La prevalencia de falta de realización de la DOC en esta muestra de acuerdo a las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia del Cáncer de

Cervix es alta y ambas intervenciones tuvieron un efecto similar, se postula la importancia de la participación de la pareja y de intervenciones de bajo costo (tiempo) para alcanzar las coberturas estratégicas de detección del cáncer de cervix en mujeres del sureste veracruzano para así disminuir la mortalidad.

Palabras claves: cáncer de cervix, intervenciones, sensibilización, recordatorio por carta.

Marco teórico

El patrón de mortalidad por cáncer de cervix (CaCu) en México fue de 19.09 por 100,000 mujeres en el periodo de 1970 a 1974 y de 15.35 en el periodo de 1995 a 1990. (1) En el periodo de 1991 a 1995 un estudio epidemiológico reporta una tasa de mortalidad por CaCu de 17 casos por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años y se incrementó en 19 casos por el mismo denominador en el último año, en el Instituto Mexicano del Seguro Social. La mortalidad por este tipo de neoplasia ocupó el primer lugar, seguido por el cáncer de mama (2). El panorama epidemiológico de la mortalidad del CaCu durante 1995 demuestra que 13 entidades federativas entre las que se incluye Veracruz presentaron tasas de mortalidad superiores a 5 defunciones por 100,000 habitantes. Asimismo se observa que la tasa de mortalidad se incremento en mayor medida a partir de los 35 años (3). Se ha determinado que el CaCu representa un problema de salud pública relacionado con la magnitud y trascendencia que representan, por tal motivo se ha diseñado un programa de vigilancia epidemiológica y de prevención y control. Sin embargo dicho programa no ha demostrado un alto impacto en la disminución de las tasas de mortalidad e incluso no se ha evaluado de manera confiable el costo-beneficio (4). Una de las características probablemente ligadas al mantenimiento de la mortalidad en México es la participación de la mujer en los programas de detección, así un estudio de casos y controles realizado en México reporta que el grupo de casos (mujeres con CaCu) en comparación con mujeres sin antecedente de lesiones cervicales de tipo neoplásico tuvieron mayor probabilidad de no haber sido evaluadas clínicamente en un examen ginecológico o no se habían realizado la prueba de detección de esta neoplasia. (5)

Diversos factores de riesgo han sido relacionados con el CaCu, entre los que se encuentran la infección por el virus del papiloma humano, baja escolaridad, antecedentes de múltiples

parejas sexuales en la mujer, múltiples embarazos, abortos, edad de inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos. Asimismo el antecedente familiar de CaCu influye en mayor medida para que se presente una frecuencia más elevada de esta enfermedad. (6,7)

La recomendación del Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica para el CaCu refiere que el 80% de las mujeres mayores de 20 años se deben realizar la prueba de detección oportuna del CaCu (DOC) y diversos organismos internacionales han dado determinadas recomendaciones de la frecuencia con la cual una mujer se debe realizar el DOC. Las recomendaciones para la realización del DOC de las organizaciones de salud más importantes en América describen lo siguiente: (8)

Organización de Salud	Recomendación
American Academy of Family Physician	Examen de Papanicolaou cada 3 años en mujeres que ya iniciaron vida sexual.
American College of Obstetricians and Gynecologists	Examen de Papanicolaou anual y examen pélvico iniciando desde los 18 años en mujeres con vida sexual activa; después de 3 pruebas normales, la prueba puede ser realizada con menos frecuencia.
American Cancer Society	Examen de Papanicolaou anual, iniciando desde los 18 años de edad y en caso de 2 o 3 exámenes normales continuar realizándose la prueba según criterio médico.
American Geriatrics Society	Examen cada 3 años, hasta los 70 años.
American Medical Association	Examen de Papanicolaou anual y examen pélvico iniciando desde los 18 años en mujeres con vida sexual activa; después de 3 pruebas normales, la prueba puede ser realizada con menos frecuencia.

Canadian Task Force on Preventive Health Care	Examen de Papanicolaou anual, iniciando desde los 18 años en mujeres con vida sexual activa; después de 2 exámenes normales realizar la prueba cada 3 años, hasta los 69 años.
Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical.	Examen cada 3 años en mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por Virus VPH displasias o cáncer, las mujeres con dichos problemas posterior a su seguimiento y ser dadas de alta reiniciarán la periodicidad anual, las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos.

No obstante que se ha definido la frecuencia con la cual una mujer debe acudir a realizarse la prueba de DOC se reporta en un estudio que el 36.7% de las mujeres del Estado de Morelos en México, no se ha realizado la detección en algún momento de su vida (9).

Debido a que uno de los componentes principales es el programa de detección oportuna (detección mediante la prueba de Papanicolaou) y el alto porcentaje de mujeres (alrededor del 30%) de mujeres que “nunca” se han realizado o que tienen más de 3 años de no realizarse la prueba, a nivel internacional se han desarrollado estrategias para incrementar la asistencia y apego de la mujer al proceso de detección. Un resumen de las estrategias que se han implantado son las siguientes, cada una con un determinado de impacto, universo de estudio, procedimientos metodológicos y técnicas.

Lista de estrategias y procedimiento general para incrementar la participación de la mujer al programa de detección de cáncer:

Estrategia	Procedimiento de aplicación
Volantes o trípticos	Entrega directa en unidades de salud Envío por correo
Recordatorio por escrito	Entrega directa en unidades de salud
Carta personalizada	Envío por correo Entrega en visita casa-casa
Recordatorio telefónico	Información y recordatorio con información general vía telefónica
Medios electrónicos	Envío de información en correos electrónicos
Uso de medios masivos de comunicación	Radio, televisión, Internet Radiodramas, novelas, obras de opera
Cuestionarios de autopercepción de riesgo	Entrega individual de cuestionarios con índice de riesgo principalmente en unidades de salud
Educativas	Pláticas de información y educación
Encuestadores	Visita casa-casa por encuestadores con diálogos de intervención
Intervenciones cognitivas	Participación individual de trabajadores de la salud, principalmente a nivel intramuros.

Cada una de las estrategias de intervenciones anteriores se aplican de manera comparativa, en forma única o combinadas, en las cuales el principal resultado a evaluar es el porcentaje de participación.

Adab y col., evaluaron si al proveer a la mujer de información adicional sobre los pros y contras de la detección comparado con información estándar influirían en la aceptación de la mujer para realizarse la detección. Este estudio fue de tipo ensayo controlado y aleatorizado en 300 mujeres de 20 a 64 años. La variable dependiente fue la intención de realizarse la detección. Cada mujer fue asignada a recibir información en trípticos (panfletos) uno estándar utilizado por la MHS y otro modificado con información adicional sobre riesgos e incertidumbres. Un poco menos de las mujeres del grupo de intervención (79%) que las del grupo control (88%) expresaron la intención de realizarse la detección.

(10) El estudio de Buehler y col., en el que se utilizó un recordatorio modificado en comparación con uno estándar en mujeres de 18 a 69 años que tenían 3 o más años de no haberse realizado la detección de CaCu en un grupo de 221 mujeres que recibieron la información escrita modificada en comparación con 221 del grupo control reportan que en los primeros 2 meses el porcentaje de participación en el grupo experimental fue del 2.8% y en el control de 1.9% y a los 6 meses fue de 10.7% y 6.3% respectivamente.

(11) Uno de los estudios que ha tenido mayor impacto en la participación de la mujer fue el realizado por Eaker y col., en Suecia con el objetivo de determinar la eficacia de intervenciones para incrementar la participación a los programas de detección del cáncer de cervix. En este estudio se incluyeron mujeres de 25 a 59 años con el antecedente de 3 o más años de no realizarse la detección. En este estudio se realizaron tres etapas de intervención.

Primera fase	Segunda fase (Las que no acudieron a la segunda fase)	Tercera fase (Las que no acudieron ni a la primera y segunda fase)
Invitación modificada	Recordo por escrito en mujeres que no se atendieron en la primera invitación	Recordatorio telefónico a quienes no acudieron al del escrito
Invitación estándar escrita	Sin recordatorio	Sin recordatorio telefónico

El contenido de la información fue: “Una pequeña examinación de gran importancia”, este instrumento fue evaluado por profesionistas de la Sociedad de Cáncer. La información contenida fue la siguiente:

El tipo de cáncer que el Papanicolau protege; El Papanicolau es una medida preventiva; Cual es su importancia al ser invitada; a que edad e intervalo se debe realizar la prueba; Como se realiza; Como recibirán los resultados; como los resultados de displasia son seguidos y cual es el tratamiento; indicaciones de cuando no realizarse la prueba; lo que no detecta el Papanicolau e imágenes ilustrativas y dibujos de la mujer y la localización del cervix. La invitación estándar tuvo información general y cuando se utilizo en la segunda fase se coloco en grande RECORDATORIO. La intervención de llamadas telefónicas fue realizada por mujeres quienes daban una pequeña descripción sobre el Pap. El porcentaje de participación fue del 27% en el grupo experimental y del 25.7% en el grupo control en la primera fase; 15.5% y 6.3% entre ambos grupos en la segunda fase; y 41.4% y 10% entre ambos grupos en la tercera fase. Este estudio tuvo una muestra aproximada de 12,000 mujeres. (12) Otro estudio en el cuál se utilizaron dos intervenciones y un grupo control demostró que en el grupo de mujeres asignadas a una intervención de participación directa con trabajadores de la salud el 39% se realizó la detección; en comparación con el 25% del

grupo que recibió por correo una información y recomendación específica; y sólo el 15% de las mujeres del grupo control asistió. (13) La Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, con sede en Minatitlán, ha realizado dos estudios de intervención para influir en las mujeres a que participen en la detección. En el primer estudio se aplicó el cuestionario denominado CAFRIMSSCACU (cuestionario de autopercepción de riesgo para cáncer) tuvo un impacto del 11%. Por otra parte un estudio de sensibilización individualizada tuvo un impacto del 90%. (14,15)

Planteamiento del problema

En el ámbito de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social de las unidades de medicina familiar de Coatzacoalcos, Ver., el programa integrado de detección no ha alcanzado las metas de cobertura. Específicamente en el consultorio anexo para población derechohabiente de la Comisión Federal de Electricidad del Hospital General de Zona No. 36, se observa que un porcentaje del 20% de mujeres “nunca” o tienen más de 3 años de no realizarse la detección del CaCu.

Las estrategias para resolver el problema anterior es el envío de recordatorio escrito a cada mujer, sin embargo no se ha medido en forma específica el impacto.

Por otra parte, el desarrollo de las intervenciones son dirigidas y realizadas por los trabajadores de la salud y con énfasis al enfoque de médico familiar para la detección, control y tratamiento de los diferentes padecimientos el componente de acción de algún familiar es importante y podría impactar en mayor medida por tal motivo el planteamiento del problema es el siguiente:

¿Cuál es el impacto de una intervención de recordatorio con familiar en comparación con el recordatorio por escrito en la participación de la mujer al programa de detección de cáncer cervico-uterino?

Objetivo general

Determinar el impacto de una intervención de recordatorio con familiar en comparación con otras técnicas de recuerdo en la participación de la mujer al programa de detección de cáncer cervico-uterino.

Hipótesis

La intervención de recordatorio con familiar es más eficaz para incrementar la participación y apego de la mujer al programa de detección oportuna de cáncer cervico-uterino en comparación con el recordatorio por escrito enviado por el familiar o por correo y grupo placebo.

Justificación

El CaCu es un problema importante de salud en México. Uno de los componentes para que el programa de vigilancia epidemiológica para CaCu tenga efectos benéficos para la población y el sistema de salud y social en México es la detección oportuna, sin embargo no se identifican estudios de intervención que tomen en cuenta diferentes estrategias para incrementar la participación y apego de la mujer hacia el proceso de detección.

Aunque se han realizado estudios de la participación del hombre o los familiares hacia programas de salud como salud reproductiva, no se identifica la participación de los elementos y componentes de la familia y su impacto en el proceso de detección para cáncer de cervix. Un estudio realizado en trabajadoras de la salud en Minatitlán, Veracruz, reporta que el recordatorio intrafamiliar para que la mujer se realice la detección del cáncer mamario influyo positivamente en la realización en forma y frecuencia adecuada de la mujer (16)

Es necesario por lo tanto utilizar el recurso de los componentes de la familia para impactar en los programas de detección para cáncer en México.

Metodología

Diseño del estudio: cuasiexperimental, aleatorizado de intervención (tipo ensayo clínico)

Lugar del estudio: Consultorio No. 6, para población de Comisión Federal de Electricidad

Periodo del estudio: 1 de mayo del 2006 al 20 de noviembre del 2006

Universo del estudio: derechohabientes del consultorio adjunto de la Unidad de Medicina Familiar No. 36, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Coatzacoalcos, Ver.

Criterios de selección

Inclusión

Familiares y mujeres que aceptaron participar en el estudio

Mujeres entre 15 a 64 años con o sin vida sexual activa

Mujeres con 3 o más años de no haberse realizado la prueba de detección o mujeres que nunca se lo han realizado

No inclusión

Mujeres con diagnóstico de CaCu anterior

Mujeres con histerectomía

Mujeres con residencia fuera de Coatzacoalcos o sin adscripción en unidades de medicina familiar en Coatzacoalcos.

Eliminación

Trabajadores y mujeres con pérdida de la seguridad social en el periodo que se realizará el seguimiento. (15 días posteriores a la entrega de la intervención)

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Se tomarán en cuenta dos variables dependientes

Participación de la mujer

Definición. Participación de la mujer, posterior a los procesos de intervención, para realizarse la detección del CaCu, con un punto de corte a 2 meses. Se considero el periodo de tiempo de 2 meses o 60 días debido a que posterior a este cada participante puede estar influida por otros factores que no son inherentes a la intervención. Sin embargo se tomo en cuenta aquellas mujeres que después de 2 meses asistieron, indicando que asisten por el recordatorio.

Categoría: Si acudió o No acudió

Escala de medición: cualitativa nominal.

Tiempo transcurrido para la participación

Definición. Tiempo transcurrido entre la intervención y la asistencia.

Categoría: se evaluará en días 0, 1, 2,30,.....60 días

Escala de medición: cuantitativa de razón.

Variable independiente (causa)

Tipo de intervención.

Diseño ex profeso de dos intervenciones adaptadas al contexto social y cultural de la región del sureste veracruzano, en las cuáles existe la estrategia de intervención de la investigadora principal ya sea por escrito (CARTA) o personalmente (SENSIBILIZACIÓN).

Categorías.

Estrategia CARTA. En esta estrategia de intervención se diseño una carta en color Donde se registraban los datos personales de la paciente, nombre, fecha hora y afiliación de la paciente, en la cual iniciamos diciendo que estamos preocupados por su salud que se reviso su expediente, donde observamos que tenia más de tres años sin haberse realizado la DOC, así mismo les mencionamos que el cáncer es curable cuando se detecta a tiempo y en la estadística es una de la principales causas de muerte en la mujer y en nuestro estado ocupamos el cuarto lugar de defunción por muertes de CaCu. La carta era una hoja floreada con rosas y margaritas rosadas y blancas con fondo verde y amarillo en colores pastel, de una manera llamativa y personalizada para las pacientes.

Estrategia SENSIBILIZACION

La sensibilización se realizó de manera directa con los familiares de las pacientes (esposo, hijos) donde les comentábamos a los familiares de la importancia de realizarse el papanicolau ya que el cáncer es 100% curable si se detecta a tiempo y que no solo afectara a la paciente sino que dañara todo su entorno y alterara la dinámica familiar así como al gasto familiar afectar en el área laboral en caso de trabajar la paciente y el familiar de igual manera se vera afectado ya que tendrá que pedir permisos para acudir a las citas con la paciente.

Determinación del tamaño y tipo de muestreo

A conveniencia de acuerdo al número de mujeres que cumplen los criterios de inclusión.

La asignación a cada grupo será de manera aleatoria.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apego a lo establecido en la declaración de Helsinki, y a lo establecido por la Ley General de Salud en la República Mexicana. Asimismo se tomará en cuenta las consideraciones de las normas e instructivos del Instituto Mexicano del Seguro en materia de investigación clínica. El proyecto fue evaluado por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No.32, del IMSS en Minatitlán, Ver.

Recursos

Humanos

Residente de primer año de la especialidad de medicina familiar 1
Dr. Denis Ríos Alvarado

Director de tesis 1
Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán
Investigador Asociado "A", Instituto Mexicano del Seguro Social

Colaboradores 5
Dr. Javier Manuel Pineda
Dra. Santa Leticia Hernández Cruz
Dra. Lilia López López

Materiales

Formatos de registro
Computadora
Sobres
Bolígrafos
Cuestionarios
Hojas
Impresora

Análisis estadístico.

El análisis se realizó de manera descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas y con porcentajes para variables cualitativas. El análisis bivariado se realizó con t de student y chi cuadrada.

El nivel de significancia estadística aceptado será menor o igual a 0.05.

La tabulación y análisis se realizarán en el programa EPI-INFO versión 6.02.

Resultados

De acuerdo a los grupos de estrategia de intervención hubieron 43 (43%) mujeres en el grupo de recuerdo por carta y 57 (57%) en el grupo de sensibilización.

Con relación a la edad, la media del grupo de carta fue de 39.6 ± 15 años y en el grupo de sensibilización fue de 41 ± 14.5 años. ($p = 0.6$).

De acuerdo a los grupos de intervención, el antecedente de nunca haberse realizado la detección estaba presente en 4 (9.3%) de las mujeres del grupo CARTA en comparación con 11 (19.3%) en el grupo SENS. Por otra parte en el primer grupo referido hubieron 35 (81.4%) que tenían tres o más años de haberse realizado la prueba, esto mismo sucedió en 36 (63.2%) del segundo grupo. El resto de las mujeres en ambos grupos tenían dos años o menos de haberse realizado la prueba de detección sin embargo se encontraban en frecuencia inadecuada de asistencia. (Cuadro No. 1)

Cuadro No. 1. Distribución del antecedente de realización de la DOC en mujeres por grupo de intervención.

Antecedente de DOC	Grupo CARTA N = 43	Grupo SENS N = 57	Valor de p
Nunca	4 (9.3%)	11 (19.3%)	0.4
Tres años o más	35 (81.4%)	36 (63.2%)	
Dos años o menos	4 (9.3%)	10 (17.5%)	

La distribución del uso de métodos de planificación no fue diferente entre ambos grupos, ya que en el grupo CARTA hubieron 5 (12%) mujeres con DIU, en comparación de 6 (11%) del grupo SENS. Por su parte el uso de oclusión tubarica bilateral estuvo presente en 15 (35%) en el grupo CARTA y 28 (49%) en el grupo SENS. (Cuadro No. 2)

Cuadro No. 2. Frecuencia de tipos de métodos de planificación en mujeres que acudieron o no a realizarse la DOC

Acudieron	Grupo CARTA N = 43	Grupo SENS N = 57	Valor de p
DIU	5	6	
OTB	15	28	
PRESERVATIVO	1	1	
SIN MÉTODO	22	22	

Con relación al número de parejas sexuales durante la vida únicamente 3 (7%) refirieron dos parejas el grupo restante sólo una. En el grupo SENS 5 (9%) mujeres refirieron tener dos parejas sexuales y una (2%) tres parejas. (Cuadro No. 3)

Cuadro No. 3. Frecuencia de número de parejas sexuales en mujeres que acudieron o no a realizarse la DOC

Acudieron	Grupo CARTA N = 43	Grupo SENS N = 57	Valor de p
Una	40	51	
Dos	3	5	
Tres	0	1	

La evaluación de tener miedo al resultado para la no asistencia a la realización de la detección en el grupo SENS se presentó en 9 (16.1%); miedo al procedimiento 3 (5.35%); desconocimiento general a tópicos de DOC 7 (12.5%); desconocimiento sobre la frecuencia

que se debe realizar la prueba 6 (10.7%); desinterés (desidia) en 41 (73.21%); autopercepción de bajo riesgo para el desarrollo del cáncer en 4 (7.14%); sensación de que nunca les afectará en 1 (1.78%); antecedente de haber sido lastimada o haber sangrado al momento de la toma de la muestra en 2 (3.27%); maltrato por el personal institucional en 1 (1.78%). (Cuadro No. 4)

Cuadro No.4. Distribución de motivos para no realizarse la DOC en el grupo de sensibilización.

Motivos para no realizarse la detección	Frecuencia	%
Desinterés (desidia).	41	73.21
Miedo al resultado.	9	16.1
Desconocimiento general del DOC	7	12.5
Desconocimiento de la Frecuencia para realizarse el DOC.	6	10.7
Auto percepción de bajo riesgo.	4	7.14
Miedo al procedimiento.	3	5.35
Antecedente de haber sido lastimada en las pruebas anteriores	2	3.23

En el grupo CARTA hubieron 24 (57.14%) mujeres que acudieron a realizarse la detección en el tiempo establecido, por su parte en el grupo SENS hubieron 31 (54.38%) de mujeres que acudieron a realizarse la detección, ($p = 0.7$). (Cuadro No.5)

Cuadro No.5. Frecuencia de mujeres que acudieron o no a realizarse la DOC

Acudieron	Grupo CARTA	Grupo SENS	Valor de p
	N = 43	N = 57	
SI	24 (57.14%)	31 (54.38%)	0.7
NO	18 (42.86%)	26 (45.62%)	

La distribución de los diagnósticos reportados en cada una de las mujeres, como análisis de resultados agregados permite observar que 22 (91.10 %) del grupo CARTA tuvieron resultado “normal”; una muestra fue positiva a cervicitis y una más a displasia leve. Asimismo el grupo SENS obtuvo 30 (96.77) de resultados normales y únicamente una mujer tuvo displasia leve. (Cuadro No.6)

Cuadro No.6. Distribución de resultados del Papanicolaou de acuerdo a los grupos de intervención.

Diagnóstico	Grupo CARTA	Grupo SENS
	N = 43	N = 57
Cervicitis	1	0
Displasia Leve	1	1
Ninguno	41	56

DISCUSIÓN.

La muestra evaluada en este estudio es representativa, al porcentaje de mujeres que se encuentran fuera de las recomendaciones de la normal oficial para la vigilancia epidemiológica del cáncer de cervix en México, ya que en la unidad dónde se realizó el estudio y otros estudios poblacionales han determinado una moderada a alta participación de la mujer hacia el programa de detección. Estudios en México han determinado que alrededor del 30% de las mujeres nunca se han realizado la prueba de detección, sin embargo en el área de trabajo poblacional del Instituto Mexicano del Seguro Social dónde la prevalencia de no usuarias es alrededor del 20%.

En el presente estudio, la selección de los familiares o de cada mujer fue a conveniencia intensificando la búsqueda mediante la entrevista clínica cotidiana, lo anterior se encuentra relacionado a las estrategias inmersas del programa PREVENIMSS en la que se han determinado indicadores para alcanzar coberturas de detección, sin embargo no se completan al 100%. (artículo ENCOPREVENIMSS).

El grupo etario evaluado presenta una media de edad asociada a la mayor ocurrencia de CaCu o de alteraciones displásicas en mujeres, lo anterior ha sido enmarcado como un factor de riesgo importante que influye a intensificar la búsqueda de mujeres susceptibles o con alto riesgo para que se realicen la detección que fue el objetivo principal del estudio, de acuerdo a la aleatorización no se encontraron diferencias en cada uno de los grupos con relación a la edad. Asimismo no hubo diferencias con otras características como son el uso de métodos de planificación familiar y el número de parejas sexuales durante la vida, que si bien no eran el objetivo principal del estudio, se utilizaron como variables confusoras que podrían afectar los resultados del estudio. Con relación a la asistencia de la DOC se observo que el grupo SENS tuvo una mayor frecuencia de mujeres que nunca se habían realizado la

prueba, estos resultados podrían estar sesgados, de acuerdo a que es más factible que las mujeres se sinceraran directamente con la investigadora principal del estudio y se identificaran mayormente como “nunca” usuarias. Lo anterior hablaría de un mayor efecto posible posterior a la intervención.

De acuerdo al resultado obtenido se observo que hubo poca diferencia estadística entre los grupos de sensibilización y el de carta. Esto se debe probablemente a que existe una buena relación entre el encuestador y los encuestados. Los componentes fundamentales de la sensibilización que pidieron tener un alto impacto es que la evaluadora se coloco en el papel de la mujer en sus roles de la salud, enfatizando información amplia, oportuna y puntual como algunas características relacionadas a la toma de DOC por ejemplo dolor, molestia y sangrado post muestra. Así como el hacer conciencia en los familiares de las complicaciones y la alteración en la dinámica familiar en caso de salir con un problema mayor en los resultados del DOC. Así mismo se dio explicación amplia en ambos grupos tanto a las encuestadas como a los familiares de los mismos. Por otra parte la falta de diferencia, con relación al grupo que recibió recordatorio familiar-carta, se debe precisamente a estos dos componentes, es decir el grupo de investigación teorizó que el refuerzo de dos situaciones pudiera impactar en mayor medida y a menor costo (tiempo de intervención y procesos de atención). Otro componente fundamental fue el formato de la carta de recordatorio. En el IMSS se ha implementado en los últimos 4 años en la delegación Veracruz Sur, el recordatorio con una carta en hoja blanca en este estudio para tratar de tener mayor impacto y sensibilización hacia las pacientes, se realizo en una hoja de fondo amarillo con flores de colores pastel en la cual se invitaba a al reflexión de manera llamativa donde llevaba los datos personales de la paciente, en la cual mencionábamos que revisando su expediente nos percatábamos que no se lo había realizado y estábamos

preocupadas por su salud invitándolas a realizarse su detección y mencionando el alto índice de casos de muerte por cáncer cervico uterino a nivel nacional y a nivel estatal para hacer conciencia con la paciente y sus familiares.

Comparándonos en estudios realizados en Europa y Estados Unidos el impacto en esos países es más del 50% esto se debe probablemente al nivel de escolaridad de la población así como en esos países es un programa que tiene varios años de estarse llevando a cabo cuando en nuestro país es de reciente inicio.

Se visualiza como otros estudios que la información y acción del médico tratante es fundamental para la participación de la mujer en el programa de DOC.

No se identifican estudios publicados en México, que hayan tenido tal impacto y se recomienda realizar el proceso de sensibilización utilizado en este estudio a nivel regional dentro de las instituciones de salud, así se podría alcanzar una cobertura mas amplia de mujeres con uso de DOC de manera adecuada, no se omiten mencionar que dicha estrategia es costo-efectiva.

Conclusiones.

De acuerdo al resultado obtenido se observo que hubo poca diferencia estadística entre los grupos de sensibilización y el de carta. Esto se debe probablemente a que existe una buena relación entre el encuestador y los encuestados.

El o los componentes fundamentales de la sensibilización que pidieron tener un alto impacto es que la evaluadora se coloco en el papel de la mujer en sus roles de la salud, enfatizando información amplia, oportuna y puntual como algunas características relacionadas a la toma de DOC por ejemplo dolor, molestias y sangrado post. muestra. Así como el hacer conciencia en los familiares de las complicaciones y la alteración en la dinámica familiar en caso de salir con un problema mayor en los resultados del DOC.

Así mismo se dio explicación amplia en ambos grupos tanto a las encuestadas como a los familiares del mismo.

Se visualiza como otro estudios que la información y acción del medico tratante es fundamental para la participación de la mujer en el programa de DOC.

No se identifican estudios en México que hayan tenido tal impacto y se recomienda realizar el proceso de sensibilización utilizado en este estudio a nivel regional dentro de las instituciones de salud, así se podría alcanzar una cobertura mas amplia de mujeres con uso de DOC de manera adecuada, no se omiten menciona que dicha estrategia es costo-efectiva.

Bibliografía

1. Malvezzi M, Bosetti C, Chatenoud L, Rodríguez T, Levi F, Negri E, et al. Trends in cancer mortality in Mexico, 1970-1999. *Annals Oncol* 2004;15:1712-1718.
2. Salmerón-Castro J, Franco-Marina F, Salazar-Martínez E, Lazcano-Ponce EC. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995. *Salud Pública Méx.* 1997;39:266-273.
3. Estadísticas sobre tumores malignos en México. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud. *Salud Pública Méx.* 1997;39:388-399.
4. Hernández-Peña P, Lazcano-Ponce EC, Alonso-de Ruíz P, Cruz-Valdez A, Meneses-González F, Hernández-Ávila M. Análisis costo-beneficio del programa de detección oportuna del cáncer cérvicouterino. *Salud Pública Méx.* 1997;39:379-387.
5. Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce EC, Alonso-de Ruíz P, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in México: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27:370-376.
6. Corral F, Cueva P, Yépez J, Montes E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Bol Of Sanit Panam* 1996; 112:
7. Cortés-Gutiérrez EI, Rojas-Alvarado MA, Reyna-Hinojosa R, Garza-Chapa R, Leal-Garza CH. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cérvicouterino. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995; 33:177-182.
8. Zoorob R, Anderson R, Cefalu Ch, Sidani M. Cancer screening guidelines. *Am Fam Physician* 2001; 63:1101-1112.
9. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso-de Ruíz P, Casares-Queralt S, Martínez-León CJ, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Méx.* 1999; 41:278-285.

10. Adab P, Marshall T, Rouse A, Randhawa B, Sangha H, Bhangoo N. Randomised controlled trial of the effect of evidence based information on women's willingness to participate in cervical cancer screening. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:589-593.
11. Buehler SK, Parsons WL. Effectiveness of a call/recall system in improving compliance with cervical cancer screening: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 1997;157:521-526.
12. Eaker S, Adami HO, Granath F, Wilander E, Sparén P. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:346-354.
13. Taylor VM, Hislop G, Carey J, Tu SP, Yasau Y, Schwartz SM, et al. A randomized controlled trial of interventions to promote cervical cancer screening among Chinese women in North America. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:670-677.
14. Impacto del instrumento CAFRIMSSCACU en la participación de la mujer en el programa de detección del cáncer de cervix. (Tesis). Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Campos Minatitlán. 2002.
15. Cruz Castillejos M. Acciones para incrementar la participación de la mujer en el programa de detección oportuna del cáncer. (Tesis) Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Campos Minatitlán. 2003.
16. García-Cruz C, Sánchez-Miss H, Escobar-Rodríguez A, Ponce-Saavedra AS, Rodríguez-Guzmán LM. Prevalencia del auto examen mamario en trabajadoras de la salud. Factores asociados a su correcta realización. *Ginec Obst Mex* 2001;69:155-160

Anexo

Formato de registro de información

Formatos de descripción del contenido de las intervenciones

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR
COATZACOALCOS, VER.**

ATENTA INVITACION:

PARA REALIZARSE SU DETECCION OPORTUNA DE CANCER (DOC)

AFILIACION. _____

NOMBRE. _____

FECHA. _____

HORA. _____

Preocupada por la salud de los derechohabientes adscritos al consultorio 6 de Comisión federal de electricidad se realizó revisión de expedientes en el cual detectamos que no te has realizado tu papanicolau. Y debido a la gran incidencia y aumento de casos te hacemos la invitación para que te realices la prueba del papanicolau.

El cáncer cervico uterino es 100% curable si se detecta a tiempo. Es la primera causa de muerte en la mujer mexicana, nuestro estado ocupa uno de los primeros lugares a nivel nacional y nuestro municipio el cuarto lugar.

El cuello del útero es la parte del organismo más susceptible al cáncer. Si ya te realizases la prueba fuera de la institución. Te esperamos con una copia del resultado para colocarlo en su expediente clínico.

NO SEAS UNA MÀS DE LAS ESTADISTICAS.

Acude oportunamente a tu detección.

RECUERDA ERES UNA PERSONA MUY VALIOSA.

CUIDA TU SALUD.

TE ESPERAMOS NO FALTES

Atentamente
Dra. Denis Rios Alvarado.
Mèdico adscrito a consultorio
6 de CFE.
Matricula11283696

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
 INTERVENCIÓN PARA INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEL DOC

FECHA DE SENSIBILIZACIÓN |_____| |_____| 2007 FOLIO _____

IDENTIFICACIÓN	
Nombre _____	
Domicilio _____	
Afilación __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _	
Teléfono _____	

Año en que se realizó el Papanicolaou

Nunca	2000	2001	2002	2003	2004	2005

Motivos por los cuales no se ha realizado el DOC

Motivo	
Miedo al resultado	
Miedo al procedimiento	
Desconocimiento general del DOC	
Desconocimiento sobre la frecuencia que se debe realizar	
Desidia o lo ha dejado siempre para otro momento	
Se percibe con bajo riesgo	
Cree que al Cáncer nunca le afectara	
Ha escuchado o le han referido que la toma de muestra duele o sangra	
La vez anterior de la toma la lastimaron o sangro	
La vez anterior la trataron de malos modos (estaban enojados etc.)	
Percibió que ya no se lo debe realizar	
La enfermera o algún trabajador de salud le informo ya no realizarlo	
No tengo tiempo	
OTROS CUALES	