



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.32  
MINATITLAN VER.

TESIS DE INVESTIGACION

*EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES DE SENSIBILIZACIÓN INDIVIDUALIZADA  
Y LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER  
CERVICO-UTERINO*

PRESENTA

**Dr. HERIBERTO CHIÑAS ROJAS**

ASESOR

Dr. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN

Minatitlán Ver. Octubre 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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

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

**EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES DE SENSIBILIZACIÓN  
INDIVIDUALIZADA Y LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA  
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



**HERIBERTO CHIÑAS ROJAS**

MINATITLÁN, VER.

2007

EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES DE SENSIBILIZACIÓN  
INDIVIDUALIZADA Y LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA  
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**HERIBERTO CHIÑAS ROJAS**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DR. JAVIER MANUEL PINEDA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32 MINATITLAN VER.

**DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
PUEDE SER ASIGNADO POR EL IMSS O LA UNAM  
PUEDE SER DE OTRA INSTITUCIÓN

**DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMAN**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PUEDE SER ASIGNADO POR EL IMSS O LA UNAM  
PUEDE SER DE OTRA INSTITUCIÓN

**DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

MINATITLAN, VER.

2007

**“EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES DE SENSIBILIZACIÓN  
INDIVIDUALIZADA Y LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN LA  
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO”**

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

**PRESENTA:**

**HERIBERTO CHIÑAS ROJAS.**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.

## INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	6
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	10
Justificación	11
Objetivos	12
Hipótesis	12
Material y métodos	13
Tipo de estudio	13
Población lugar y tiempo de estudio	13
Criterios de selección	13
Tipo de muestro y calculo del tamaño de la muestra	14
Variables	15
Metodología	17
Consideraciones éticas	19
Recursos	20
Resultados	21
Discusión	28
Conclusión	31
Bibliografía	32
Anexos	35

## **RESUMEN:**

**Objetivo.** Determinar la eficacia de dos intervenciones de sensibilización en la participación de la mujer en el programa de detección oportuna del cáncer de cervix.

**Material y métodos.** Estudio experimental realizado en una unidad del primer nivel de atención en Nanchital. Se incluyeron a mujeres que por frecuencia requirieran realizarse una prueba de detección. Se asignó en forma aleatoria a las mujeres a un grupo de intervención donde se informó tópicos de la detección más sensibilización (grupo experimental) o a un grupo donde se entregó a cada mujer un tríptico informativo sobre la enfermedad y la detección. La variable dependiente fue el porcentaje de asistencia a realizarse la prueba de detección con relación a un intervalo de tiempo.

**Resultados.** Se incluyeron en cada grupo a 50 mujeres. Hubo una distribución similar de mujeres que nunca se habían realizado la detección en ambos grupos. En el grupo experimental el 68% acudió a realizarse la detección en comparación con el 48% del grupo control. El grupo de información con tríptico tuvo una mayor eficacia en mujeres que nunca habían acudido a realizarse la prueba y el grupo experimental tuvo un mayor impacto en mujeres con antecedente de haberse realizado alguna vez la prueba.

**Conclusión.** Hubo un mayor impacto con la información educativa en mujeres que ya tenían el antecedente de haberse realizado anteriormente la prueba.

## **ANTECEDENTES.**

El cáncer cervico-uterino (CaCu) es la primera causa de defunción por cáncer en mujeres mexicanas. Se ha descrito además que existe un mayor impacto en mortalidad en países en vías de desarrollo. Estimaciones sobre la incidencia y mortalidad por este tipo de neoplasia, estiman que en el año 2000 hubo al menos 76,000 casos incidentes y 30,000 defunciones por CaCu en América. Se han reportado tasas tan altas como del 93.9 por 100,000 mujeres en Haití. La tasa de incidencia en México fue del 40.5 por 100,000 mujeres y la de defunción de 17.1 por 100,000 mujeres. Un estudio sobre el panorama epidemiológico del cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social en México en el periodo de 1991 a 1995 reporta que en las mujeres la tasa de mortalidad fue de 17 por 100,000 mujeres mayores de 20 años, seguido por el cáncer de mama con una tasa de 11 por 100,000 mujeres. (1,2) Los factores de riesgo relacionados al CaCu son infección por virus del papiloma humano, múltiples embarazos, múltiples parejas sexuales, cuarta década de la vida, inicio de vida sexual temprana y baja escolaridad entre otras. (3,4)

Para disminuir la mortalidad por CaCu se ha establecido en la mayoría de los países programas de detección para lo cual múltiples organismo, instituciones y unidades de salud han recomendado la periodicidad de la detección oportuna de cáncer (DOC) con lo cual se ha establecido que toda mujer se puede realizar la prueba a partir de los 18 años con vida sexual durante 3 años consecutivos y si presenta negatividad a los mismo se lo puede realizar con menor frecuencia o cada 3 años (5,6 NOMOF). A pesar de que se ha recomendado la frecuencia con que una mujer se debe realizar el DOC existe una alta prevalencia de mujeres



que nunca se la han realizado, la cuál llega a ser hasta del 40%. (7) Los factores que determinan la baja o nula participación de la mujer al programa de detección del CaCu son desconocimiento de la prueba del Papanicolaou, aceptabilidad de la prueba, carencia de servicios de salud, bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, menos de 3 embarazos, inicio de vida sexual, edad entre 16 y 24 años. Por su parte un estudio realizado en Morelos determina que el conocimiento de la utilidad de la prueba y la historia previa de síntomas ginecológicos se relacionan con la participación de la mujer hacía el proceso de detección. (7-9)

En países como Suecia se ha logrado tener una alta participación en el tamizaje para CaCu por parte de la mujer. Esto ha sido logrado mediante procesos de educación entrega de folletos y artículos en dónde se enfatiza que la mujer participe si tiene determinados factores de riesgo como sangrado anormal, incidiendo en mujeres con alto riesgo para la neoplasia. (10) Diversas estrategias e intervenciones se han postulado para incrementar la participación de la mujer en el programa de detección del CaCu. Cada una de las intervenciones varía en el porcentaje de participación de la mujer para realizarse la prueba, así Eaker y col., realizaron tres intervenciones en la primera fase compararon una invitación modificada versus invitación por escrito; en la segunda fase del estudio compararon un recordatorio escrito versus no recordatorio en las mujeres que no acudieron; y una tercera fase de recordatorio telefónico versus no recordatorio en las mujeres que no acudieron al recordatorio por escrito. Los resultados establecen que en la primera fase no hubo diferencias, pero el uso de recordatorio por escrito y por teléfono incremento significativamente la participación de la mujer. (11) Por su parte Byles y col., realizaron un estudio de intervención que se llevo en tres regiones de Australia. De las regiones en las que se incluyeron a las mujeres participantes una era de tipo

rural (< de 1,000 mujeres), una ciudad (alrededor de 3,000 mujeres) y un área rural mayor (10,000 mujeres). Se aplicaron tres intervenciones: medios televisivos, medios televisivos más reclutamiento por escrito y medios televisivos más practicantes del área de la salud. El porcentaje de participación fue del 13.3% solo con medios televisivos en el área rural del centro; 52.7% en el área rural al utilizar televisión más reclutamiento por escrito y alcanzó el 80.8% en la ciudad al utilizar televisión más practicantes del área de la salud (12). Por su parte un estudio realizado en África al utilizar un foto-comic y radiodrama reporta un porcentaje de participación que varió del 6 al 17% según la estrategia empleada (13). En forma general la eficacia de las intervenciones varía del 6 hasta el 80% según la estrategia utilizada. Las estrategias utilizadas varían desde recordatorios por escrito, recordatorios telefónicos, uso de medios masivos de comunicación, recordatorio médico o de los trabajadores de la salud, sensibilización, uso de unidades móviles con información de cambios en el conocimiento sobre el Papanicolaou (11-18). Al parecer la sensibilización del médico parece impactar en mayor medida así un estudio realizado en un centro de salud en Cosoleacaque, Veracruz reporta que el uso de sensibilización individualizada presenta una eficacia del 90% en participación y tuvo una diferencia estadísticamente significativa al ser comparada con un cuestionario de autopercepción de riesgo para el CaCu o de un tríptico informativo y de invitación para realizarse la detección. (19)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer cervicouterino como ya es conocido, es la segunda causa de muerte en el país, el cual estamos tratando de prevenir y de tratar oportunamente, la utilización de una intervención eficaz de sensibilización es de gran ayuda para que nuestras pacientes acudan a los servicios de medicina preventiva y en caso de que se presentara CaCu el diagnóstico sea oportuno.

Es importante conocer la frecuencia, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento y saberlo transmitir a través de capacitación a las pacientes que acuden a nuestra consulta para que nuestras mujeres asuman la responsabilidad de su salud y participen en la detección del cáncer cervicouterino.

En base a lo anterior hago el siguiente planteamiento:

¿Cual es el método de sensibilización más adecuado para la que la mujer en edad fértil participe en la realización de la detección de cáncer cervicouterino?

## **JUSTIFICACIÓN:**

Ante el alto índice en que se esta presentando en nuestro país de cáncer cervicouterino es importante que el área medica impacte en la población para que la mujer acuda a realizarse el PAP, para que esto se lleve a cabo nos vemos en la imperiosa necesidad de contar con un método efectivo de sensibilización adecuado para las mujeres en edad fértil que acuden al consultorio médico y al terminar la consulta queden convencidas de la importancia de la prevención del cáncer para disminuir la mortandad en nuestras mujeres al identificar en etapas tempranas el padecimiento, en nuestro trabajo comparamos dos métodos diferentes de abordar a la mujer de tal forma que identifiquemos a el mas eficaz y lo implantemos en nuestro quehacer diario.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la eficacia de dos intervenciones de sensibilización en la participación de la mujer en el programa de detección oportuna del CaCu.

## **Objetivos específicos:**

- ◆ Determinar la eficacia de una intervención de sensibilización individualizada con reforzamiento por escrito en la participación de la mujer al programa de DOC.
- ◆ Determinar la eficacia de una intervención de sensibilización con énfasis en evaluación de factores de riesgo en la participación de la mujer al programa de DOC.
- ◆ Comparar la eficacia entre las estrategias de intervención.
- ◆ Determinar la eficacia de las intervenciones con relación al tiempo.
- ◆ Determinar la eficacia de las intervenciones con relación al antecedente anterior o no de realización de la DOC.

## **HIPÓTESIS:**

La sensibilización informativa con necesidades es más eficaz que la sensibilización con necesidades en la participación de la mujer en el programa de DOC.

## **MATERIAL Y METODO**

**Diseño del estudio:** Experimental tipo ensayo clínico

**Periodo del estudio:** 01 de septiembre del 2006 al 30 de Julio del 2007

**Lugar del estudio:** Unidad de Medicina Familiar No. 66. Nanchital.

**Universo del estudio:** Mujeres derechohabientes al Instituto mexicano del Seguro Social, adscritas en la U.M.F. No 66.

### **Criterios de selección**

#### **Inclusión**

Mujeres con antecedente negativo de realización de la detección oportuna del CaCu en su vida, mujeres con más de dos años de haberse realizado la prueba o mujeres que requieren evaluación anual, por haberse realizado la prueba el año anterior.

Mujeres que acepten participar en el estudio mediante consentimiento por escrito informado.

#### **No inclusión**

Mujeres con antecedente anterior de CaCu.

Mujeres con antecedente de histerectomía por cualquier causa

#### **Eliminación**

Mujeres que se pierdan en el seguimiento a 15 días, posterior a la intervención.

## Determinación del tamaño y tipo de muestreo

La formula utilizada será para estudios comparativos

Se toman en cuenta los siguientes datos para el tamaño mínimo de muestra

Porcentaje de no asistencia a realizarse la prueba de DOC	40%
Porcentaje mínimo de no participación al realizar intervenciones	30%
Diferencia de no participación con y sin intervenciones	15%

La formula utilizada es la siguiente:

Formula para el cálculo de tamaño de muestra, estudio experimental

$$N = \frac{(Z\alpha /2 + Z\beta)^2 P (1-P) (r + 1)}{d^2 r} = \frac{7.849 \times 0.5 \times 0.5 \times 2}{0.20 \times 0.20} = \frac{3.9245}{0.04} = 100$$

Donde:

$$(Z\alpha /2 + Z\beta)^2 = 7.849$$

$$P = (\text{Análisis de pacientes que usan ATNM que no se controlaran} + \text{Análisis de pacientes que usan ATNM que se controlaran}) / (1 + r) = (0.40 + 0.30) / 2 = 0.35$$

**r** = razón entre el número de usuarios de ATNM y no usuarios = 1

**d** = valor nulo de las diferencias en proporciones = 0.20

Se requieren 100 mujeres de las cuales 50 estarán en un grupo y 50 en el otro.

Tabla de números aleatorios

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

## **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Dependiente

Participación al programa de DOC

Definición. Asistencia de los sujetos de estudio a realizarse la detección oportuna del CaCu tomando en cuenta un periodo menor o igual a 15 días.

Categoría. Asistencia y no asistencia

Escala de medición. Cualitativa nominal

Independiente

Tipo de estrategia

Definición. Tipo de estrategia a la que será asignada cada participante.

Categoría: sensibilización individualizada con reforzamiento por escrito (SIRE) o sensibilización individualizada con énfasis a factores de riesgo y síntomas ginecológicos (SIFRIG).

Escala de medición. Cualitativa nominal



Descripción de las estrategias de sensibilización

Estrategia 1	Estrategia 2
<p>Información general de CaCu</p> <p>Importancia del DOC</p> <p>Información sobre la importancia de realizarse la detección a tiempo</p> <p>Necesidades individuales</p> <p>Puntualizar sobre la necesidad del DOC ante el antecedente de leucorrea o dolor de tipo obstétrico o de región abdominal (hipogastrio, región inguinal o fosas iliacas). Capacitar en relación a CaCu utilizando como método didáctico imágenes y fotos en power point.</p>	<p>Información general de CaCu</p> <p>Importancia del DOC</p> <p>Información sobre la importancia de realizarse la detección a tiempo</p> <p>Necesidades individuales</p> <p>Puntualizar en identificar factores de riesgo</p> <p>Entrega posterior de tríptico informativo</p> <p>Cita en 15 días para entrega de resultados</p>

## **METODOLOGÍA**

Se revisará el expediente de cada mujer y se le solicitará información con relación a sus antecedentes de realización de la prueba de DOC.

En los grupos conformados; el primero se le proporcionará a la paciente previa revisión de la cartilla PREVENIMSS información sobre la importancia de la DOC como detección del CaCu, además de identificar agentes patológicos sobre todo de tipo biológico como infecciones bacterianas, antecedentes oncológicos e infecciones virales. Se le otorgará también información sobre las etapas que existen para llegar al CaCu como son procesos inflamatorios, displasia leve, moderada y severa, presencia de carcinoma in situ o invasivo. Se le explicará la oportunidad de tratamiento en cada una de las etapas y a partir de que etapa existe mayor probabilidad de morir por CaCu.

Se hará hincapié que para las etapas iniciales existen tratamientos muy efectivos y que en las etapas finales el tratamiento tiene altas posibilidades de fallar.

Un médico general (sexo masculino) aplicará la sensibilización a cada mujer participante. El tiempo promedio de sensibilización será entre 4 y 6 minutos.

Los procesos de sensibilización serán realizados una vez que termine la consulta o motivo principal de asistencia a la consulta.

La sensibilización se realizará en el consultorio y un señalamiento en su tarjeta PREVENIMSS.

Cada lunes se revisará la base de datos de pacientes a los que se realizó DOC para determinar si acudieron las personas. Dicha base de datos se encuentra en el formato Excel y puede ser consultada para identificar a cada mujer participante, encontrándose disponible en disco duro o CD.

En el caso de que no hubiera asistencia se le enviará a cada mujer una carta personalizada por correo.

Cada persona será asignada aleatoriamente a cada grupo mediante un proceso de calculadora, así mismo el estudio no tendrá ceguedad y las personas serán ingresadas según acudan a consulta.

A cada persona al final del proceso de sensibilización se le otorgará una carta de consentimiento informado, esto obedece a que podrá ser excluida del análisis si no acepta continuar en el estudio.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

La presente investigación está clasificada como con riesgo moderado, ya que únicamente se limita a la realización de una intervención con impacto en la conducta de los sujetos de estudio sin afectar directamente su estado de salud.

Se ajusta a las normas éticas del Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos. Estableciendo el permiso por escrito carta de consentimiento informado del sujeto, para poder ser encuestado.

Se apegará a lo establecido en la declaración de Helsinki, y a lo establecido por la Ley General de Salud en la República Mexicana.

### **DIFUSIÓN QUE SE DARÁ DE LOS RESULTADOS:**

Tesis.

Publicación en Revista médica de ginecoobtetricia.

Presentación en cartel en el XIV foro delegacional Veracruz Sur.

## **RECURSOS**

### **Humanos**

Investigador y colaboradores 2

Enfermeras 2

### **Materiales**

Formatos de registro de 1 página 200

Computadora 1

Impresora 1

Calculadora 1

Trípticos 100

### **Análisis estadístico**

Univariado: frecuencias simples y relativas (proporciones), medidas de tendencia central (media y media) y de dispersión (desviación estándar y rangos).

Bivariado: Prueba de Wilcoxon de rangos asignados, chi cuadrada o prueba exacta de Fisher's.

Los paquetes estadísticos a utilizar serán EPI-INFO versión 6.0 y STATA.

## RESULTADOS:

Se incluyeron en cada grupo de intervención a 50 mujeres, de las cuáles la mayoría reside en un área urbana, 34 (68%) en el grupo control y 31 (62%) en el grupo experimental. (Cuadro No. 1)

**Cuadro No. 1.** Distribución del área de residencia habitual en mujeres, por grupo de tratamiento.

Área de Residencia	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Urbana	34 (68%)	31 (62%)	0.07
Suburbana	8 (16%)	16 (32%)	
Rural	8 (16%)	3 (6%)	

Hubo una distribución similar con relación a contar con teléfono en cada uno de los grupos (38%).

En cuanto a la frecuencia en que se realizaban su detección oportuna se reportó que en cada grupo no habían acudido en ninguna ocasión 13 (26%) pacientes. En el grupo control se observó que 24 (48%). No habían acudido en tres o más años a realizar su detección y en el grupo experimental no habían acudido 18 (36%). Cuadro No 2.

Cuadro No 2. Distribución de la frecuencia en que asistían las mujeres a la realización de PAP.

Por grupo.

Frecuencia en que Acudían a la Realización.	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Hace 1 año	3 (6%)	4 (8%)	0.4
Hace 2 años	10 (20%)	15 (30%)	
Hace 3 años.	12 (24%)	9 (18%)	
Hace 4 años.	9 (18%)	8 (16%)	
Hace 5 años.	0 (0%)	1 (2%)	
Hace 6 años.	3 (6%)	0 (0%)	
Nunca	13 (26%)	13 (26%)	

El antecedente de presentar temor (miedo como se pregunto en la entrevista) reporto que 9 (18%) mujeres del grupo control refirieron tal situación con relación al posible resultado del estudio, y 14 (28%) en el grupo experimental. Cuadro 3.

**Cuadro No 3.** Distribución de mujeres que tenían miedo al resultado del PAP.

Miedo al resultado.	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Si	9 (18%)	14 (28%)	0.2
No	41 (82%)	36 (72%)	

Con relación a tener temor a la realización del procedimiento 13 (26%) mujeres en el grupo control refirieron dicho antecedente, en comparación con 14 (28%) del grupo experimental.

Cuadro N 4.

**Cuadro No 4.** Distribución de mujeres las cuales tenían miedo al procedimiento.

Miedo al procedimiento.	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Si	13 (26%)	14 (28%)	0.8
No	37 (74%)	36 (72%)	

Con relación al antecedente de desconocimiento sobre la prueba de detección 43 (86%) de las mujeres presentaban dicho antecedente en el grupo control y 45 (90%) en el grupo experimental. Cuadro No 5.

Valorar si es a la frecuencia

**Cuadro No 5.** Distribución de mujeres que desconocían sobre el DOC.

Desconocimiento sobre el DOC.	Grupo experimental	Grupo control	Valor de p
Si	7 (14%)	5 (10%)	0.5
No	43 (86%)	45 (90%)	



El desinterés hacía la realización de la prueba de detección fue predominante en ambos grupos ya que 27 (54%) del grupo control y 28 (56%) del grupo experimental lo menciono como principal motivo para no efectuárselo.

Solo 1 (2%) mujer en cada grupo se considero de bajo riesgo y 2 (4%) mujeres en cada grupo creen que el cáncer cerviouterino no les afectara. De las 37 pacientes en cada grupo que ya se habían realizado el DOC por lo menos en una ocasión, solo 1 (2.7%) del grupo control, habían sido lastimadas y 5 (13.5) en el grupo experimental. Cuadro No 6.

**Cuadro No 6.** Distribución de mujeres que habían lastimado al realizarse el PAP en ocasiones anteriores.

La lastimaron	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Si	1 (2.7%)	5 (13.5%)	0.1
No	36 (97.2%)	32 (86.4%)	
	37	37	

La eficacia de la intervención en forma general en el grupo control fue 24 (48%) de las mujeres que acudieron independientemente del tiempo a realizarse su DOC en comparación con el grupo experimental las cuales fueron 34 (68%). Cuadro No 7.

**Cuadro No 7.** Distribución de mujeres que acudieron a realizarse la detección posterior a la intervención.

Se realizaron la detección.	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Si	24 (48%)	34 (68.5%)	0.04
No	26 (52%)	16(32%)	

Tomando en cuenta el periodo de tiempo estimado para acudir a realizarse la detección de acuerdo a los objetivos del estudio 22 (44%) mujeres acudieron en dicho periodo ( $\leq$  a 15 días) en el grupo control y en el grupo experimental fueron 34 (68%). Cuadro 8.

**Cuadro 8.** Distribución de mujeres que se realizaron la detección dentro de los 15 días posterior a la intervención.

Se realizaron la detección a tiempo.	Grupo control	Grupo experimental	Valor de p
Si	22 (44%)	31 (62%)	0.07
No	28 (56%)	19(78%)	

Del grupo de mujeres que nunca se habían realizado DOC del grupo control 9 (69.2%) acudieron a realizarse la detección y del grupo experimental 6 (46.1%). Cuadro 9.

**Cuadro 9.** Distribución de mujeres que nunca se habían realizado la detección que acudieron al DOC.

Se realizaron la detección.	Grupo control n = 13	Grupo experimental n = 13	Valor de p
Si	9 (69.2%)	6 (46.1%)	0.2
No	4 (30.7%)	7 (53.8%)	

De las mujeres que habían acudido al menos en una ocasión a realizarse la detección, del grupo control acudieron 15 (40.5%) mujeres y del grupo experimental 28 (75.6%)

**Cuadro No 10.** Mujeres que habían acudido al menos en una ocasión a realizarse el DOC.

Se realizaron la detección.	Grupo control N=37	Grupo experimental N=37	Valor de p
Si	15 (40.5%)	28 (75.6%)	0.002
No	22 (59.4%)	9(24.3%)	

A pesar de que el estudio de detección oportuna de cáncer cervicouterino es un procedimiento de fácil realización y se podría estimar de amplio acceso en las mujeres de nuestro país, independientemente que cuenten con un servicio médico o a través de programas asistenciales gratuitos, este estudio es representativo a la asistencia de mujeres en el primer nivel de atención de una población predominantemente urbana, sin embargo se observa un número importante de mujeres con baja frecuencia de asistencia al proceso de detección. A pesar de la difusión nacional acerca del programa de DOC, existen mujeres las cuales nunca en su vida se han realizado una detección. Estudios en México han establecido que aproximadamente el 35% de las mujeres nunca

Se han realizado la prueba, el cuál se incrementa en el área rural.

## **DISCUSION:**

Múltiples factores condicionan a que las mujeres no acudan a realizarse la prueba los cuáles pueden ser agrupados de acuerdo a la NOM-014-SSA2-1994 en socioeconómicos (baja escolaridad, menor ingreso económico, estado civil sin pareja o con pareja en algunos casos o poblaciones), personales (desinterés, temor) y de atención institucional (geográficos, accesibilidad a los servicios de salud, recursos institucionales y calidad de la atención) (6). En el presente estudio, hubo una distribución similar de mujeres que tuvieron miedo al resultado y al procedimiento de la detección, lo anterior se debió al proceso de aleatorización utilizado.

Otro condicionante que es trascendente es el desinterés de las mujeres hacía el proceso de detección. Consideramos en forma cualitativa que este factor no ha sido del todo abordado en otros estudios y de alguna forma explica las teorías de salud pública hacia una baja necesidad sentida de la población hacía los programas de detección y prevención de enfermedades.

En nuestro estudio 13 (26%) mujeres en cada uno de los grupos conformados no se habían realizado la prueba en ninguna ocasión en su vida. Un estudio realizado por Maxwell y col., realizado en los Ángeles reporta que el 17% de las mujeres de origen filipino muestran abstencionismo hacia la realización de la detección de cáncer cervicouterino. Se puede establecer en forma general que en los servicios de salud de la región del sureste veracruzano no se ha alcanzado la cobertura del 80% de detección oportuna, cifra escasa menor (alrededor del 30%) a lo reportado en estudios observacionales que se han realizado en poblaciones urbanas y rurales.

Posterior a la intervención un alto porcentaje de mujeres del grupo experimental acudieron en un lapso de quince días a realizarse la detección. Lo cual consideramos positivo pues en el estudio en mujeres americanas de origen Filipino realizado por Maxwell y col., en el grupo experimental acudieron 93 (44%), tomando como base un periodo de 12 meses en el seguimiento. La diferencia se encuentra relacionada al tamaño de muestra y metodología de intervención utilizada ya que en el estudio de estos investigadores hubo una muestra de 530 mujeres, en la cual se apoyaron con personal que dominaba el idioma tingles (combinación de tailandés e inglés), donde además se mostraban videos, spot televisivos y entregaban trípticos sobre el cáncer cervicoterino, invitando a las participantes a realizarse su DOC. Otro estudio realizado por Engelstad y col., mencionan que posterior a la intervención en un grupo en Oakland asistieron 35 (65%) mujeres en 6 meses. La intervención en este estudio fue con recordatorio vía telefónica. (Citas) En el presente estudio, realizado en mujeres de Nanchital, Veracruz enfatizamos que se puede considerar, que el impacto se evaluó en los primeros 15 días de haberlas sensibilizado. En comparación con el estudio realizado por Taylor y col., en mujeres de una comunidad china en Seattle, que posterior a una intervención acudieron 129 (80%) a realizarse la detección. En los estudios antes mencionados pudimos observar que los investigadores contaron con mayor apoyo humano como personales femeninos y traductores, así como financiamiento económico de diferentes organizaciones incluyendo la comunidad e inclusive iglesias, además de apoyos didácticos como televisores y videos por mencionar algunos ejemplos para poder alcanzar coberturas más amplias.

En nuestro trabajo solo tuvimos la intervención de un médico el cual es del sexo masculino lo cual consideramos un factor importante que pudo haber influido para que nuestras pacientes del grupo control no acudieran en mayor número, pues se tienen antecedentes en otros

estudios que el sexo femenino causa mayor impacto en cuanto a la sensibilización del DOC. Por otra parte el interés de nosotros de que nuestro grupo control se realizara el DOC también pudo haber influido positivamente al personalizar la atención y acompañar al servicio de medicina preventiva a nuestro paciente. Solo 6 pacientes mencionaban no realizárselo por pena, pero posterior a la intervención 5 de ellas se lo efectuaron.

Es alarmante identificar que el mayor motivo de ausentismo para la realización de la detección sea la desidia 22 (44%) en el grupo experimental y 23 (46%) en el grupo control. Por lo cual debemos tomar medidas para estimular a las mujeres de la región para cambiar su actitud ante el programa, pues ellas reflejaban haber visto o escuchado información sobre tener que realizarse la detección y aún así no acudían.

## **CONCLUSIÓN:**

Los resultados del presente estudio establecen que hubo una eficacia adecuada en las dos intervenciones. Hubo un mayor impacto en la intervención con recordatorio por escrito y sensibilización individualizada. En el grupo a las cuales se les proporcionó información educativa y en mujeres que ya tenían el antecedente de haberse realizado anteriormente la prueba, se reflejó mayor eficacia tras la intervención. Las mujeres del grupo a las cuales no se les proporcionó información educativa, acudieron en menor frecuencia que a las que si se les proporcionó esta información. La eficacia con relación al tiempo en que acudieron a realizarse el DOC fue mayor en el grupo en el que se proporcionó información educativa. Por lo tanto, podemos concluir que la educación, atención eficaz y personalizada, influyen para que las mujeres que se encuentran en el grupo de riesgo de padecer cáncer cervicouterino, acudan a las unidades de salud a realizarse el DOC, logrando de esta manera, disminuir los casos de estadios avanzados y la mortalidad por esta enfermedad.



## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Maxwell Parkin D. Incidence and mortality of cervical in Latin America. *Salud Pública Mex* 2003; 45 (supl 3):S306-S314.
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 Publica Mex* 1997;39:266-273.
3. Cortés-Gutiérrez E, Rojas-Alvarado MA, Reyna-Hinojosa R, Garza-Chapa R, Leal-Garza CH. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;33:177-182.
4. 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;121:511-517.
5. Zoorob R, Anderson R, Cefalu Ch, Sidani M. Cancer screening guidelines. *Am Fam Physician* 2001;63:1101-1012.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. México.
7. Hernández-Hernández CI, Girón-Carrillo JL, Correa-Chacón AJ, Hernández-Lara JA, Esquivel-Adame A, Jacobo-Saucedo AM. Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC. *Rev Enferm IMSS* 2002;10:7-10.
8. Nájera-Aguilar P, Lazcano-Ponce EC, Alonso-de Ruíz P, Ramírez-Sánchez T, Cantoral-Uriza L, Hernández-Ávila M. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del papanicolaou. *Bol Of Sanit Panam* 1996;121:536-541.
9. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso-de Ruíz P, Casares-Queralt S, Martínez-León CJ, Hernández-Ávila M. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex.* 1999;41:278-285.

10. Bergmann JB, Sigurdsson JA, Sigurdsson K. What attendance rate can be achieved for Pap smear screening? A case-control study of the characteristics of non-attenders and results of reminder efforts. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:152-158.
11. Eaker S, Adami HO, Granath F, Wilander E, Sparen P. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:246-254.
12. Byles JE, Sansón-Fhiser RW, Redman S, Dickinson JA, Halpin S. Effectiveness of three community based strategies to promote screening for cervical cancer. *J Med Screen* 1994;1:150-158.
13. Risi L, Bindman JP, Campbell OM, Imrie J, Everett K, Bradley J, et al. Media interventions to increase cervical screening uptake in South Africa: an evaluation study of effectiveness. *Health Educ Res* 2004;20.
14. Black ME, Yamada J, Mann V. A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening. *Can J Public Health* 2002;93:386-393.
15. Sung JF, Blumenthal DS, Coates RJ, Williams JE, Alema-Mensah E, Liff JM. Effect of a cancer screening intervention conducted by lay health workers among inner-city women. *Am J Prev Med* 1997;13:51-57.
16. Margolis KL, Lurie N, McGovern PG, Tyrrell M, Slater JS. Increasing breast and cervical cancer screening in low-income women. *J Gen Int Med* 1998;13:515.
17. Hou SI, Fernández ME, Baumler E, Parcel GS. Effectiveness of an intervention to increase Pap test screening among chinese women in Taiwán. *J Community Health* 2002;27:277-290.
18. Swaddiwudhipong W, Chaovakiratipong C, Nguntra P, Mahasakpan P, Lerdlukanavong P, Koonchote S. Effect of a mobile unit on change in knowledge and use of cervical cancer screening among rural Thai women. *Int J Epidemiol* 1995; 24:493-498.

19. 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, Campus Minatitlán. 2004.

# **ANEXOS**

**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 _____ _____	
Afiliación  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Teléfono _____	

Año en que se realizó el Papanicolaou

Nunca	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006

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	

Fecha que acudió a realizarse DOC \_\_\_\_\_

Lugar dónde se realizó DOC: UMF \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_ Otra institución \_\_\_\_\_

Se realizó Colposcopia \_\_\_\_\_

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo ser participante en el proyecto de investigación titulado “Eficacia de dos intervenciones de sensibilización individualizada y la participación de la mujer en la detección oportuna de cáncer Cervico-uterino”. Dicho estudio ha sido registrado ante el comité local de investigación, ubicado en el Hospital General de Zona No. 32 de Minatitlán, Ver.

El objetivo de este estudio es comparar como influye la sensibilización por parte del médico y su impacto para que las mujeres acudan a realizarse la prueba del Papanicolau.

Se me ha explicado que mi participación consistirá únicamente en escuchar las recomendaciones del médico y establecer un diálogo sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son las siguientes: posible afectación de mi estado emocional

El investigador principal se ha comprometido a darme información sobre los resultados del estudio si lo solicito que se relacionan a mis resultados del papanicolau y sobre cualquier procedimiento alternativo, adecuado o ventajoso, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal ha dado seguridad de que no se identificará a mi persona, en las representaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a su permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del derechohabiente

Dr. Heriberto Chiñas Rojas.  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo