



PROTOCOLO DE PROYECTO TERMINAL

“Intervención educativa para incrementar la capacidad de consejería de Cáncer Cérvico Uterino e infección por VPH a los proveedores de salud”.

Para obtener el grado de

Maestro en Salud Pública en Epidemiología

Presenta

Médico Gerson Sergio Jeudi

Maestría en Salud Pública en Epidemiología

Generación: 2012 – 2014

Comité de PT

Directora: Mtra. Clara Irene Hernández Márquez

Asesor: Mtra. Aideé Leyva López

Lector: Jimena Fritz Hernández

Cuernavaca Mor. 28 de agosto 2014

Índice

	Página
Introducción	4
1. Antecedentes	6
1.1 Generalidades del Cáncer Cérvicouterino e infección por el Virus del Papiloma Humano.....	7
2. Marco teórico o conceptual.....	8
2.1 Modelos en Salud.....	11
2.2 Modelo Trans teórico.....	11
2.3 Modelo de Etapas del Cambio.....	12
2.4 Modelo de Educación Popular.....	12
2.5 Modelo de Creencias en Salud.....	13
2.6 Empoderamiento para la Salud.....	14
3. Planteamiento del problema.....	17
4. Justificación.....	19
5. Objetivos	
5.1 Objetivo General.....	21
5.2 Objetivos específicos.....	21
6. Material y Métodos	
6.1 Tipo de estudio.....	21

6.2 Universo de estudio.....	21
6.3 Población objetivo.....	22
6.4 Criterios de inclusión.....	22
6.5 Criterios de exclusión.....	22
6.6 Variables.....	22
6.7 Recolección de la información.....	23
6.8 Plan de análisis.....	24
6.9 Análisis de la factibilidad.....	26
7. Resultados.....	27
8. Discusión.....	38
9. Conclusión.....	40
10 Recomendaciones.....	41
11 Limitaciones.....	41
12 Referencias.....	43
13 Anexos.....	47



Introducción

El cáncer en el mundo especialmente en países de la región representa un grave problema de salud pública, no solo por sus altas tasas de morbilidad sino también por el elevado costo social y económico que genera al considerar por una parte la inversión que realiza el Estado para la atención de los enfermos y por otro lado la pérdida de los años de vida saludables causados por la muerte de personas que padecen esta enfermedad.¹

México tiene una de las tasas más elevadas de mortalidad por Cáncer Cervicouterino (CCU), el cual representa la principal causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres mayores de 25 años. En nuestro país, durante el periodo de 1990 a 2000 se informaron oficialmente 48 761 defunciones por cáncer cervicouterino (CCU), lo que representa un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas por esta enfermedad.² En el año 2004, 4245 decesos se atribuyeron a CCU en nuestro país.³ De acuerdo con cifras oficiales de la Dirección General de Epidemiología, el número de nuevos casos se ha mantenido estable en los últimos años. Así, en el año 2000 se registraron 3595 casos nuevos de CCU en el país, mientras que en 2004 y 2005 se presentaron 3647 y 3465 nuevos casos, respectivamente.⁴ Sin embargo, estimaciones internacionales de 2007 sugieren que anualmente 12 516 mujeres son diagnosticadas en México con CCU y 5777 mueren por esta causa, siendo el cáncer más frecuente en mujeres de 15 a 44 años de edad en nuestro país.⁵ En México para el 2012, la incidencia de infección por VPH es de 34,31 por 100,000 habitantes% a nivel nacional y en el Estado de Morelos es de 9,42 para el 2012, en Mazatepec, no se ha encontrado registro.⁶

La relación entre el cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano, propuesta a principios de los años 80's por el doctor Harald Zur Hausen, continúa siendo hoy explorada por diversos estudios y además fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen



genomas del virus del papiloma humano (7, 8, 9, 10).⁷ La validez y precisión de la prueba que reconoce los 13 genotipos de alto riesgo del VPH ha sido evaluada extensamente en varios estudios en Latinoamérica y en el mundo. Se ha demostrado consistentemente que la prueba es más sensible que la citología y la inspección visual después del ácido acético (IVAA) y menos específica que la citología para la detección de lesiones de alto grado, y que este problema de baja especificidad es más agudo en mujeres menores de 30 años.

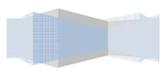
Como consecuencia de esta observación, Estados Unidos ⁸ y México ⁹ han introducido la prueba como método adjunto a la citología o como método primario (seguido de triaje con citología) en mujeres mayores de 30 años; otros países están evaluando rigurosamente la posibilidad de reemplazar la citología por la prueba de VPH en tamizaje primario.¹⁰⁻¹¹

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los programas integrados para la prevención y el control del cáncer cérvico uterino son claves para reducir la carga de esta enfermedad, debido a la magnitud o los daños que producen dicha enfermedad, a su trascendencia y su vulnerabilidad se ha considerado un problema de salud pública.¹²

Adherencia al Programa de Detección Oportuna del Cáncer

Una de las grandes interrogantes es porque hoy día tantas mujeres después de haber recibido el resultado de su prueba de Papanicolaou o de la detección de VPH no regresan para la realización de estudios confirmatorios del diagnóstico y el seguimiento, ó si la consejería ha sido realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos institucionalmente, con fundamento científico y consciencia plena bien hecha por parte de los proveedores de salud o cual es el temor o la negatividad que tienen esas mujeres.

En este sentido, la consejería consiste en orientar a las personas para tener un acercamiento de las usuarias a nivel de los diferentes centros de salud, de acompañarlas para que se sientan seguras permite aclarar dudas, diluir los mitos y las ideas erróneas y





por ende, disminuir la ansiedad y las dudas que generan en las usuarias que reciben el diagnóstico de alguna lesión intraepitelial, facilita la toma de decisiones certeras, el proceso de aceptación, el manejo del problema y al mismo tiempo estimular la prevención del mismo. El personal de salud es el responsable de guiar a las personas y de desarrollar nuevas estrategias necesarias que permitan promover la participación de la población en la prevención y control del Cáncer cérvico uterino,¹² por lo que es indispensable que se encuentre capacitado para brindar la mejor consejería a las mujeres que lo requieran.

El propósito del presente Proyecto Terminal es fortalecer la capacidad de consejería de los prestadores de los servicios de salud en el primer nivel de atención en un municipio donde las tasas de mortalidad por Cáncer cervical se encuentran por arriba de la media nacional y estatal, con el fin de lograr el establecimiento de estrategias más eficaces en el acercamiento de la población para una atención de calidad. Se basa en las estrategias de consejería del Manual de Consejería en Cáncer Cérvico Uterino y en las Guías Clínicas Mexicanas para la implementación de estas estrategias.



Antecedentes

Panorama epidemiológico del Cáncer cervical

Según la Organización Mundial de la Salud, el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) es la segunda causa de muerte en mujeres en todo el mundo, con unas 30 000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan cada año.¹³ Esta enfermedad potencialmente prevenible sigue siendo, a nivel mundial el cáncer más frecuente después del cáncer de mama en mujeres de todas las edades en América Latina y el Caribe. En 2008, 80.000 mujeres fueron diagnosticadas y casi 36.000 murieron por esta causa. Comparadas con Norteamérica, las tasas en esta región son siete veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica.¹⁴

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI) para 2011, el cáncer cérvico uterino representó una de las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres de 20 años y más años en 2011 en 10.4%. Durante 2010, se observó que los principales que el cáncer cérvico uterino (9.7%) es el principal tumor maligno que afecta a la población femenina adulta (de 20 años y más).¹⁵

En México la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los retos de la presente administración es disminuir esta inequidad.¹⁶



En el estado de Morelos, según datos del Sistema Nacional de Información en Salud, se observa una tasa de mortalidad de 11.6 por 10, 000 mujeres mayores de 45 años, mayor a la media nacional 9.4283.¹⁷

En Morelos, en el periodo 2000-2010, el número de defunciones por cáncer cérvico uterino tiene una tendencia descendente (de 130 defunciones en el 2000 a 97 en el 2010).¹⁸ En el periodo 2000 a 2010, de las 1,132 mujeres fallecidas por cáncer cérvico uterino, el 40% no tenían derechohabencia de alguna institución de salud; 435 (38%) correspondía al IMSS, y 96 (9%) al ISSSTE.¹⁹ En cuanto a detecciones de lesiones cervicales, para 2013 se realizaron un total de 663,038 a nivel estatal. Con respecto a las detecciones en el municipio de Mazatepec en los registros disponibles y consultados no hay un dato a este.²⁰

Generalidades del Cáncer cervical e Infección por el VPH

El cáncer de cuello uterino se da principalmente en mujeres sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 40 infectan el área genital y anal, atribuyéndose capacidad oncogénica a los tipos 16, 18, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59, siendo el paradigma de los de alto riesgo los tipos 16 y 18.

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es la responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo. El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos han estado expuestos al virus en algún momento de su vida.

Se estima que la prevalencia de infección por VPH en la población femenina es inferior al 10 % en los países desarrollados y al 15 % en países en vías de desarrollo, según datos de



la IARC esta prevalencia varía según las áreas geográficas siguiendo una distribución similar a la de cáncer de cuello uterino.

En México para el 2012, la incidencia de infección por VPH es de 34,31 por 100,000 habitantes% a nivel nacional y en el Estado de Morelos es de 9,42 para el 2012, en Mazatepec, no se ha encontrado registro.⁶

Los factores de riesgo asociados a la infección por VPH que han sido identificados son la edad, siendo más alta al inicio de las relaciones sexuales, Número de compañeros sexuales y conductas sexuales de riesgo.

Prevención de cáncer cérvico uterino

El diagnóstico precoz tiene efectos notables sobre las tasas de mortalidad. Desde que se instauraron los programas de detección precoz y, dado que la mayoría de las lesiones se descubren en fase de carcinoma in situ (NIC) o lesiones precancerosas, la distribución de casos nuevos por el VPH ha descendido, pasando de 11 en 2004 a 3 en 2012.²¹

El mérito de estos avances se debe, sobre todo, a la eficiencia de los programas de cribado basados en la toma de citologías cérvico-vaginales, para detectar el cáncer de cuello uterino cuando aún es incipiente y el cáncer cervical generalmente viene precedido por cambios precancerosos en el cérvix. La detección y el tratamiento de estos cambios precancerosos puede prevenir el desarrollo de cáncer. La mejor manera de identificar los cambios precancerosos cervicales es mediante el cribado del cáncer cervical. además la detección no evita la infección.²²

A pesar de que la manifestación de lesiones cervicales se presenta después de largos periodos de incubación (más de 10 años), el impacto que genera en la mujer el saberse infectada por VPH tiene severas repercusiones.



El impacto psicosocial se ha clasificado en tres categorías: en la esfera emocional, en la vida sexual y de pareja y en el comportamiento. En la esfera emocional hay: ansiedad, vergüenza, rabia, zozobra, y miedo al cáncer, en la vida sexual miedo y rechazo a las relaciones sexuales y a nivel del comportamiento: Comunicación, adherencia al tamizaje y búsqueda de tratamiento.²⁴

El impacto psicológico que causa el diagnóstico de cáncer puede ser considerado de manera general, como un evento vital estresante que afectará no sólo a la persona que lo recibe, sino que también tendrá incidencia en su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos.

Una noticia de cáncer cérvico uterino afecta a la mujer y a su familia de diversas maneras, las alteraciones que se observan con más frecuencia es el miedo, la ansiedad y el enojo, constituyen un ente patológico que exhibe repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social).

Por otro lado, los cambios psicológicos aparecen desde el inicio de la enfermedad son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación de miedo, ansiedad y enojo. Estos, a su vez involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual.²³ Por lo tanto, el efecto psicológico en la paciente, obliga a la mujer a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas. El diagnóstico del cáncer puede alterar y asustar a cualquiera, el miedo que genera produce alteración de equilibrio emocional (negación, choque emocional, asimilación, aceptación, confrontación inmediata y mediata).²⁴

Impacto Psicológico del diagnóstico de CA CU. El 50 % de las pacientes con diagnóstico de Cáncer tienen trastornos de Angustia / Depresión. Otro estudio encontró que el 23 % de las pacientes con cáncer ginecológico tenían un trastorno depresivo mayor al 6 % de las

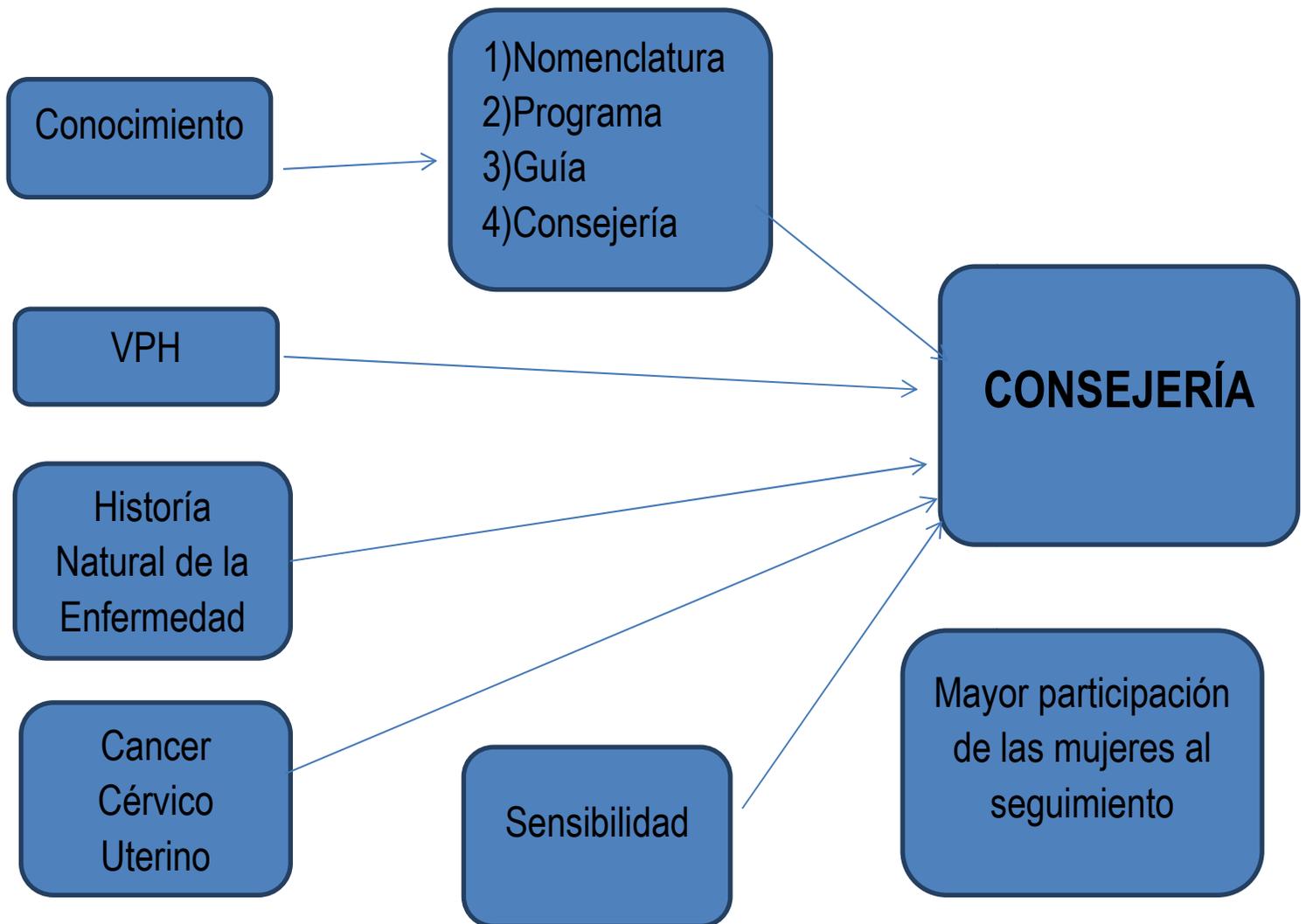


población normal. Las pacientes con diagnóstico de Cáncer recurrente tienen un nivel de afectación mayor que las mujeres que lo reciben por primera vez, tal vez sea provocado por niveles mayores de depresión, coraje, miedo y desesperación.²⁵

Importancia de la consejería en un diagnóstico de cáncer cervical o de infección por VPH es de habilitar en el área de la CONSEJERÍA a los capacitadores, educadores y prestadores de servicios que atienden el programa de Cáncer Cérvico Uterino ejercitando la comunicación interpersonal a partir de la exploración, el intercambio de experiencias y el modelaje de un entrenamiento práctico y vivencial, con el fin de prepararse no solo para resolver dudas o preguntas sobre el tema, sino para facilitar el proceso de toma de decisiones y promover a la vez un alto nivel en la calidad de los servicios y mejorar la prevención y la atención ofrecida en las instituciones que trabajan en este campo para favorecer y estimular una actitud positiva y comprometida tanto de los trabajadores de la salud como de las mujeres hacia quienes se dirige el Programa



TÍTULO: “Intervención educativa para incrementar la capacidad de consejería de Cáncer Cérvico Uterino e infección por VPH a los proveedores de salud”.



Marco Teórico

La consejería considerada por el programa de cáncer cérvico uterino aborda diferentes aspectos relacionados con la salud integral de la mujer incluyendo a su sexualidad, facilitar el examen e Papanicolaou, la colposcopia, el tratamiento y el seguimiento de diferentes lesiones relacionada con el cáncer de la mujer, especialmente para aquellas mujeres que jamás se han realizado la prueba del Papanicolaou.

Las mujeres que son candidatas a la prueba para la captura de híbridos, las mujeres que presentaron infección por virus de papiloma humano, alguna lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino, las usuarias atendidas en clínicas de colposcopia, a quienes se les practicó algún tratamiento y nunca se le explicó el procedimiento, las mujeres que presentaron alguna lesión por diagnóstico citológico y que en el diagnóstico colposcópico no presentaron ninguna lesión, aquellas mujeres con citologías anuales negativas y que presentan alguna lesión intraepitelial o cáncer cérvico uterino.¹²

Modelos en salud

Para entender la forma de abordaje o la importancia de la Capacitación en la prevención del primer nivel, es necesario entender los diferentes modelos educativos. Para ello, se requiere de una aproximación de las intervenciones, que responda a las necesidades e intereses de las mujeres, conforme a su situación de vida, y cultura.²⁶

Para lograrlo existen diferentes modelos por ejemplo:

Modelo transteórico



El modelo transteórico se plantea como un esquema explicativo general del cambio. Se basa en la premisa que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta son las siguientes: pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantención.^{27,28,29}

Pre contemplación: Es la etapa en la cual no existe intención de cambiar la conducta en el futuro previsible. Los individuos en esta etapa o bien no están informados acerca de los efectos a largo plazo de su conducta actual, o están desmoralizados acerca de su capacidad para cambiar. El rasgo central de esta etapa es la resistencia a reconocer o modificar un problema.

Contemplación: Es la etapa en la cual las personas son conscientes que existe un problema y están pensando seriamente en resolverlo, pero no hay un compromiso aún para pasar a la acción. Los individuos pueden permanecer en esta etapa por más de dos años, a pesar de la intención de cambiar.

Preparación: Se caracteriza por hacer pequeños cambios. Habitualmente los preparadores tienen un plan de acción o han hecho algunos cambios de conducta, pero no han alcanzado aún un criterio conductual preestablecido para alcanzar la etapa de acción, La preparación combina criterios de intención y conducta, los individuos tienen la intención de tomar acciones en un futuro muy cercano (un mes) y/o han tomado acciones no exitosamente en el año anterior.



Acción: Es la etapa en la cual los individuos se involucran activamente, en la nueva conducta, habiendo ocurrido cambios conductuales manifiestos dentro de los últimos 6 meses.

Mantención: Es la etapa en la cual los individuos están sosteniendo el cambio en el tiempo. Es un período de cambio continuado en el cual las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas durante la etapa de acción. Los elementos centrales de esta etapa son la estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas.²⁶

Modelo de Etapas del Cambio

Propone que la adopción de conductas saludables es un proceso, en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria. Cada etapa, involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa, a diferente velocidad y a menudo las personas pueden retroceder y avanzar de nuevo, varias veces antes de lograr el objetivo, que es la etapa de mantención. Por tanto, las recaídas son parte normal del proceso de cambio.³⁰ Las intervenciones se deben realizar de acuerdo a la etapa en que se encuentra el individuo, de esta manera se podrá mejorar la efectividad de los esfuerzos, en la reducción de las conductas de riesgo que se quiere modificar.³⁰

Modelo de educación popular

El modelo de educación popular de Paulo Freire hace de la educación, el medio por el cual los pobres y desposeídos de la sociedad reconocen su realidad, las causas que la determinan y las posibilidades de transformarla, en la medida en que su conciencia se

desarrolla, se organizan y movilizan, asumiendo su condición de sujetos de la historia. Para ello crea el método que le permite, a través del diálogo, conocer su forma de pensar, de sentir y de expresar, a través del lenguaje, su percepción del mundo a partir de sus experiencias y vivencias, provenientes de las condiciones concretas de su existencia. En la medida en que ocurre el cambio cualitativo en la percepción del mundo, en esa misma medida ocurre su inserción crítica en la realidad.³¹

Modelo de creencias en salud

De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud, las personas podrían tomar medidas para prevenir, detectar o controlar enfermedades si:

- I Se consideran susceptibles a una enfermedad (susceptibilidad percibida).
- I Creen que la enfermedad puede tener consecuencias potencialmente graves (gravedad percibida).
- I Creen que el cambio de conducta podría ser beneficiosa para reducir la susceptibilidad o la gravedad de la enfermedad (beneficios percibidos).
- I Creen que la acción a tomar producirá un beneficio que tendrá un costo personal aceptable (obstáculos percibidos).

De todos los modelos mencionados, (Modelo transteórico, Modelo de Etapas del Cambio, Modelo de educación popular, Modelo de creencias en salud, Modelo de creencias en salud)el más ideal es trabajar con el modelo de creencia en salud, pues este modelo asume también que factores económicos, sociales, demográficos, psicológicos y estructurales influyen en la percepción de los individuos y en la toma de decisiones con respecto a conductas relacionadas con salud.

Es el modelo que se ha manejado tradicionalmente a nivel de la salud, este modelo sugiere que las personas deben sentirse amenazadas por sus conductas deben creer que tienen la capacidad de superar los obstáculos cuando implementen planes o medidas de cambio (autoeficacia).²⁶ Este modelo asume que factores económicos, sociales, demográficos, psicológicos y estructurales influyen en la percepción de los individuos por lo tanto, influyen en la toma de decisiones con respecto a conductas relacionadas con salud. ¡Error! Marcador no definido.

Además se producirán importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud.

Prevención desde el punto de vista de Género

Uno de los caminos que abren una posibilidad de cambio en el enfoque con que se miran los fenómenos sociales son los estudios de perspectiva de género, en estos estudios se afirman que tanto la masculinidad como la feminidad, no son más que construcciones culturales, consecuencia de un desarrollo histórico de categorías más valoradas que otras, que además, son resultado de un proceso psicológico individual de identificación con tales categorías impuestas por el sistema de poder entre los sexos (Checa, 2003).³²

Esta perspectiva puede llevarnos a pensar que todas las mujeres tienen aceptadas un conjunto de ideas, creencias, normas y atribuciones sobre lo que es ser mujer que pueden ser un factor determinante en la prevención, detección y atención de las enfermedades como el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama o alguna otra relacionada directamente con su identificación sexual.



López y cols. (2003) nos dicen que es necesario desarrollar una comprensión desculpabilizadora y desmitificadora de lo que es ser mujer, exigiéndoles responsabilidad y coherencia a los sujetos femeninos, es también un requerimiento básico para el desarrollo de una política con verdadera perspectiva de género. Aunado a esto se necesita servicio de atención a la salud que de igualdad de trato a hombres y mujeres, pero que reconozca la diferencia sexual.

El gran desafío del siglo XXI para establecer políticas de salud equitativas, requiere una nueva lectura de las relaciones entre salud, enfermedad y cuerpo, en donde el género tenga un reconocimiento sustantivo.³³

Empoderamiento y prevención

Es una teoría y fue propuesta por Dennis Saleebey en los años 1996 y 1997. Se definen como únicos, con rasgos, talentos, recursos, estrategias personales y resistencias para hacer frente a las dificultades. Se centra en las capacidades o “puntos fuertes”, que pueden usarse o fortalecerse para generar el cambio hacia conductas más saludables. Enfatiza la elección, control, compromiso y desarrollo personal. ¡Error! Marcador no definido.

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha

entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.

La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud.

En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad.

El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.³⁴

La parte relevante en ese modelo el consejero o consejera, modela, enseña y evalúa los puntos fuertes, para descubrir las particularidades de cada usuaria. Es una relación de respeto, con franqueza, indaga, las situaciones, emociones, hechos, aceptación de la singularidad y énfasis en las relaciones. ¡Error! Marcador no definido.

Consejería en el Programa de Prevención y Control del Cáncer

La **Consejería** proviene de la palabra “counseling”, que se traduce al español como “consejería”, pero no con el significado estricto de dar consejos, sino de orientar, acompañar a las personas con alguna situación crítica, para facilitar el proceso de decisión de la usuaria.

“La consejería en cáncer cérvico uterino debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y las usuarias potenciales y aquellas que

cursan con alguna lesión intraepitelial, mediante el cual se brinde a las mujeres información veraz y científicamente comprobada para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer cérvico uterino”.³⁵

Para que el personal de salud este en posibilidades de brindar una adecuada consejería a las mujeres con lesiones cervicales, es indispensable otorgarle elementos básicos para una atención más personalizada y garantizar así que las mujeres reciban una información clara y amplia de los procedimientos que se realizan durante la toma del Papanicolaou, en la notificación de resultados y en el tratamiento correspondiente, en caso de presentar una lesión intraepitelial o un cáncer cérvico uterino.

Esto conducirá hacia la libre decisión de la mujer para continuar con la realización de pruebas diagnósticas y de confirmación así como del tratamiento adecuado. Al descubrir y atender las necesidades de las usuarias, facilita al personal de salud dar respuesta a sus dudas e inquietudes y favorece la comunicación entre ambos, otorgando una atención de calidad a la que tienen derecho todas las usuarias y sus familiares.³⁵

Los elementos que necesitan para hacer una adecuada consejería abarcan esos puntos:

- respetar las creencias culturales o religiosas, los valores personales, las condiciones de vida y los derechos sexuales y reproductivos;
- Facilitar el acceso a los servicios y la atención en salud independiente de la raza, religión, estado civil, tipo de afiliación al sistema, u otra condición de la usuaria,¹² y
- Conocimientos sobre historia natural de la enfermedad, conocimiento sobre panorama epidemiológico del Cáncer cervical a nivel nacional, estatal y local.

Para ello, se consideran diversas estrategias, entre las que destacan: la actualización, el reciclaje, la capacitación, la educación en salud y la educación médica continua a los prestadores de salud. De esta forma, se podrá promover la competencia profesional para incrementar la calidad de la atención médica.³⁶

La intervención educativa entre los profesionales de la salud es necesaria para mujeres en riesgo dentro del PDOC, en conjunción con una gran variedad de propuestas alternativas necesarias para disminuir las barreras de utilización de los servicios de atención médica. ¡Error! Marcador no definido.

Planteamiento del Problema

De acuerdo a Los resultados del Diagnóstico de Salud Poblacional realizado durante 2013 muestran que a nivel estatal el porcentaje de detecciones del municipio de Mazatepec corresponden a 1.13% en casos de cáncer cérvico uterino y dentro del diagnóstico no se contempló la medición de la cobertura del programa.

Las barreras frecuentes sobre la detección temprana de cáncer cérvico uterino relacionadas con los proveedores de salud son la falta de información acerca del cáncer cervical o de la prueba de Papanicolaou (Pap), mala relación y preocupación de someterse a un examen de pelvis.³⁷

Dentro del programa de cáncer cérvico uterino se contempla la estrategia de la consejería y se tiene manuales para este propósito.

Sin embargo, estos aspectos son poco conocidos por el personal de salud. Las pacientes reciben información escrita, solo cuando su resultado es positivo. Se manifiesta un

desconocimiento de los aspectos sobre la biología y la asociación entre el VPH y el CaCu, en comparación con las trabajadoras sociales, quienes la desconocen hasta en 94%.

Asimismo, existe un pobre conocimiento sobre el tratamiento conservador ante el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer invasor y ante la presencia de VPH sin el desarrollo de lesiones cervicales lo que le impide al personal brindar una consejería que cumpla con las expectativas de confortar, darles confianza, deseo de seguir viviendo, motivarlo, y autoestima.³⁸

Por lo tanto, es necesario que los proveedores amplíen sus conocimientos sobre los aspectos técnicos y de consejería en la prevención del cáncer cervical, lo que contribuirá a elevar la calidad del programa de DOC **¡Error! Marcador no definido.**, contribuirá a que la mujer se adhiera a las actividades de diagnóstico y tratamiento y obtenga confort psicológico y bienestar social.

La capacitación de los proveedores puede ayudar a resolver la falta de consejería a la mujer, proporcionando información clara acerca del tratamiento de las condiciones precancerosas. **¡Error! Marcador no definido.**

Las preguntas que guiarán la investigación, son las siguientes:

- ¿Cuáles son las principales necesidades de conocimientos de los prestadores de salud para dar un mayor soporte a las mujeres con lesiones cervicales en el municipio de Mazatepec del Estado de Morelos?



- ¿Cuáles son las deficiencias en la consejería que brinda el personal de salud del primer nivel de atención que repercuten en las altas tasas de mortalidad por Cáncer cervical en el Municipio de Mazatepec?

Justificación

El Sistema Nacional de Información en Salud registro en el año 2012 663,038 detecciones en el Edo de Morelos. En el municipio de Mazatepec las detecciones de cáncer cérvico uterino realizadas para el año 2011 fueron 593 corresponden al 1,16% de las que se realizaron en el estado ³⁹ y ocurrieron 18 defunciones por este padecimiento en el año 2013.²⁰

Considerando que éste se ha convertido en la segunda causa de mortalidad en la población femenina, a pesar de ser prevenible, sigue siendo un grave problema de salud pública que requiere redoblar los esfuerzos y fortalecer estrategias que permitan un mejor desarrollo del programa de Detección Oportuna.

Dentro de estas estrategias, es necesario considerar la importancia de la Consejería, como la base primordial para la prestación de servicios de prevención y atención del cáncer cérvico uterino por representar una respuesta a las necesidades de comunicación de las usuarias del programa y el personal operativo.¹²

La importancia de la intervención educativa en el personal radica en que esta les dará herramientas para mejorar sus capacidades de consejería, lo que les permitirá incrementar las posibilidades de que las mujeres continúen los procesos de diagnóstico y tratamiento de manera voluntaria y consciente de la trascendencia de su decisión.¹²

Objetivo General: incrementar el nivel de conocimiento en la consejería sobre Cacú en personal de servicios de salud del municipio de Mazatepec del Estado de Morelos mediante la capacitación y entrenamiento, a través de una intervención educativa, que se realizara en junio 2014.

Objetivos específicos:

- Incrementar el nivel de conocimiento y actitudes en los médicos y enfermeras para modificar la decisión libre de la usuaria con respecto al seguimiento de procesos de diagnóstico y tratamiento de cáncer cervical.
- Mejorar su capacidad de formación en el primer nivel de atención para la prevención de cáncer cérvico uterino, incluyendo las actividades de asesoría de formación reemplazando las ideas erróneas por aquellas válidas sobre el autocuidado, la detección, el tratamiento y el control del cáncer cérvico uterino.

Material y Métodos

Se realizará una intervención de campo, con diseño cuasi experimental, basada en el Modelo de Creencias, y aplicada al personal del Centro de Salud del municipio de Mazatepec del estado de Morelos en el mes de abril del 2014. **Universo de estudio:** Médicos y enfermeras del primer nivel de atención en el Municipio de Mazatepec del Estado de Morelos

Población objetivo: médicos y enfermeras que laboran en las unidades de los servicios de salud en el municipio de Mazatepec del estado de Morelos.

Criterio de inclusión:

Médicos y enfermeras pasantes, de base u homologados que se encuentren laborando al momento del estudio.

Aceptación a participar en la intervención educativa

Criterio de exclusión:

Personal que no sea médico o enfermera

-Trabajadores de otras áreas de adscripción ajenos al municipio de Mazatepec.

Trabajadores que no asistan a 1 de las 4 sesiones del curso-taller

- Trabajadores que no acepten participar en la educación educativa

Variable dependiente: Capacidad en consejería en los prestadores de servicios

Definición y medición de Capacidad

Variabes independientes:

Se aplicará un cuestionario donde se recabará información sobre: Características personales:

Características laborales y antecedentes de formación:

Escuela de procedencia, año de egreso, Capacitaciones previas:

Horas curriculares de la capacitación.

Conocimiento sobre historia natural del cáncer, y la normatividad del programa:

Obtención de información:

Medición basal

Se aplicará un cuestionario con el fin de identificar el nivel de conocimiento sobre: Historia Natural del Cáncer Cérvico Uterino, Nomenclatura del Cáncer Cérvico Uterino, Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino, Norma oficial Mexicana 014, e Interpretación y Entrega de Resultados de los prestadores de servicio.

Basado en el porcentaje de aprovechamiento, se basará para el diseño de los contenidos del programa. El mismo instrumento será aplicado al finalizar el curso para evaluar el cambio obtenido

Intervención: Se contemplan 7 aspectos en forma general. El número de horas atribuidas a cada tema dependerá del resultado del estudio basal.

- 1) Sensibilización del personal de salud
- 2) Equidad de género
- 3) Técnicas de Comunicación y empoderamiento
- 4) Conocimientos sobre Historia natural del Cáncer cervical
- 5) Conocimientos sobre VPH
- 6) Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana
- 7) Denominador sensorial. Testimonios/sociodrama
- 8) **Plan de análisis**

Plan para el análisis de recolección de datos



Método de recolección de datos

Se realizará la aplicación de un cuestionario pre intervención y post intervención, para fines de evaluación del estudio. Este mismo cuestionario se aplicara al mismo grupo, antes y después de la intervención educativa, considerando que el mismo grupo será el grupo control antes y después de la intervención. El cuestionario consta de 32 preguntas y cubre los temas de:

1. Conocimiento en Anatomía del cérvix,
 2. Conocimiento sobre la Historia Natural de la Enfermedad del Cáncer Cérvico Uterino,
 3. Conocimiento sobre la Nomenclatura del Cáncer Cérvico Uterino,
 4. Conocimiento sobre la Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino,
 5. Conocimiento sobre las normas oficiales Mexicanas del Cáncer Cérvico Uterino, Conocimiento sobre la Consejería, Conocimiento sobre la Interpretación y Entrega de Resultados.)
- para la codificación de las preguntas es de tipo nominal y ordinal, se capturaran en el programa estadístico Stata y se formara un índice de conocimiento sobre consejería en cáncer cérvico uterino , características personales: Edad, Sexo, Profesión, Escolaridad, Estado Civil y características laborales: Tipo de contratación, Puesto, Antigüedad en la SSM, Horario de trabajo.

La recolección de datos será mediante un cuestionario auto aplicable al personal de salud del municipio de Mazatepec, Morelos de la SSM.

La información se colectara en una BASE ELECTRONICA de datos, utilizando paquete



electrónico Excel. Posteriormente se limpiara y analizara utilizando el paquete estadístico STATA versión 10.0

Fuente de los datos:

Los cuestionarios serán aplicados al personal de la SSM por parte del responsable del proyecto.

Frecuencia de recolección de datos (anexar el cronograma de actividad)

Habrà dos mediciones. La medición basal se recolectará en los meses de mayo o junio del 2014, la medición post-intervención se realizará una semana después de terminada la intervención

Costo estimado de la recolección de datos

El costo aproximado de la medición en el grupo intervención y control es de \$ 2926.4

Costo de impresión y fotocopiado \$ 200

Viáticos \$ 1000

Alimentos \$ 1500

Responsable de la recolección de los datos:

Gerson Sergio Jeudi Responsable del proyecto

Sitio en el que se almacenaran los datos:



Base de datos generada en el programa Excel

Plan de análisis, reporte y revisión de datos

Análisis univariado. Se determinarán frecuencias simples y porcentajes relativos de Las variables descriptivas consideradas en el análisis. Una T Pareada con regresión lineal.

El nivel de conocimientos sobre CACU, se construirá realizando una variable indicadora de nivel de conocimientos.

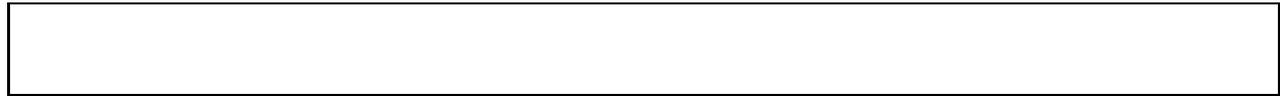
Análisis de datos

Se realizaran pruebas estadísticas (no paramétricas), para determinas diferencias estadísticamente significativas, entre las variables de interés (nivel de conocimientos y otras), antes y después de la intervención educativa, en la población de estudio.

Se utilizará el programa Stata para el análisis estadístico.

Presentación de los datos

Se realizara un informe final de actividades que contiene los resultados principales, producto de la intervención educativa, misma que se presentara en un foro de discusión ante los prestadores de servicios de salud del municipio. Para ello se realizara una presentación utilizando paquete Power Point, presentando tablas con números y porcentajes de los resultados obtenidos.

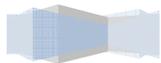


Análisis de la factibilidad

Factibilidad Técnica:

El PTP va a tener un grupo de 20 personas que se van a distribuir en 4 subgrupos que estarán compuestos de médicos, enfermeras y otros personales de la unidad médica que tiene contacto directo con las pacientes. El proyecto tendrá como apoyo a 2 Maestras en salud pública que son epidemiólogas que nos ayudaran en la parte de cursos, talleres, y sociodrama. La temática esta soportada en la norma oficial mexicana para cáncer cérvico uterino y en el manual para la consejería en cáncer cérvico uterino. También forma parte de un proyecto de múltiple fases y la consejería es una de ellas. Con esto se busca mejorar la operatividad del programa del cáncer cérvico uterino.

Factibilidad financiera:





Los gastos serán cubiertos por el responsable del proyecto

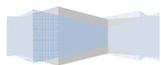
Factibilidad Política:

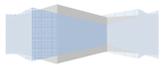
El presente PTP no está en contra de las políticas de salud federales ni estatales, permitirá elaborar políticas públicas susceptibles de implementación y este estudio va a ser una de las vías para unir lo deseable con lo posible.

Factibilidad Social:

El PTP está encaminado hacia el personal de los centros de salud para sensibilizarlos y concientizarlos sobre el aspecto de consejería en cáncer cérvico uterino para que puedan hacer que las personas se acercan más y que tengan más confianza a nuestro sistema de salud a pesar de sus temores y miedos.

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer. Sin embargo, gracias a la citología y a la histopatología se le puede detectar tempranamente y tratar oportunamente, reduciendo el impacto de esta enfermedad.





BIBLIOGRAFÍA

- ¹ American Cancer Society. *Cáncer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2005*. Atlanta, GA: ACS 2005; pp56.
- ² Dirección General de Información en Salud. *Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003*. *Salud Publica Mex* 2005;47(2):171-18.
- ³ Sistema Nacional de Información en Salud. [Sitio web]. *Principales causas de mortalidad general*. México: Secretaría de Salud; 2004. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/buscador.tml?cx=006066805217294413199%3Aamnunes65gg&cof=FORID%3A11&q=PRINCIPALES+CAUSAS+DE+MORTALIDAD+&sa=Buscar&siteurl=www.sinais.salud.gob.mx%2Fdemograficos%2Fenadid%2Findex.html>
- ⁴ CENEVACE. [Sitio web]. *Anuarios de Morbilidad 1984- 2004*. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2006. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- ⁵ WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer. *HPV and cervical cancer in the world. 2007 Report*. *Vaccine* 2007;25(Suppl 3):C1-C230.
- ⁶ <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- ⁷ Alejandra Lopez Saavedra y Marcela Lizano-Soberón, *Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina* *Cancerología* 1 (2006): 31-55.
- ⁸ Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. *Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening*. *CA Cancer J Clin* 2010;60(2):99-119.
- ⁹ Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Salmeron J, Fernandez I, Cruz A, Hernandez P, et al. *A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program*. *Cancer Causes Control* 2010;21(10):1693-1700.
- ¹⁰ Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. *Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial*. *Lancet Oncol* 2010;11(3):249-257.



¹¹ Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007;357(16):1579-1588.

¹² Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Manual de Consejería en Cáncer Cérvico Uterino. Primera edición: México 2007. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

¹³ Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J: Cancer incidence in five continents, vol VII. International Agency for Research on Cancer, Scientific Publications number 143. Lyon; IARC, 1997

¹⁴ Nueva iniciativa multisectorial buscará prevenir casos nuevos y muertes por cáncer cervicouterino y de mama en las Américas. Washington DC (OPS-OMS) 8 de febrero de: 2013. Actualizado 12 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8257&itemid=1926&lang=es

¹⁵ ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER. 2013. AGUASCALIENTES. INEGI, actualizado (4 de febrero del 2013) disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?c=2781&ep=51>

¹⁶ <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/>.html

¹⁷ <http://seplan.app.jalisco.gob.mx/mide/valorIndicador/listaEstatalCiudadana/1075?controlador=indicador&accion=consultarDatos>

¹⁸ Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos mortalidad 1979-2010. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 4 enero 2012].

¹⁹ Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos mortalidad 1979-2010. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 4 enero 2012]



²⁰ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 2012. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 09 abril 2012].

²¹<http://seplan.app.jalisco.gob.mx/mide/valorIndicador/listaEstatalCiudadana/1075?controlador=indicador&accion=consultarDatos>

²²<http://conexioncancer.es/tipos-de-cancer/cancer-cervical/deteccion-precoz-prevencion-del-cancer-cervical>

²³ Olper PR. Aspectos psicosociales de las pacientes con cáncer de mama. En: Sanchez C.(ed.). Tratado de las enfermedades de las glándulas mamarias. Mexico Manual Moderno 2003,p.635

²⁴ An Exploratory Study of the Psychological and Social Effects of the Human Papilloma Virus Test Carolina Wiesner Ceballos^{1,2}, Jesús Acosta Peñaloza¹ , Adriana Díaz del Castillo¹ Sandra Tovar Murillo¹ , Hernando Salcedo Fidalgo²

²⁵ Maduro JH, Pras E, Willemse PHB, de Vries EGE. Acute and long term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer. Cancer Treatment Reviews 2003; 29: 471-88.

²⁶ OPS/OMS. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C. 2008.

²⁷ Prochaska J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Dorsey, Homewood. Illinois. 1979.

²⁸ Prochaska J y DiClemente C. The Transtheoretical Approach. Dow Jones, Nueva York. 1984.

²⁹ Lizarraga S, Ayarra M. ANALES Sis. San Navarra. 2001; 24 Supl 2: S43-53.

³⁰ OPS/OMS. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C. 2008.



³¹ Freire. P. 1999. La Educación en la Ciudad. 2da edición en español, México. DF, editora Siglo XXI de España editores, s.a.

³² Checa, S. (2003). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Paidós: Argentina

³³ López, P.; Rico, B.; Langer, A. y Espinoza, G. (2003) Género y Política en Salud. México: Secretaria de Salud. Pp. 31-40.

³⁴ This references list is built predominantly on WHO sources. For further information relevant publications refer to: Health Promotion. Bibliography. WHO/HPR/HEP/41 CHP/R5/97.2. WHO, Geneva, 1997.

³⁵ SSA: Resolución a la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, 21 de enero de 2004. Definición adaptada.

³⁶ Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Programa de acción: cáncer cérvico-uterino. México: Secretaría de Salud, 2002. [[Links](#)]

³⁷ Lazcano-Ponce, E.C. et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399–408 (1999).

³⁸ Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Alternativas de educación médica. Salud Publica Mex* 2000; 42:34-42.

³⁹ http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/sessm_2011.pdf