



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1**

TESIS

**“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO
EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64
AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE
CÁNCER CERVICOUTERINO POR MEDIO DEL
PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

PRESENTA

Juana Ivette Sámano Sánchez

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Aguascalientes., Marzo 2016



AGUASCALIENTES, AGS., 17 03 2016.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. JUANA IVETTE SÁMANO SÁNCHEZ**, Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación nombrado:

“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64 AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO POR MEDIO DEL PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

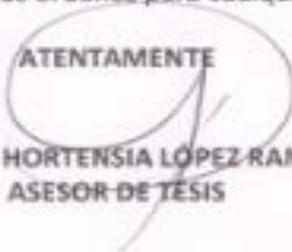
NÚMERO DE REGISTRO DE TESIS R-2015-101-41 del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Médico Residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ-RAMÍREZ
ASESOR DE TESIS



AGUASCALIENTES, AGS., FECHA 17 03 2016

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes:

DRA. JUANA IVETTE SÁMANO SÁNCHEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación nombrado:

"DISTRIBUCIÓN y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64 AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO POR MEDIO DEL PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

NÚMERO DE REGISTRO DE TESIS R-2015-101-41 del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra **JUANA IVETTE SÁMANO SÁNCHEZ**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos Alberto Prado Aguilar
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JUANA IVETTE SÁMANO SÁNCHEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64 AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO POR MEDIO DEL PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 23 de Marzo de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.E.P. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.e.p. Archivo

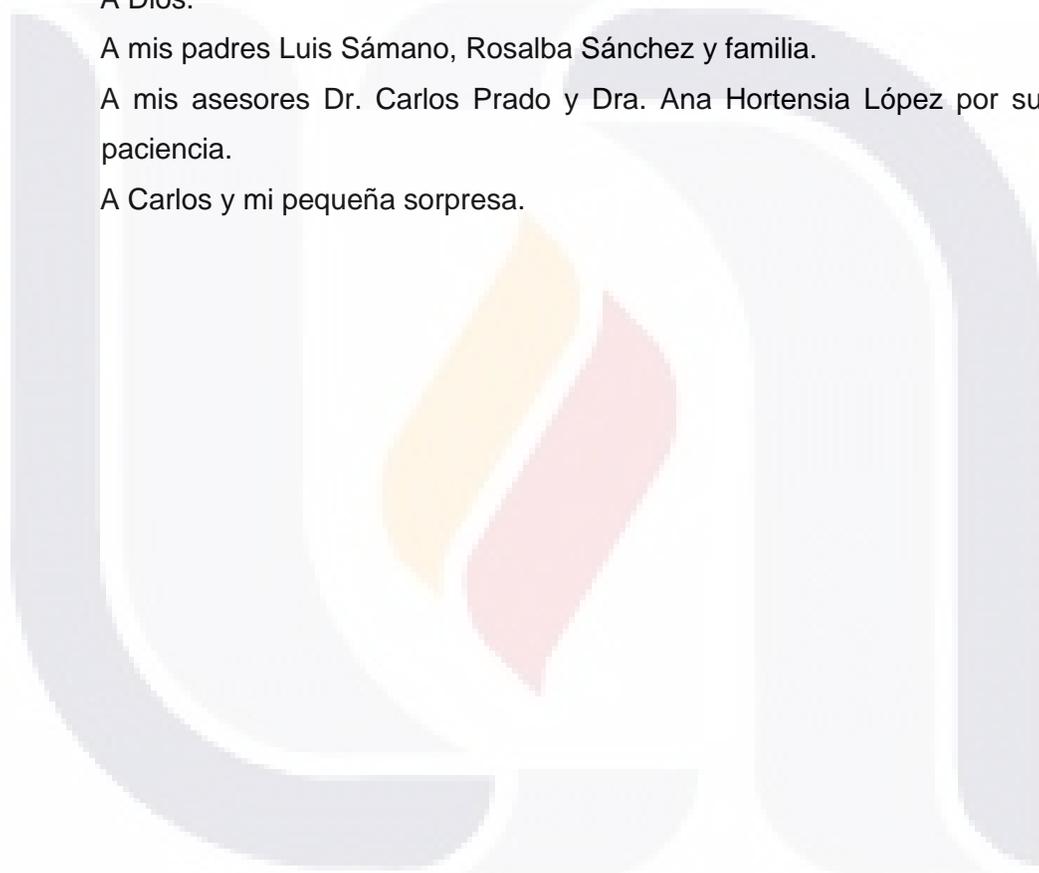
AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mis padres Luis Sámano, Rosalba Sánchez y familia.

A mis asesores Dr. Carlos Prado y Dra. Ana Hortensia López por su infinita paciencia.

A Carlos y mi pequeña sorpresa.



DEDICATORIA

A mi TDAH.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	5
I.- RESUMEN	6
II.- ABSTRACT	7
III.- INTRODUCCIÓN	8
IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9
IV.1.- Antecedentes científicos de la medición de las etapas de cambio del modelo trasteórico.	9
V. MARCO TEÓRICO	13
Etapas de cambio.....	13
Medidas independientes.....	16
VI. JUSTIFICACIÓN.....	18
VII- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
VII.1.- Contextualización del problema de estudio.	20
VII.2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.....	20
VII.3 Características educativas en México	21
VII.4 Características económicas en México:	22
VII.5 Vivienda	23
VII.6 Servicios de salud en México	23
VII.7 Características culturales en México	24
VII.8 Religión	24
VII.9 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, o delegación de estudio.....	25
VII.10 Descripción del sistema de atención de la salud.	27
VII.10.1 Nivel legislativo	27
VII.10.2 Nivel Político.....	28
VII.10.3 Nivel Normativo	28
VII.10.4 Nivel Operativo	30
VII.11.- Descripción de la naturaleza del problema.....	34
VII.12 Descripción de la gravedad del problema.....	37

VII. 13.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema. ..39

VII.14.- Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente..... 40

VII.15 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema 41

VII.16.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema..... 43

VII.17.- Pregunta de investigación. 43

VIII.-OBJETIVOS..... 43

VIII.1.- Objetivo General 43

VIII.1.1.- Objetivos Específicos 44

IX.- HIPOTESIS..... 44

IX.1.- Hipótesis alterna general..... 44

IX.1.1.- Hipótesis nula general 44

IX.2.- Hipótesis alternas específicas..... 44

IX.2.1.- Hipótesis nulas específicas 45

X.- MATERIAL Y MÉTODOS..... 45

X.1. -Diseño de estudio 45

X.2.- Población de estudio..... 45

X.3.- Universo de trabajo. 45

X.4.- Unidad de análisis..... 45

X.5.- Criterios de inclusión..... 45

X.5.1.- Criterios de no inclusión. 46

X.5.2.- Criterios de eliminación 46

X.6.- Muestreo..... 46

X.7.- Validez de instrumento..... 46

X.7.1.- Validez de contenido 46

X.7.2.- Validez aparente. 47

X.7.3.- Validez de constructo. 47

X.8.- Técnica de recolección de datos. 47

X.9.- Procesamiento de datos y análisis estadístico 49

X.10.- Logística..... 49

X.11.- Plan de procesamiento y análisis de datos..... 53

X.12.- Aspectos éticos. 54

X.13.1.- Recursos humanos..... 55

X.13.2.- Materiales..... 55

XI.- RESULTADOS 56
 XI.1.- Características sociodemográficas de las mujeres participantes..... 56
XII.- DISCUSIÓN..... 68
XIII.- CONCLUSIÓN..... 69
XIV.- BIBLIOGRAFÍA..... 71
ANEXOS 80



ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....56

TABLA 2.-DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.57

TABLA 3.-DISTRIBUCIÓN POR ACTIVIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....58

TABLA 4.-DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....59

TABLA 5.- DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....59

TABLA 6.-DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....60

TABLA 7.-DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....61

TABLA 8.-DISTRIBUCIÓN POR PROCEDENCIA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....62

TABLA 9.- DISTRIBUCIÓN POR TURNO DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....62

TABLA 10.-DISTRIBUCIÓN POR DEPENDENCIA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....63

TABLA 11.-DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES..64

TABLA 12.-RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS ETAPAS DE CAMBIO EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO.....65

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

GRAFICA 1.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....56

GRAFICA 2.-DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....57

GRAFICA 3.-DISTRIBUCIÓN POR ACTIVIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....58

GRAFICA 4.-DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....59

GRAFICA 5.- DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....59

GRAFICA 6.-DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES...60

GRAFICA 7.-DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....61

GRAFICA 8.-DISTRIBUCIÓN POR PROCEDENCIA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.62

GRAFICA 9.- DISTRIBUCIÓN POR TURNO DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....62

GRAFICA 10.-DISTRIBUCIÓN POR DEPENDENCIA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....63

GRAFICA 11.-DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES.....64

I.- RESUMEN

DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64 AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO POR MEDIO DEL PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

INTRODUCCIÓN El modelo transteórico describe cómo las personas modifican un problema de conducta o adquieren un comportamiento positivo. Es un modelo de cambio intencional, que se centra en la toma de decisiones del individuo e implica emociones, cogniciones y comportamientos. El constructo etapa es la clave del modelo y representa una dimensión temporal. Este modelo consta de 5 etapas: Precontemplación, contemplación, preparación acción y mantenimiento. **OBJETIVO:** Identificar la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la UMF1 del IMSS delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal que consideró 244 pacientes de 24-64 años que acudieron a consulta en ambos turnos en la UMF 1 que cumplieron con los criterios de inclusión, con la finalidad de conocer la distribución y frecuencia en tiempo, lugar y persona de las dimensiones del modelo transteórico. Se utilizó un instrumento (Likert) realizado en base a las etapas de cambio del modelo transteórico previamente validado para ubicar la fase en la cual se encuentran las pacientes. **RESULTADOS:** Se concluyó que un 71.4 % de mujeres se encuentra en etapa de mantenimiento, 8.6% en acción, 6.9 % en precontemplación, 6.5% en preparación y 6.5 en contemplación. La prueba exacta con χ^2 muestra que el 84.5% de las usuarias que se encontraban en etapa de mantenimiento pertenecen al rango de edad de 25 a 44 años de edad, mientras que el 54.5% del rango de 45-64 se encontraban en la etapa de acción ($\chi^2 = 25.825$, $p=0.000$). **CONCLUSIONES:** Se identificó la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del instituto mexicano del seguro social, delegación Aguascalientes.

II.- ABSTRACT

DISTRIBUTION AND FREQUENCY OF STAGES OF CHANGE IN WHICH ARE THE USERS OF AGED 25-64 FOR CERVICAL CANCER SCREENING PERFORMED BY THE PAP SMEAR IN UMF 1 IMSS DELEGATION OF AGUASCALIENTES.

INTRODUCTION The TTM describes how people change a behavior problem or acquire positive behavior. It is a model of intentional change, which focuses on individual decision-making and involves emotions, cognitions and behaviors. The stage is the key construct model and represents a temporal dimension. This model consists of 5 stages: precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance. To identify the distribution and frequency of the stages of change in which users are 25-64 years of age for cervical cancer screening through pap smears performed in the IMSS delegation UMF1 Aguascalientes. **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional descriptive study considered 244 patients 24-64 years who consulted on both shifts in the UMF one that met the inclusion criteria, in order to know the distribution and frequency in time, place and person the dimensions of TTM. a (Likertt) instrument made based on the stages of change previously validated to locate the phase in which patients are TTM was used. **RESULTS:** It was found that 71.4% of women is in maintenance phase, 8.6% in action, 6.9% in precontemplation, 6.5% and 6.5 in preparation for contemplation. The exact test chi 2 shows that 84.5% of users who were in maintenance stage belong to the age range of 25-44 years of age, while 54.5% of the range of 45-64 were in stage action ($\chi^2 = 25,825$, $p = 0.000$). **CONCLUSIONS:** The distribution and frequency was identified the stages of change that are users of 25-64 years old, to perform cervical cancer screening through Pap smear in the family unit not medicine. 1 Mexican Social Security Institute , Aguascalientes delegation .

III.- INTRODUCCIÓN

James O. Prochaska ejecutó un estudio analítico en el año 1979, en Estados Unidos de América, tuvo como meta sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, en ese entonces, fragmentado en más de 300 propuestas teóricas.

El modelo transteórico fue el producto central del análisis comparativo de veintinueve de las teorías relevantes y disponibles a fines de los años setenta para explicar cambios en el comportamiento. El modelo derivó su nombre de la integración de principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados. (81)

Este modelo está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional.

En este modelo se usa una dimensión temporal, las etapas de cambio, para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. El cambio implica un fenómeno que ocurre con relación al tiempo. (81)

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer al producir hasta 11 muertes por día. A pesar de los programas de detección establecidos para enfermedad preinvasora se continúan realizando diagnósticos tardíos y por lo tanto los tratamientos son poco oportunos, y muchas veces solo de tipo paliativo.

IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

IV.1.- Antecedentes científicos de la medición de las etapas de cambio del modelo transteórico.

Fatemeh Sarbandi y cols (2013) Utilizaron el modelo transteórico para probar la validez y fiabilidad de la versión persa de un cuestionario para dejar de fumar en Irán entre los fumadores adultos de sexo masculino utilizando el modelo transteórico. En los 150 fumadores se introdujeron en el estudio la edad media de los participantes fue de 36.51 +- 7,94 años, que van de 22-58. La edad media de inicio del consumo de tabaco fué 19,29+- 5,27 años. Los resultados obtenidos del análisis factorial confirmatorio revelaron que los datos se ajustan al modelo. Se concluye que el presente estudio proporciona pruebas psicométricas de un instrumento adecuado, confiable y válido para determinar los comportamientos entre los fumadores adultos Iraníes. (3)

Fauziah Abdullah y cols (2013) Evaluaron el efecto de un enfoque de convocatoria y recordatorio en la mejora de la práctica de citología vaginal de acuerdo a la etapa de motivación en que se encuentran las mujeres que no cumplen en Malasia entre 403 maestras que nunca o pocas veces asistieron a una prueba de Papanicolaou. Un grupo de intervención recibió una invitación y recordatorio para una prueba de Papanicolaou, mientras que el grupo control recibió la atención habitual del programa de cribado cervical existente. En ambos grupos, se encontró que la mayor proporción se encontraba en la etapa de precontemplación de los estadios de cambio. Se determinó el efecto del programa de intervención en la etapa de acción. A las 24 semanas, el grupo de intervención se mostró dos veces más en la etapa de acción que el grupo control. Se concluyó que el efecto positivo de un enfoque de convocatoria y recordatorio en la motivación de las mujeres para cambiar el comportamiento de la práctica de cribado debe ser apreciada por los encargados de formular políticas y los proveedores de atención de la salud en los países en desarrollo como una intervención para mejorar la captación de la prueba de Papanicolaou. (4)

Nik AA Tuah, y Cols (2011) Evaluaron la efectividad de las intervenciones dietéticas con actividad física según el modelo transteórico para lograr una pérdida de peso sostenible en adultos con sobrepeso y obesidad. En la revisión se incluyeron cinco ensayos y se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evaluaron 3910 participantes, 1834 participantes se asignaron al azar a los grupos de intervención y 2076 a los grupos control. Se encontró que la intervención tuvo una repercusión limitada sobre la pérdida de peso (cerca de 2 kg o menos) y otras medidas de resultado. Se concluyó que Las etapas de cambio del modelo transteórico y una combinación de actividad física, dieta y otras intervenciones dieron lugar a una pérdida de peso mínima y no hubo pruebas definitivas de pérdida de peso sostenible. La repercusión de las etapas de cambio del modelo transteórico como marco teórico para la pérdida de peso puede depender de la forma en la que se utiliza como marco para la intervención y si se utiliza en combinación con otras estrategias como la dieta y las actividades físicas.(5)

Menezes Mc y cols (2014) Analizaron los efectos de una intervención basada en el modelo transteórico en el perfil antropométrico y dieta de mujeres en la Atención Primaria de Salud en Brasil. El grupo de control participó en la actividad física y educación con respecto a la nutrición habitual. El grupo de intervención participó en 10 talleres basados en el modelo transteórico. Setenta y un mujeres completaron el estudio, las del grupo control con una edad de 60.4+-13.7 y 4 años en promedio de educación, las del grupo de intervención 55.9+-9.7 con 4.5 años de educación en promedio, la mayoría al inicio del estudio tenía bajo ingreso per cápita. Los participantes en el grupo de intervención mostraron una mejor percepción del cuerpo, reducción de peso y el índice de masa después de la intervención, y un menor consumo de calorías y alimentos ricos en grasas. La Reducción significativa de peso en el grupo de intervención se asoció con un mayor ingreso per cápita, reducción del consumo de proteínas, reducción del consumo de lípidos y la eliminación de la grasa visible de la carne roja y la piel del pollo. Se concluyó que una intervención basada en el modelo transteórico promovió la reducción en el consumo de alimentos altos en calorías y grasa, con efectos positivos sobre el peso y la imagen corporal. Estos resultados proporcionan evidencia de la aplicabilidad y beneficio del modelo transteórico dentro de la atención primaria. (6)

Caroline C. Horwhat y cols. (2013) Determinaron si los constructos del Modelo Transteórico difieren entre individuos que tienen éxito frente a las transiciones de etapa de aquellos que no presentan éxito para el consumo de cinco o más porciones de frutas y verduras cada día y así proporcionar una base útil para el diseño de intervenciones de promoción de la salud en 700 participantes de la comunidad de Hawaii. El estudio utilizó

pruebas para determinar que las puntuaciones variables del modelo transteórico difieren sistemáticamente entre los que ganan "éxito" frente a "fallas" en las transiciones de las etapas de precontemplación, preparación y mantenimiento. El análisis chi-cuadrado mostró que aquellos con los datos de transición de etapa tenían más probabilidades de más edad (55 años) y eran casados, con al menos alguna educación universitaria, y tenía un mayor ingreso (> \$ 49.999) en comparación con los que no tienen datos de transición de etapas. En comparación con los que permanecen en precontemplación, los individuos que progresan satisfactoriamente en precontemplación mostraron significativamente mayor uso de procesos conductuales y toma de conciencia. Sin embargo, sólo la autoliberación demostró diferencias significativas consistentes a través del tiempo. Se concluyó que el modelo transteórico de procesos de comportamiento, en especial la autoliberación, predice una transición exitosa de precontemplación para adultos en el consumo de frutas y verduras, lo que sugiere que los mensajes de salud pública de acuerdo a estas variables del modelo transteórico pueden ser eficaces para este grupo. (7)

Min Son Kuak y cols. (2009) Examinaron el modelo transteórico de cambio de comportamiento basado en la detección de cáncer de cuello uterino entre las mujeres coreanas. Se evaluaron las etapas de adopción del papanicolau, actitudes positivas y negativas hacia la citología vaginal y factores contribuyentes. Este estudio se basó en la encuesta nacional del cáncer de Corea 2007 que incluyó un total de 1224 mujeres mayores de 30 años, se realizaron análisis de logística múltiple para determinar los factores que influyeron en etapas de adopción de las mujeres. Cincuenta y siete por ciento de las mujeres informaron de la detección, mientras que el 43% no lo hizo. Aquellas de un rango de edad entre 50 y 64 años que tienen mayores ingresos, casadas, que viven en zona rural y que practican ejercicio de manera regular eran más propensas a estar en mantenimiento que en precontemplación, por lo que se concluyó que la edad, ingresos, estado civil, residencia, ejercicio regular se asociaron significativamente con la fase de adopción. (78)

Lee MC y Cols. (2000) Investigaron con el propósito de obtener una comprensión de los conocimientos de las mujeres coreanas sobre el cáncer cervical e identificar las principales barreras para la detección del cáncer cervicouterino y los motivadores para la

detección y prevención temprana. El modelo de creencias en salud proporcionó las bases teóricas para el estudio, Se llevó a cabo un estudio cualitativo con 8 grupos focales, usando 11 preguntas derivadas del modelo de creencias en salud, discusiones en grupos focales revelaron que no había información errónea ni falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino, por lo tanto las mujeres estaban confundidas acerca de los factores causales y estrategias preventivas relacionadas con el cáncer de cuello uterino. Los resultados mostraron que las principales barreras estructurales fueron factores económicos, tiempo e idioma. Muchas de las participantes eran inmigrantes recientes que no tienen seguro médico y cursan con largas horas de trabajo. Las principales barreras psicosociales fueron el miedo, fatalismo y negación. Las participantes indicaron que el consejo médico y la educación influían más en ellos para someterse a una prueba de papanicolaou. (79)

Nqueyen TT y cols. (2002) Evaluaron los factores asociados con el conocimiento de la prueba de Papanicolaou, la intención de obtenerla, y su recepción en la mujer vietnamita-estadounidense. En el año 2000 se realizó una encuesta telefónica a mujeres vietnamitas estadounidenses con edad igual o mayor a 18 años, que viven en el condado de Santa Clara, California, y Harris, Texas. Se recogieron datos sociodemográficos, sobre la salud y el acceso, así como la sensibilización prueba de Papanicolaou, actitudes, intenciones y prácticas. De 1566 mujeres, el 74% había oído hablar de la prueba de Papanicolaou, y el 76% había tenido al menos una. Sólo el 42% de las que nunca tuvieron una prueba de Papanicolaou habían considerado la obtención de uno. No hubo diferencias significativas entre los dos sitios. Las mujeres de ≥ 65 años tenían las tasas más bajas para los tres resultados. Estar casada, con mayor nivel de educación, sexo femenino del médico que las atiende, nivel de respeto del médico y la recomendación del médico se asociaron con mayor toma de pruebas de papanicolaou. Se concluyó que, la mujer vietnamita-estadounidense tiene bajas tasas de sensibilización a pruebas de Papanicolaou, intención y recepción. (80)

V. MARCO TEÓRICO

El modelo transteórico es un modelo integrador de cambio de comportamiento, que describe cómo las personas modifican un problema de conducta o adquieren un comportamiento positivo e incluye una serie de variables independientes, los procesos de cambio y una serie de medidas de resultado, incluyendo el balance decisional y las escalas de la tentación. (8)

El modelo transteórico es un modelo de cambio intencional que se centra en la toma de decisiones del individuo e implica emociones, cogniciones y comportamientos. Para una medición precisa se requiere una serie de elementos inequívocos que el individuo puede responder a precisión con poca oportunidad para la distorsión. Las cuestiones de medición son muy importantes y uno de los pasos críticos para la aplicación del modelo implica el desarrollo de medidas a corto plazo, fiables y válidas de las construcciones más importantes. (8)

Etapas de cambio

El constructo etapa es la clave del modelo y representa una dimensión temporal. El cambio implica fenómenos que ocurren en el tiempo. El cambio de comportamiento a menudo interpretado como un evento, es un proceso que progresa a través de cinco etapas.

Precontemplación: Etapa en la que las personas no tienen intención de tomar medidas en el futuro previsible, que se suele medir como los próximos seis meses. Las personas en esta fase no tienen intención real de cambiar y niegan tener algún problema. La mayoría de ellos sólo quiere que las personas a su alrededor cambien. Los pros del cambio de conducta no superan los contra. El cambio se establecería por presión del entorno y al desaparecer éste, el paciente regresa a la conducta de riesgo. (8)(9)

Las personas permanecen en esta etapa debido a mala o poca información sobre las consecuencias de su comportamiento. Pueden haber tratado de cambiar varias veces y desmoralizarse por su poca capacidad para modificar conductas, tienden a evitar la lectura, hablar o pensar en sus comportamientos de alto riesgo, se caracterizan como resistentes, desmotivados o no listos para los programas de promoción de la salud, los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuales son tradicionales a menudo y no están diseñados para este tipo de personas debido a que no se adaptan a sus necesidades. **(8)**

Contemplación: Etapa en la que las personas tienen intención de cambiar en los próximos seis meses. Son más conscientes de los pros, pero también de los contras. Este equilibrio entre costos y beneficios de los cambios puede producir una profunda ambivalencia que puede mantener a las personas atrapadas en esta etapa durante largos períodos de tiempo. Usualmente caracterizan a este fenómeno como la contemplación crónica o el retraso de comportamiento. Las personas en esta etapa reconocen que tienen un problema y comienzan a pensar seriamente en resolverlo. Estas personas no están listas para los programas orientados a la acción tradicionales (8,9)

Preparación: Etapa en la que las personas tienen el propósito de tomar medidas en el futuro inmediato, que se suele medir como el próximo mes. Ellos han tomado típicamente alguna acción significativa en el último año. Estos pequeños cambios aumentan la ansiedad y esto da oportunidad al especialista de tratarla cuando está comenzando, siendo fácilmente manejable. Estas personas tienen un plan de acción. Estas son las personas que se deben reclutar para el abandono del hábito de acción-orientada. (8,9)

Acción: Etapa en la que la persona ha hecho modificaciones específicas en su estilo de vida en los últimos seis meses. Dado que la acción es observable, el cambio de comportamiento a menudo se ha equiparado con la acción. No todas las modificaciones de comportamiento cuentan como la acción en este modelo. La persona debe alcanzar un criterio en que los científicos y los profesionales están de acuerdo que es suficiente para reducir los riesgos de la enfermedad. El peligro para los especialistas trabajando con este tipo de personas es pensar que estas acciones abiertas implican de hecho un cambio real. La etapa de acción es también la etapa en la que la vigilancia contra la recaída es crítica. (8,9)

Mantenimiento: Etapa que se presenta cuando se estabiliza el cambio y su desafío es prevenir una recaída. Aquí no se aplican los procesos de cambio con tanta frecuencia como lo hacen las personas en la acción. Ésta es la etapa más ignorada durante el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tratamiento. En este punto es importante reconocer situaciones de peligro para una recaída y proveer al paciente de alternativas. (8,9)

Las teorías típicas de cambio implican una única medida de resultado univariado de éxito, a menudo discreta. Tales medidas tienen una capacidad limitada para detectar el cambio. Tampoco son sensibles a los cambios sobre las posibles transiciones de etapa. En contraste el modelo transteórico cuenta con una serie de medidas intermedias de resultado y propone un conjunto de construcciones que forman un espacio resultado multivariante e incluye medidas que son sensibles a progresar a través de todas las etapas. Estas construcciones son los pros y los contras de la escala del balance decisional, la autoeficacia o la tentación, y la conducta objetivo. (10,8)

El Balance Decisional refleja un peso relativo de los pros y los contras de cambiar, de la toma de decisiones que incluye cuatro categorías, costes instrumentales, a uno mismo y los demás y la desaprobación de uno mismo y los demás. La escala decisional equilibrio implica ponderar la importancia de los pros y los contras.

La construcción de La autoeficacia representa la confianza específica, siendo aquella que la gente tiene de que puedan hacer frente a situaciones de alto riesgo y sin recaídas a su hábito poco saludable o de alto riesgo.

Esta construcción está representada ya sea por una tentación medida o una construcción de auto-eficacia.

La tentación medida situacional refleja la intensidad de los impulsos para participar en un comportamiento específico, cuando se encuentra en medio de situaciones difíciles. La medida situacional de auto-eficacia refleja la confianza de la persona a no participar en un comportamiento específico a través de una serie de situaciones difíciles.

Existen tres factores que reflejan los tipos más comunes de las situaciones tentadoras: el afecto negativo, situaciones sociales positivas y el deseo. Las medidas tentación / autoeficacia son particularmente sensibles a los cambios que están involucrados en el progreso en las etapas posteriores y son buenos predictores de recaída.

La autoeficacia se representa por una función monótona creciente a través de las etapas, mientras que la tentación es representada por una función monótona decreciente a través de las cinco etapas. (10,8)

Medidas independientes

Dentro de estas tenemos los procesos de cambio, que son actividades encubiertas y abiertas que las personas usan para avanzar a través de las etapas. Proporcionan guías para los programas de intervención, ya que los procesos son las variables independientes que las personas necesitan para aplicar o ser contratados al pasar de una etapa a otra. Los procesos experienciales se utilizan principalmente para transiciones de fase inicial. Los procesos conductuales se usan para las transiciones de fase posterior. Y estos son:

Elevar la conciencia: Implica una mayor conciencia acerca de las causas, consecuencias y remedios para un problema de conducta.

Alivio dramático: Inicialmente produce un aumento de las experiencias emocionales seguido de reducción, afectan si se puede tomar la acción apropiada.

Reevaluación Ambiental: Combina evaluaciones afectivas y cognitivas de cómo la presencia o ausencia de un hábito personal afecta a su entorno social, puede incluir la conciencia de que uno puede servir como un modelo positivo o negativo para los demás.

Liberación social: Requiere aumento de oportunidades sociales o alternativas, especialmente para personas que están privadas u oprimidas.

Auto-reevaluación: combina ambas evaluaciones cognitivas y afectivas de la propia imagen de uno con y sin un hábito poco saludable en particular.

Procesos de Comportamiento

Control de Estímulos: Elimina señales de hábitos no saludables y añade indicaciones para alternativas más saludables.

Relaciones de Ayuda: Incluyen cuidado, confianza, apertura y aceptación, así como apoyo para el cambio de comportamiento saludable.

Contador acondicionado: Aprendizaje de conductas saludables que puedan sustituir problemas de comportamiento.

Gestión de Estrado Prevé consecuencias para adoptar medidas en una dirección particular. Si bien la gestión de refuerzo puede incluir el uso de castigos, se encontró que los auto-cambiadores confían en recompensas por encima de los castigos.

Auto-liberación: Creencia de que uno puede cambiar y el nuevo compromiso para actuar en esa creencia.

Las Intervenciones tradicionales asumen que los individuos están listos para un cambio de comportamiento inmediato y permanente. Las estrategias de reclutamiento reflejan esa suposición y, como resultado, una proporción pequeña de la población participa. El modelo transteórico tiene implicaciones para todos los aspectos del desarrollo de la intervención y la aplicación. Impacta en cinco áreas: reclutamiento, la retención, el progreso, proceso y resultado. Este modelo es apropiado para la contratación de toda la población, como resultado se han logrado muy altas tasas de participación y retención. (10,8)

El modelo transteórico incluye un conjunto de medidas de resultado que son sensibles a una amplia gama de cambios cognitivos, emocionales y conductuales y reconocen y refuerzan pasos más pequeños que los enfoques orientados a la acción tradicionales. (10,8)

El modelo transteórico puede facilitar un análisis de los mecanismos de mediación. Dadas las múltiples construcciones y relaciones claramente definidas, el modelo puede facilitar un proceso de análisis y guiar la modificación y mejora de la intervención. (10,8)

VI. JUSTIFICACIÓN

A pesar de los programas de detección de cáncer cervicouterino establecidos para enfermedad preinvasora, se continúan realizando diagnósticos tardíos, tratamientos poco oportunos y muchas veces solo de tipo paliativo, lo que conlleva a mal pronóstico y menor sobrevida. (11)

En la región de Latinoamérica y el caribe, como proporción de todos los años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cáncer, al cervicouterino le corresponde un 7%. (13)

En México, 2011, se reportaron 2 mil 462 fallecimientos. El cáncer cervicouterino ocupa la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer ocasionando hasta 11 muertes por día afectando al grupo de edad de 25-69 años siendo superado solamente por el cáncer de mama. En México es considerado un problema de salud pública que se presenta principalmente en la población de nivel socioeconómico bajo y frecuentemente se encuentra en estadíos avanzados al momento del diagnóstico.

La marginación social y los prejuicios del sexo femenino se hacen evidentes con la mortalidad a causa de esta enfermedad. La naturaleza que antecede a la prevención es de carácter multifactorial al igual que la dificultad para establecer medidas de prevención específicas, los factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y tratamiento certero, las creencias sobre salud y el acceso a los servicios de salud, así como la educación en comportamientos que promuevan el cuidado de esta. (15) (16)

Aun cuando los servicios de salud han dirigido sus esfuerzos preventivos a los aspectos reproductivos de la mujer, el cáncer cervicouterino figura como una prioridad nacional de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El cáncer cervicouterino afecta a una gran cantidad de mujeres en edad productiva, lo que ocasiona deterioro en la calidad de vida y en su capacidad laboral. A pesar de las estrategias preventivas llevadas a cabo, el propio trabajo puede interferir en el acceso a

programas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno generando enormes gastos por concepto de atención médica y pagos de incapacidad. (17)

La identificación de la distribución y frecuencia de etapas de cambio en la que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cérvico-uterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes nos permitirá conocer en qué etapa de cambio de encuentra cada una de las derechohabientes, lo que sería de gran ayuda para caracterizar la etapa en la que se encuentran, establecer la existencia de variabilidad en la frecuencia y distribución de la dimensión en las etapas de cambio, conocer cual dimensión tiene mayor fuerza de asociación e impacto potencial.

Caracterizar las etapas de cambio. Sentar las bases para que una vez establecida la variabilidad en las dimensiones se desarrolle un estudio analítico, estableciendo si la dimensión se asocia con el comportamiento a partir de los resultados, si hay variabilidad en la frecuencia de distribución, y observar asociaciones para promover un comportamiento positivo.

VII- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VII.1.- Contextualización del problema de estudio.

Área problema: Detección de cáncer cervicouterino.

Objeto de estudio: Identificar la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Sujeto de estudio: Mujeres de 25 a 64 años de edad, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

Contexto: Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

VII.2. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.

México cuenta con una población de 112,336,538 habitantes de acuerdo a las cifras de INEGI 2010, 54,855,231 pertenecen al género masculino, el equivalente al 48.83% del total de la población, y 57,481,307 pertenecen al género femenino, el equivalente al 51.16% del total de la población, por lo que en nuestro país existe un 2.33% de predominio de población femenina.

El estado de Aguascalientes cuenta con 1,184, 996 habitantes, 576,638 pertenecen al género masculino, el equivalente al 48.66% del total de la población y 608,538 pertenecen al género femenino, el equivalente al 51.35% del total de la población, por lo que en nuestro estado existe un 2.68% de predominio de población femenina.

El municipio de Aguascalientes cuenta con 797,010 habitantes, 386,429 pertenecen al género masculino, el equivalente al 48.48% del total de la población y 410,581 pertenecen al género femenino, el equivalente al 51.51% del total de la población, por lo que en nuestro municipio existe un 3.03% de predominio de población femenina.

El IMSS tiene registro de 35,380,021 derechohabientes en los estados unidos mexicanos, 530, 445 pertenecen al estado y 415,917 al municipio de Aguascalientes. (18)

La UMF 1 cuenta con una población total de 111.663 derechohabientes hasta enero del 2014, de estos 46.86% son hombres y 53.16% son mujeres

Esta información nos permite concluir el predominio del sexo femenino a todos los niveles poblacionales.

VII.3 Características educativas en México

En México, al año 2010 el 6.88 % de la población era analfabeta, mientras que en Aguascalientes era de 3.26%, localizándonos debajo de la media nacional.

En México el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.6 años, mientras que en Aguascalientes el grado promedio de escolaridad de la población en este rango de edad es de 9.2 años, lo que equivale a poco más de la secundaria concluída.

El Porcentaje de población en México con estudios máximos de nivel primaria según grupos de edad registrados en el año 2005 corresponde, de 25 a 34 años, 22.2%, 35 a 44 años, 23.8%, 45 a 54 años, 27.4%, 55 a 64 años, 25.1%, mientras que en Aguascalientes corresponde, de 25 a 34 años 23.7%, 35 a 44 años 25.6%, 45 a 54 años 30.1%, 55 a 64 años 9.4%.

El Porcentaje de población en México con estudios máximos de nivel secundaria según grupos de edad registrados en el año 2005 corresponde, de 25 a 34 años 36.6%, 35 a 44 años 30%, 45 a 54 años 19.3%, 55 a 64 años 13%, mientras que en Aguascalientes corresponde, de 25 a 34 años 34.6%, 35 a 44 años 29.8%, 45 a 54 años 19.2%, 55 a 64 años 12.2%.

El Porcentaje de población en México con estudios máximos de nivel medio superior según grupos de edad registrados en el año 2005 corresponde, de 25 a 34 años 15.6%, 35 a 44 años 13.3%, 45 a 54 años 8.4%, 55 a 64 años 4.6%, mientras que en

AGUASCALIENTES

Aguascalientes corresponde, de 25 a 34 años de edad 15.8%, 35 a 44 años 14.5%, 45 a 54 años 9.3%, 55 a 64 años 5.0%.

El Porcentaje de población en México con estudios máximos de nivel superior según grupos de edad registrados en el año 2005 corresponde, de 25 a 34 años, 14.2%, 35 a 44 años 13.3%, 45 a 54 años 12.2%, 55 a 64 años 7.3%, mientras que en Aguascalientes corresponde, de 25 a 34 años 15.2%, 35 a 44 años 14.9%, 45 a 54 años 14.8%, 55 a 64 años 8.7%. (19)

El grado académico es un factor que juega un papel fundamental en la educación en salud, por lo que es de gran importancia el conocimiento de estas cifras dentro de este estudio. Aquí se puede apreciar que en Aguascalientes existe un mayor porcentaje general de estudiantes sobre la media nacional.

VII.4 Características económicas en México:

Existen en el 2 trimestre del 2014, 89,433,937 de personas en México mayores de 14 años, siendo económicamente activas 52,448,710, encontrándose ocupadas 49,702,475, de las cuales 31,026,609 son hombres y 18,675,866 son mujeres. El Porcentaje de población ocupada como profesionales y técnicos en 2010 fué de 17.58%.

Existen en el 3 trimestre del 2014, 935,929 personas en Aguascalientes mayores de 14 años, siendo económicamente activas 543,085, encontrándose ocupadas 509,094, de las cuales 319,176 son hombres y 189,918 son mujeres. El Porcentaje de población ocupada como profesionales y técnicos, 2010 fué de 17.58%.

El salario mínimo es de 63.77 pesos diarios en Aguascalientes y corresponde al área geográfica B, de acuerdo a CONASAMI.

De acuerdo a estas cifras se concluye que la mayoría de la población económicamente activa es ocupada por el sexo masculino, tanto en el estado como en el país (20, 21)

VII.5 Vivienda

Hasta el año 2010, en el país el total de las viviendas particulares habitadas es de 28,607,568 y el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.9%, mientras que en el estado de Aguascalientes el total de viviendas particulares habitadas corresponde a 290,777 y el promedio de ocupantes por vivienda corresponde a 4.1%. Se cuenta con 28,159,373 hogares en México, de los cuales 6,919,206 cuentan con jefatura femenina, lo que equivale a un 24.57% del total nacional, mientras que en el estado de Aguascalientes se cuenta con 289,575 hogares, de los cuales 64,932 cuentan con jefatura femenina, lo que equivale a un 22.42% del total estatal. (20,21)

En Aguascalientes se supera el promedio de habitantes por vivienda comparado a nivel nacional en un 0.2%, el porcentaje de jefatura femenina en el estado es 2.15% por debajo de la media nacional.

VII.6 Servicios de salud en México

En México, al año 2010, 72,514,513 personas cuentan con derechohabiencia a servicios de salud, 35,380,021 corresponde al IMSS, 7,190,494 al ISSSTE y 38,020,372 no cuentan con derechohabiencia a servicio médico. Hay beneficiadas al Seguro Popular 15,394,890 familias.

En el estado de Aguascalientes, al año 2010, 930,149 personas cuentan con derechohabiencia a servicios de salud, 530,445 corresponde al IMSS, 89,001 al ISSSTE y 249,596 no cuentan con derechohabiencia a servicio médico. Hay beneficiadas al seguro popular 140,341 familias.

En Aguascalientes la distribución de la población por derechohabiencia correspondiente al IMSS es de 44.8%, seguro popular 25.6%, ISSSTE 7.5%, otros 2.3%, ninguna 21.1% y 0.4% no especificado. (21)

El IMSS de Aguascalientes cuenta con 11 unidades de medicina familiar, así como dos hospitales de zona, los cuales cuentan con clínica de colposcopia y displasias para la atención del cáncer cervicouterino insitu. (22)

Además cuenta con 3 citotecnólogos, 2 colposcopistas y 2 patólogos. (23)

Se puede concluir que a nivel nacional hasta el año 2010 el porcentaje de la población que no contó con derechohabiencia a nivel nacional es de 34.39%, mientras que en Aguascalientes es de 21.15%, por lo que la cobertura en el estado por las diferentes instituciones supera en 13.24% a la media nacional.

VII.7 Características culturales en México

La esperanza de vida en el 2014 a nivel nacional para hombres es de 72.1 años, y mujeres de 77.5, mientras que en Aguascalientes es de 73.4 para hombres y mujeres de 78.1 años.

Al igual que sucede en otras entidades de México y en otros países del mundo, las mujeres en Aguascalientes viven, en promedio, más que los hombres.

En el año 2012 hubo 585,434 matrimonios y 99,509 divorcios en México, registrándose 6210 matrimonios y 1417 divorcios en Aguascalientes

En este apartado se puede observar que el promedio de vida de las mujeres en Aguascalientes es de 0.6 años más que la media nacional.

VII.8 Religión

En el año 2010, México presenta un 83% de población católica mientras que Aguascalientes presenta un 93%. Lo que nos habla del predominio de esta religión en el territorio de nuestro estado por encima del promedio nacional en un 10%.

(24)

VII.9 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, o delegación de estudio.

Aguascalientes presenta, 23 indicadores que resumen las condiciones de salud de una población de acuerdo a grupos de edad y género, 15 indicadores de Disponibilidad y accesibilidad que muestra la capacidad de respuesta de los servicios de salud para atender las necesidades de la población, dentro del esquema de atención primaria, 5 indicadores de calidad técnica e interpersonal, que responden de manera adecuada a las expectativas de la población con servicios efectivos de salud y procedimientos de atención adecuados cuyo límite superior es el desarrollo tecnológico y científico alcanzado, 1 indicador de aceptabilidad que se logra cuando el individuo se siente satisfecho con la atención recibida, que soluciona sus necesidades y otorga un trato digno y adecuado, 7 de eficiencia que muestran el beneficio a partir de la utilización adecuada de los recursos existentes, 3 indicadores de sustentabilidad, es decir habla de lo sustentable que puede ser el sistema en relación a los recursos presupuestales disponibles fortaleciendo su capacidad de respuesta y 3 anticipatorios en el sentido de prevenir el número de problemas de salud y sociales posteriores. La presentación grafica de estos indicadores de resultado, permite determinar los avances, así como hacer patentes los retos a vencer para alcanzar los niveles óptimos de salud en la población del estado. (25)

Los indicadores médicos que tienen enfoque en cáncer cervicouterino en México son:

Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25 y más años de edad.

Cobertura de detección de primera vez de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años de edad.

Disminución porcentual de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25 y más años de edad. (26)

Con relación a la mortalidad por cáncer del cuello uterino durante el período 2000-2012, disminuyó en 37.6%, al pasar de 18.9 a 11.8 en la tasa y de 4,585 a 3,832 defunciones.

En el periodo 2007-2012 se estableció como meta disminuir la tasa de mortalidad nacional por cáncer del cuello uterino a 10.8, lo cual no fue conseguido al mantenerla un punto por arriba de este nivel, lo que mantiene a México como el país con la mortalidad más alta por cáncer de cuello de uterino dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

(27)

Los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que una mayor proporción de mujeres de 20 a 65 años acudieron en los últimos 12 meses a realizarse una prueba de detección de cáncer cervicouterino en comparación con los resultados de la ENSANUT 2006 y ENSA 2000. Así, en 2012 se encontró que 44.3% de las mujeres de 20 a 65 años acudió a un servicio médico para una prueba de Papanicolaou durante el año previo al levantamiento, mientras que 37.1 y 29.4% lo habían hecho el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2006 y ENSA 2000, respectivamente. Aunada a esta cifra para 2012, se agregan las que fueron a realizarse la prueba para detección del virus del papiloma humano (información no recolectada previamente), con 10.3% de las mujeres de 35 a 50 años (28)

En la ficha de monitoreo 2012 -2013 Se realizaron, 14,893,966 pruebas para la detección de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, resultado superior de 9.10% con respecto de la meta prevista de realizar 13,648,538 pruebas. Estas pruebas realizadas, beneficiaron a un total de 6,247,526 derechohabientes en función de su grupo de riesgo, género y edad, 4.77% más de los 5,963,362.7 derechohabientes previstos. La realización de pruebas permitió entre otras cosas, que la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, alcanzara un porcentaje de cumplimiento de 93.30% al registrarse 6.84 defunciones por cáncer cervicouterino por cada 100,000 derechohabientes mayores de 25 años de edad de las 6.39 defunciones previstas. Este resultado se debe a que existen derechohabientes que acuden a detección en etapa tardía, lo que limita poder realizar una intervención oportuna.

Cabe señalar que se registró un incremento de 1.60% en la identificación de casos con base en las actividades realizadas en el marco del Programa de Cáncer cérvicouterino, a través de las pruebas de citología exfoliativa y determinación del virus de papiloma

humano por el método de biología molecular PCR, al realizarse 514,699 pruebas de Papanicolaou de las 506,568 pruebas programadas. (29)

VII.10 Descripción del sistema de atención de la salud.

VII.10.1 Nivel legislativo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Derecho a la protección de la salud, establecido en el Artículo 4°.

Ley General de Salud

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general la prevención y el control de enfermedades transmisibles.

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene el siguiente objetivo:

Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas. (30)

Ley general de salud del estado de Aguascalientes

Artículo 7°.- El Sistema Estatal de Salud tiene los siguientes objetivos:

I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Estado y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas. (31)

VII.10.2 Nivel Político

Plan nacional de desarrollo 2013-2018

La estrategia 2.3.2. indica hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Sus Líneas de acción son fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y cáncer de próstata. (32)

Programa sectorial de salud 2013-2018

En su objetivo 2. El cual consiste en asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, dentro de la estrategia 2.5 menciona mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cervicouterino, de mama y próstata.

Dentro de sus líneas de acción se encuentran:

2.5.2. Promover la detección temprana de neoplasias malignas

2.5.3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.

2.5.4. Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cérvico -uterino y de mama. (33)

VII.10.3 Nivel Normativo

Secretaría de Salud

Artículo 28.- La Dirección General de Promoción de la Salud tiene competencia para:

II. Definir, con la participación de otras unidades administrativas de la Secretaría, las acciones de promoción de la salud, así como de prevención y control de enfermedades

durante la línea de vida y de prevención de accidentes, sin menoscabo de las atribuciones que les correspondan a aquéllas. (34)

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Artículo 1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvicouterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales.

Artículo 5.1 menciona que la prevención, que incluye la detección, se llevará a cabo por medio de la citología cervical será gratuita en las unidades médicas del Sector Público.

Artículo 5.3 menciona que el diagnóstico presuncional de cáncer cérvico uterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el exámen histopatológico.

Artículo 6. menciona que la prevención del cáncer cervicouterino se realizará por medio de la promoción de la salud y de la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones citológicas.

Artículo 6.1.1 menciona que es parte de las actividades de educación para la salud alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, aunque no sea por escrito, en los casos que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Artículo 6.3.1 menciona que el estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

Artículo 7.1 menciona que el perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente. (35)

NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Dentro del apéndice normativo b es considerado al virus del papiloma humano como una enfermedad transmisible que amerita vigilancia convencional. (36)

VII.10.4 Nivel Operativo

Programa de prevención y control del cáncer de la mujer 2013-2018

El objetivo del programa de acción específico es: contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.

Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.

Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.

Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.

Estrategia 1.1.

Contribuir a la promoción de estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de la mujer.

Líneas de acción: .1.1.3. Fomentar la participación comunitaria de hombres y mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer en la mujer.

Estrategia 1.2.

Fomentar el conocimiento en la población para la identificación de signos y síntomas de cáncer de mama y de cuello uterino.

Líneas de acción:

1.2.1. Difundir los principales signos y síntomas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para promover la búsqueda de atención oportuna.

Estrategia 2.1. Impulsar las acciones de detección de cáncer del cuello uterino y cáncer de mama.

Líneas de acción:

Estrategia 2.2. Fomentar acciones de prevención y detección de cáncer del cuello uterino y de mama en grupos en situación de desventaja social.

Líneas de acción:

2.2.1. Contribuir en las acciones de prevención primaria mediante la vacunación contra serotipos de VPH asociados a cáncer del cuello uterino.

2.2.2. Promover la realización de acciones con enfoque intercultural en población indígena.

2.3.3. Fortalecer la infraestructura de los servicios de detección y diagnóstico en el Programa. (37)

PROGRAMA PROSPERA

El catálogo de servicios, apoyos y reconocimientos que otorga el Programa IMSS-PROSPERA en sus diferentes componentes, es el siguiente:

Componente de salud pública:

Servicios otorgados:

Acciones preventivas para la detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida.

Prevención y control de enfermedades.

Componente Atención a la Salud:

Servicios otorgados:

Medicina Preventiva.

Promoción y educación para la salud.

Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino en los Módulos de Salud Ginecológica. (38, 39)

Dentro del anexo II del paquete básico garantizado de salud se encuentran en las acciones dirigidas a la persona

Se encuentra el servicio prevención y detección del cáncer cervicouterino

Esta acción está dirigida a la población femenina, dentro del grupo de 25 a 64 años de edad en quienes el cáncer cervicouterino es la causa primera de muerte por tumores malignos. En México se considera un problema de salud pública que muestra incremento en su incidencia. Las acciones de prevención y detección constituyen una intervención estratégica que exige la participación de los integrantes del equipo de salud. Y las acciones consisten en:

Educación para la salud: Promoción de la salud a grupos de riesgo, detección oportuna a través del estudio de citología cérvico vaginal, orientado a la identificación temprana de alteraciones en las células del cuello uterino y al manejo oportuno; Control, seguimiento y referencia de las pacientes con resultados positivos.

Dentro de las Acciones de Salud y frecuencia de atención por grupo de edad, sexo y evento de vida.

En las mujeres de 20 a 59 años, al igual que en las mujeres de 60 años y más cada 6 meses se debe proporcionar información sobre cáncer cervicouterino y, si corresponde, toma de papanicolau. (40)

PREVENISSSTE

La Ley General del ISSSTE, (Art. 3) precisa la obligatoriedad de otorgar el seguro de salud que tiene por objeto el proteger, promover y restaurar la salud de la derechohabiente, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad resaltando la atención médica preventiva.

A través del Plan Rector, se consolida el Modelo de Atención Preventiva, PrevenISSSTE, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, de forma incluyente y sustentable, privilegiando las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, alineándose con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud. (41)

PREVENIMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante PrevenIMSS, realiza diversas actividades de promoción de la salud, prevención y detección oportuna del cáncer, a fin de evitar el incremento de casos de esta enfermedad crónica degenerativa. (42)

Se implementó el proceso de mejora de la medicina familiar, que incluye la estrategia Programas Integrados de Salud, diseñada durante 2001 y puesta en operación en 2002. Se trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas entre los que se encuentra el de Salud de la Mujer (de 20 a 59 años) el contenido de los programas se elaboró con base en la magnitud, trascendencia, impacto y vulnerabilidad de los daños o factores de riesgo a prevenir. (43)

Para la prevención primaria de algunos tipos de cáncer, se lleva a cabo la detección del cáncer cérvico uterino se realiza a través de la prueba del Papanicolaou, en mujeres de 25 a 64 años y se han logrado realizar más de tres millones de estas pruebas hasta el año 2013. (44)

Guía de práctica clínica “prevención y diagnóstico oportuno del cáncer cérvicouterino en el primer nivel de atención”

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: Identificación de factores de riesgo para padecer cáncer cérvico uterino.

Acciones específicas, de detección oportuna de cáncer cérvico uterino. (45)

VII.11.- Descripción de la naturaleza del problema.

Actualmente no existen estudios que indiquen la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino, siendo importante este conocimiento para establecer la existencia de variabilidad en la frecuencia y distribución de la dimensión en las etapas de cambio, conocer cual dimensión tiene mayor fuerza de asociación e impacto potencial, así como caracterizar las etapas de cambio. Sentar las bases para que una vez establecida la variabilidad en las dimensiones se desarrolle un estudio analítico, estableciendo si la dimensión se asocia con el comportamiento a partir de los resultados, si hay variabilidad en la frecuencia de distribución, y observar asociaciones para promover un comportamiento.

La Organización Mundial de la Salud, indica que más de 90% de los casos nuevos de cáncer cervicouterino ocurren en los países subdesarrollados. La sobrevida en mujeres con cáncer cervicouterino está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la posibilidad de acceso a programas de detección precoz y tratamiento.

En México existe una elevada morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino debido a las disparidades sociales. Se ha observado que el lugar de residencia, grupo étnico, nivel socioeconómico y acceso a la seguridad entre otros factores se encuentran asociados a las mujeres que padecen cáncer cervicouterino. (46)

Hasenyager C. (1999) en su estudio” El conocimiento de la detección del cáncer de cuello uterino entre mujeres que acuden a un centro de salud de la universidad se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino.(47,48)

Charles Huamani y cols. (2008) en su artículo “Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolau en mujeres de Lima Perú” demuestra que un mayor nivel de conocimientos está relacionado con una mayor probabilidad de uso del Papanicolau y con ello un diagnóstico precoz. (49)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Lindsau, ST y cols (2002) en su artículo “La asociación de alfabetismo en salud con conocimientos en prevención de cáncer cervical y comportamientos en salud en mujeres de diversas etnias,” encontraron que Las mujeres con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. (50, 51)

Lewis M. y cols (2004) en su estudio “Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América latina y el caribe” encontraron que el cáncer cervicouterino es una entidad que se presenta en mujeres en edad reproductiva y es la causa de hasta un 50 % de todas las defunciones por neoplasia en la mujer. El pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida. Afecta a todas las poblaciones del mundo y ocupa el segundo lugar como causa de muerte en países subdesarrollados. (52)

Mateu-Aragonés J. y cols (1982) en su estudio “Epidemiología del cáncer cervical” encontró que la incidencia más elevada del cáncer de cuello uterino está entre los 40 a 60 años, con un promedio de 45 a 55 años, sin embargo, desciende notablemente después de los 60 años. La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 y 40 años y el invasivo entre los 40 a 50 años. (53)

Entre los factores de riesgo para este tipo de cáncer se ha encontrado una correlación lineal con la actividad sexual, es 4 veces más frecuente en las prostitutas, y en las mujeres que inician actividad sexual antes de los 17 años se constata un riesgo 5 veces mayor que en las mujeres cuyo primer coito es después de los 23 años. (54,55)

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta hasta cinco veces.

Se ha demostrado cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. (56)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Smith J. y cols. (2003) En su artículo cáncer cervical y uso de anticonceptivos hormonales concluyeron que El riesgo relativo de carcinoma de cérvix aumenta proporcionalmente con la duración del uso de anticonceptivos orales, el uso prolongado se asocia a un mayor riesgo de carcinoma cervical, que sin embargo, disminuye con la suspensión del uso de los anticonceptivos orales. (57)

Moreno V. y cols (2002) En su estudio efecto de los anticonceptivos orales en el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección por virus del papiloma humano refiere que se ha observado que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. (58,59)

Existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B*07 y HLA-B*0302 para la presencia de cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas asociadas al virus del papiloma humano.

Se han encontrado diferencias raciales, con mayores tasas de lesión intraepitelial en mujeres afroamericanas y de ascendencia negra que en las de raza blanca.

(60)

Ricardo Ortiz Serrano y cols. (2004) en su artículo “**Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino**”, encontraron que Las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir el virus del papiloma humano y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas. (60)

Lorena Tourinho de Lucena y cols (2011) en su artículo “**Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino en Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil**” encontraron que en promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. En lo concerniente a la relación entre la religión y la realización de medidas preventivas, las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres que frecuentan instituciones religiosas están más propensas a realizar acciones preventivas, como el examen preventivo de cáncer de cuello de útero. (61) (62)

VII.12 Descripción de la gravedad del problema

El cáncer cérvico-uterino es uno de los padecimientos más frecuentes entre la población femenina en el mundo. Se calcula que cada año se diagnostican 466 mil nuevos casos de cáncer cérvico-uterino y que se producen alrededor de 300 mil muertes al año. De igual forma, representa la segunda causa de muerte en países subdesarrollados. (16)

En el ámbito internacional, se han tratado de identificar los costos económicos que el cáncer cervicouterino impone a los sistemas de salud. Los resultados varían notablemente debido a diferencias en la práctica médica habitual y en los costos unitarios de los recursos utilizados. (62)

Felicia Marie Knaul (2009) en su artículo Cáncer de mama en México refiere que En la región de Latinoamérica y el caribe, como proporción de todos los años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cáncer, al cáncer cervicouterino le corresponde un 7%. (13)

En México, 2011, se reportaron 2 mil 462 fallecimientos. Ante esto, el cáncer en el cuello del útero se ha colocado como la segunda causa de fallecimiento entre las mujeres mexicanas de 35 a 45 años de edad. (63)

Las enfermedades oncológicas en México representan grandes gastos para los institutos de salud que brindan atención médica, debido a que en el país no existe una educación adecuada y una cultura de prevención. (16)

Según el Instituto de Salud del Estado de México En general, cada dos horas muere una mujer por cáncer cérvico-uterino. (64)

La marginación social y prejuicios del sexo femenino se hacen evidentes con la mortalidad a causa de esta enfermedad. La naturaleza que antecede a la prevención es de carácter multifactorial. También lo es la dificultad para establecer medidas de

prevención específicas, los factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y tratamiento certero, las creencias sobre salud y el acceso a los servicios de salud, así como la educación en comportamientos que promuevan el cuidado de la salud, con el fin de no tener que solucionar estos problemas con tratamientos innecesarios (16)

Aun cuando los servicios de salud han dirigido sus esfuerzos preventivos a los aspectos reproductivos de la mujer, el cáncer cervicouterino figura como una prioridad nacional de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En trabajadoras con seguridad social se ha informado una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 4.4/100 000, lo que representa la primera causa de muerte entre trabajadoras aseguradas.

El cáncer cervicouterino afecta a una cantidad importante de mujeres en edad productiva, ocasionando un deterioro en su calidad de vida y en su capacidad laboral. A pesar de las estrategias preventivas llevadas a cabo, muchas veces el propio trabajo puede interferir en el acceso a programas de prevención, de diagnóstico y tratamiento oportuno generando enormes gastos por concepto de atención médica y pagos de incapacidad. (65)

Como referencia puede señalarse el presupuesto anual del Sector Salud en 1994 para los programas de tamizaje, que fue de 47.4 millones de dólares. Más de la mitad de las actividades del programa serán cubiertas por la SSA, y casi otro tanto por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Desde el inicio de la vida sexual hasta la muerte, la mujer promedio se someterá, por lo menos a cinco citologías, y en 7% de ellas habrá un diagnóstico positivo a displasia o cáncer in situ que se verá acompañado de estudios y manejo especiales. Cada muestra negativa representa un costo unitario de USD \$ 11.6, y en el caso positivo, se agregan USD \$ 49.3. Considerando la mortalidad actual, el costo de cada muerte evitada será de USD \$ 9 654.7.

La trascendencia de cada muerte prematura evitada es intangible pues redundante principalmente en cambios en la dinámica familiar. Nuestra estimación adjudica un valor económico, derivado de salarios perdidos, estimando las pérdidas en un monto anual de 77 millones de dólares. (66,67)

En Aguascalientes se registraron 34 defunciones en el año 2009. La registrada en el año 2008, en que acontecieron 21 defunciones, alcanzó una de las menores tasas de defunción en el país, con 7.25, garantizando el cumplimiento de meta, ya que en el programa sectorial de salud, se estableció la meta para el año 2012 de disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad, utilizando como punto de partida la tasa registrada en 2006, no debiendo ocurrir más de 11 defunciones por cien mil mujeres en este grupo de edad. Esto colocó a nuestro estado como el primero en menor incidencia de defunciones por este padecimiento en el año 2008, de acuerdo al preliminar del SEED 2008, publicado en el documento de Rendición de Cuentas en Salud 2008.

La condición de aseguramiento influye en el riesgo de morir por este cáncer. El riesgo de las mujeres sin seguridad social es 2.3 veces más alto que el de la población de mujeres de PEMEX y 1.7 veces más alto que el riesgo de las mujeres afiliadas al seguro popular de salud.

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud prioritario no únicamente por su magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100 % y es también curable cuando se detecta en etapas tempranas. (68)

VII. 13.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.

En México se observó que la presencia de hombres como proveedores de salud era un factor de disuasión para las mujeres que buscaban una prueba de papanicolau. (69)

Algunos de los factores que favorecen que las mujeres se tomen el Papanicolau son: el grado de conocimiento, la presencia de síntomas ginecológicos, la edad mayor de 30 años, el mayor nivel socio-económico y el tener seguro de salud.

(70)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Uno de los principales factores que determinan la utilización de papanicolau en México, es el conocimiento de la utilidad de la prueba, ya que incrementa en seis veces la probabilidad de su uso. Se observa relación directamente proporcional entre la prevalencia de utilización de papanicolau y el nivel de escolaridad de las mujeres y de sus parejas sexuales. Otro importante factor predictor para la utilización de la prueba es el consentimiento de la pareja sexual masculina a la exploración ginecológica de la mujer. Se ha visto que en el área rural la pareja masculina rechaza la utilización del tamizaje cuando la persona que toma la muestra para papanicolau es un varón, y asimismo la pareja masculina puede no permitir que la mujer acuda a la exploración ginecológica porque no se encuentra involucrado o porque no tiene claro cuál es su contribución al cuidado de aquella. Por el contrario, la prevalencia de uso del papanicolau se incrementa cuando la pareja sexual masculina está de acuerdo con la exploración ginecológica.

Otros factores asociados con la participación en el tamizaje cervical con la prueba del papanicolau son el que exista un antecedente de haberse utilizado los sistemas de salud para la planificación familiar y el antecedente de una historia de infección vaginal, y entre los obstáculos hallados en los estudios realizados en México se encuentra el pudor o la falta de tiempo. (71)

VII.14.- Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente.

Actualmente existen estudios que aplican el modelo transteórico para detección de cáncer en cuello uterino en mujeres vietnamitas americanas, sin embargo, Posterior a una búsqueda exhaustiva en plataformas como Ovid, Medline, Pubmed, Cochraine, Conricyt, etc. Se encuentra poca información acerca de estudios similares sobre etapas de cambio para la detección de cáncer cervicouterino, no encontrándose ningún estudio hasta el momento realizado en la población de México o Aguascalientes.

VII.15 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema

Campbell-stennett y colaboradores (2009) en su artículo **¿Están preparadas las mujeres para una prueba de VIH?** Cuyo objetivo es identificar los factores que influyen sobre la etapa de cambio en relación con la prueba de VIH en mujeres (16-45 años) en Westmoreland, mediante la utilización del modelo transteórico del comportamiento, se concluyó que a la mayoría de las mujeres les faltaba autoeficacia, ya que no eran capaces de mantener el comportamiento y no reconocían su importancia en ausencia del embarazo, necesitándose intervenciones a fin de poner las miras en las mujeres no embarazadas, especialmente adolescentes y mayores de 25 años.

Berhane A y cols (2015) en su artículo **” Participación de los hombres en el programa de planificación familiar en el norte de Etiopía: Una aplicación del modelo transteórico”** tuvo como objetivo utilizar el modelo de comportamiento Transteórico para evaluar la participación del hombre en la planificación familiar. Se concluyó que los consejeros tienen que entender que el cambio de comportamiento es un proceso que ocurre en una serie de etapas, por lo que puede facilitar los cambios de comportamiento con diversas estrategias. Educadores de la salud necesitan desarrollar componentes educativos que respondan a las etapas de cambio. (73)

Eva Van Leer y cols. (2008) en su artículo **“Modelo transteórico de salud de etapas de cambio aplicado a terapia de la voz “** tiene como objetivo aplicar el modelo transteórico con el proceso de la terapia de voz, proporcionar un marco de organización para la comprensión del cambio de comportamiento en esta terapia, explicar cómo pueden surgir problemas de adherencia al tratamiento y proporcionar estrategias para reevaluar informalmente la preparación del paciente y facilitar el cambio del comportamiento. Se concluyó que el modelo transteórico ofrece un modelo práctico de cambio de comportamiento intencional que puede llevar relevancia para expresar la terapia. (74)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Paul Aveyard y cols (1999) en su artículo “**Ensayo cerrado controlado aleatorio de sistema experto basado en el modelo transteórico (etapas de cambio) para la prevención y el abandono del tabaquismo en las escuelas**”, tiene como objetivo examinar si un programa de un año de duración basado en el modelo transteórico de cambios del comportamiento, que incorpora tres sesiones utilizando un programa informático de sistemas expertos y tres lecciones de clase, podría reducir la prevalencia del tabaquismo en la adolescencia. Se concluyó que la intervención de prevención de tabaquismo y la cesación basada en el modelo transteórico, como se entrega en este juicio, no es eficaz en niños de edad escolar 13-14 años de edad. (75)

Tung WC y cols (2008) en su artículo “**Aplicación del modelo transteórico para la detección del cáncer del cuello uterino en las mujeres vietnamitas americanas**” describe el comportamiento de mujeres en el examen de cribado de citología en mujeres vietnamitas americanas para examinar si los constructos del modelo transteórico son aplicables a las mujeres vietnamitas americanas en relación con las pruebas de papanicolau.

Los resultados apoyan algunos de los supuestos del modelo transteórico, pero plantean preguntas sobre las relaciones predichas entre etapas de cambio y la autoeficacia. (76)

Lee HJ, y Colaboradores (2005) en su artículo “**Análisis de escenario de comportamiento en las pruebas de papanicolau con modelo transteórico**”, evalúan las relaciones entre las características sociodemográficas, hábitos de salud, niveles de pros y los contras y etapas de cambio en la prueba de papanicolau para el cáncer cervicouterino. De acuerdo con los resultados del análisis de logística entre los grupos activo y de recaída, los que tenían 60 años o más, miembros del Seguro Nacional de salud, y los que no se habían sometido a un examen de salud dentro de los últimos 2 años presentaron una mayor proporción de probabilidades de estar en el grupo de recaída. En conclusión, los planificadores sanitarios deben informar a las mujeres en el grupo de pasivo de los beneficios y la necesidad de la prueba de Papanicolaou. (77)

VII.16.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema.

Por medio de este estudio se pretende identificar la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad para realizarse detección de cáncer cérvico uterino por medio del papanicolau en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes, con la finalidad de establecer la existencia de variabilidad en la frecuencia y distribución de la dimensión en las etapas de cambio, conocer cual dimensión tiene mayor fuerza de asociación e impacto potencial.

Sentar las bases para que una vez establecida la variabilidad en las dimensiones se desarrolle un estudio analítico, estableciendo si la dimensión se asocia con el comportamiento a partir de los resultados, si hay variabilidad en la frecuencia de distribución, y observar asociaciones para promover un comportamiento.

VII.17.- Pregunta de investigación.

¿Cuál es la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes?

VIII.-OBJETIVOS.

VIII.1.- Objetivo General

Identificar cuál es la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

VIII.1.1.- Objetivos Específicos

- 1.- Identificar distribución y frecuencia de las pacientes en etapa de precontemplación de acuerdo al modelo transteórico.
- 2.- Identificar distribución y frecuencia de las pacientes en etapa de contemplación de acuerdo al modelo transteórico.
- 3.-Identificar distribución y frecuencia de las pacientes en etapa de preparación de acuerdo al modelo transteórico.
- 4.-Identificar distribución y frecuencia de las pacientes en etapa de acción de acuerdo al modelo transteórico.
- 5.-Identificar distribución y frecuencia de las pacientes en etapa de mantenimiento de acuerdo al modelo transteórico.

IX.- HIPOTESIS

IX.1.- Hipótesis alterna general

h1.-El modelo transteórico sirve para identificar la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

IX.1.1.- Hipótesis nula general

h0.- El modelo transteórico no sirve para identificar la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

IX.2.- Hipótesis alternas específicas.

- H1.-El modelo transteórico Identifica a las pacientes en etapa de precontemplación.
- H2.-El modelo transteórico Identifica a las pacientes en etapa de contemplación.
- H3.-El modelo transteórico Identifica a las pacientes en etapa de preparación.
- H3.-El modelo transteórico Identifica a las pacientes en etapa de acción.

H4.-El modelo transteórico Identifica a las pacientes en etapa de mantenimiento.

IX.2.1.- Hipótesis nulas específicas

H01.-El modelo transteórico no Identifica a las pacientes en etapa de precontemplación.

H02.-El modelo transteórico no identifica a las pacientes en etapa de contemplación.

H03.-El modelo transteórico no identifica a las pacientes en etapa de preparación.

H04.-El modelo transteórico no Identifica a las pacientes en etapa de acción.

H05.-El modelo transteórico no Identifica a las pacientes en etapa de mantenimiento.

X.- MATERIAL Y MÉTODOS

X.1. -Diseño de estudio

Se realizará un diseño descriptivo transversal simple

X.2.- Población de estudio.

Mujeres de 25 a 64 años de edad, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

X.3.- Universo de trabajo.

Mujeres de 25 a 64 años de edad usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

X.4.- Unidad de análisis.

Mujeres de 25 a 64 años de edad usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes que acudan a cita en el mes de diciembre.

X.5.- Criterios de inclusión.

1.-Se incluyeron todas las mujeres de 25 a 64 años de edad, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

2.-Aquellas que participaron de forma voluntaria.

3.-Aquellas que firmaron la carta de consentimiento informado.

X.5.1.- Criterios de no inclusión.

- 1.- No se incluyeron aquellas pacientes fuera del rango de edad.
- 2.-Pacientes de sexo masculino.
- 3.-Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- 4.- Pacientes que se encuentren embarazadas.

X.5.2.- Criterios de eliminación

- 1.- Quienes no contestaron un 100% del total de la encuesta aplicada.
- 2.- Pacientes que no contestaron adecuadamente el cuestionario.
- 3.- Pacientes que se retiraron del estudio de forma voluntaria.

X.6.- Muestreo.

El tipo de muestreo fue de tipo no aleatorio por conveniencia, en mujeres de 25 a 64 años de edad usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes en el mes de diciembre del 2015.

X.7.- Validez de instrumento

Se creó un instrumento de tipo cuestionario obtenido de la operacionalización del modelo transteórico en base al marco teórico de Prochaska y DiClemente, el cual consta de 3 ítems por cada etapa del modelo (precontemplación contemplación preparación, acción y mantenimiento) con un total de 15 preguntas y 5 opciones de respuesta basadas en la escala de Likert que son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

X.7.1.- Validez de contenido

Se realizó por medio de un juicio de expertos para verificar que los ítems del instrumento presentaran congruencia con el universo del contenido, adecuada redacción, tendenciosidad y sesgo en los ítems. Se entregó a cada experto información escrita con la finalidad del estudio, conceptualización del universo de contenido y operacionalización. Se entregó un instrumento a cada juez que contenía por cada ítem congruencia ítem-dominio, claridad, tendenciosidad y observaciones.

Posterior al análisis de los instrumentos de validación se concluyó que los ítems son congruentes, adecuadamente redactados y sin tendenciosidad. Dentro del análisis de los instrumentos de validación se determinó que los ítems que contaban con 100% de congruencia, claridad y ausencia de tendenciosidad se incluyeron en el instrumento, aquellos con coincidencia parcial fueron reformulados y nuevamente validados, mientras que aquellos donde existió coincidencia desfavorable fueron excluidos.

X.7.2.- Validez aparente.

Se realizó por medio de un grupo de 9 mujeres usuarias de entre 25 y 64 años de edad, con diferentes características en cuanto a escolaridad, ocupación y procedencia para lograr una muestra representativa en la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes, que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar por medio del consentimiento informado. Se realizó una sesión con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de la lista de cotejo, exponiéndolo a las pacientes que se citaron en el aula de investigación para que de forma conjunta, posterior a algunas correcciones y observaciones se concluyera que es adecuada entre lo que se explica y lo que se busca medir.

X.7.3.- Validez de constructo.

Se realizó mediante SPSS, Se validó distribución normal con curtosis y aplanamiento, Se utilizó un análisis factorial de componentes principales para considerar que el instrumento es útil para su aplicación. Se evaluaron las propiedades psicométricas del resultado que cada ítem explica más 10% de la varianza en cada dimensión. Cada factor contiene por lo menos 3 ítems. Los resultados se sometieron a base de datos y se trabajaron con el SPSS V21.

X.8.- Técnica de recolección de datos.

Se llevó a cabo a través de un cuestionario de preguntas de identificación y 15 preguntas acerca del modelo para cada paciente, en el que se tiene la ventaja de que las preguntas pueden ser controladas y guiadas por el encuestador.

Al abordar a la usuaria, se le explicó que fué seleccionada para la realización de la encuesta “Distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la UMF 1 delegación Aguascalientes”. Se le dió a conocer la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmara si estaba de acuerdo en contestar. Posteriormente, se realizó la encuesta, teniendo la seguridad de que la encuestada entendió la pregunta, así como las respuestas.

El cuestionario constó de 11 preguntas de identificación entre las cuales se incluye la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, inicio de relaciones sexuales, turno en el que acuden a la toma, procedencia, antecedentes personales y familiares de cáncer cervicouterino, y dependencia económica, además 15 preguntas cuya finalidad fué ubicar a las pacientes en la etapa del modelo transteórico según su disposición ante la realización del papanicolau.

Se utilizó la estadística descriptiva para las variables distribución y frecuencia de etapas de cambio por medio de frecuencias y tasas, usando además la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión, se realizó una base de datos en Excel y se sometió al programa SPSS 21.

Se utilizó el cuestionario elaborado para obtener información acerca de sus características sociodemográficas, posteriormente se aplicó el cuestionario tipo escala de Likert, compuesto por 15 ítems, 3 ítems corresponden a cada una de las etapas del modelo transteórico, con opción de respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Con la finalidad de conocer en qué etapa del modelo transteórico se encontraban las pacientes de acuerdo a sus respuestas.

Una vez recolectada la información se procedió a utilizar el SPSS 21 para captura de los datos verificando que existiera varianza.

Se sacaron conclusiones en base a la edad, escolaridad, estado civil, turno en que acuden las pacientes, antecedentes personales y familiares de cáncer cervicouterino, educación, religión, dependencia económica, ocupación, opciones en las cuales se le solicitó que subrayara la respuesta que le correspondía utilizando a escala de Likert de 5 puntos, indicando la afirmación que describiera su respuesta, pudiendo ser totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Una vez obtenidas las respuestas, se valorará la distribución y frecuencia de las

etapas de cambio en que se encontraron las usuarias, además de obtener los datos sociodemográficos relacionados con estas y se obtuvieron conclusiones a partir de los resultados.

X.9.- Procesamiento de datos y análisis estadístico

La descripción general de las características sociodemográficas se realizaron con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas mientras que para las variables continuas media y desviación estándar.

X.10.- Logística.

Posterior a la autorización del comité local de investigación, por medio de un oficio realizado por el coordinador delegacional de investigación en salud se informó a la autoridades del HGZ1 sobre los objetivos del estudio y se dió a conocer el instrumento usado para la recolección de datos, dando aviso sobre estancia, horarios y lugar de aplicación de las encuestas a las mujeres de 25 a 64 años de edad derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes, que participaron de forma voluntaria, durante el mes de diciembre del 2015.

Antes de la realización, a las pacientes que aceptaron que se les aplicaran las encuestas, se les dió a leer y firmar la carta de consentimiento informado. Una vez firmada la carta, se aplicaron los cuestionarios que las ubicaron en las diferentes etapas del modelo transteórico, asegurándose que las entrevistadas entendieran las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados todos los cuestionarios se procedió a capturarlas en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

Las características sociodemográficas se obtuvieron al realizar la entrevista a las usuarias de de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- 1.- Femenino de 25-64 años de edad.
- 2.-Aquellas que participaron de forma voluntaria.

3.-Aquellas que firmaron el consentimiento informado.

anotándose inicialmente su rango de edad, dependiendo la edad de la paciente, entre 25-44 ó 45-64.

4.- Se solicitó que seleccionara el inciso que describía su estado civil a elegir entre soltera, casada, viuda, divorciada y unión libre.

5.-Se solicitó que seleccionara el inciso que describía si ya inició vida sexual o no.

6.-Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la presencia o no de antecedentes familiares de cáncer cervicouterino.

7.-Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la presencia o no de antecedentes personales de cáncer cervicouterino.

8.- Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la religión a la que pertenece, teniendo como opciones : católica, cristiana atea, u otra.

9.- Se solicitó que seleccionara el inciso acerca del grado de educación que alcanzó hasta el momento, siendo opciones primaria, secundaria, preparatoria o técnico, universidad, postgrado y ninguno.

10. Se solicitó que la paciente seleccione el inciso que mencione su procedencia, Aguascalientes capital, municipios u otra.

11.- Se solicitó que mencionara el turno en que normalmente acude a consulta, siendo opciones matutino y vespertino.

12.-Se solicitó que mencionara de quién depende su economía familiar, siendo opciones de ella misma, de su esposo, de ambos, de los padres, de un hijo o de otros.

13.- Se solicitará que mencione su ocupación, como opciones dedicarse al hogar, trabaja, estudia, es jubilada ó pensionada.

Posteriormente Se solicitó a la paciente que marcara del 1 al 5 la opción que expresara mayormente su sentir respecto a la pregunta, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. El manual operacional se describe en anexos.

En la pregunta número 1, perteneciente a precontemplación, ¿No tuvo intención de pensar en realizarse un papanicolau en los últimos seis meses?, siendo una aseveración negativa se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 2 perteneciente a precontemplación ¿No tuvo intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en los últimos 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 3 perteneciente a precontemplación ¿No tuvo intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en los últimos 6 meses? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 4 perteneciente a la etapa de contemplación ¿ Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 5, perteneciente a la etapa de contemplación ¿ Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 6 perteneciente a la etapa de contemplación ¿ Tiene intención de pensar acerca de la toma del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 7 perteneciente a la etapa de preparación ¿ Tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en un periodo de 1 mes o menos? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 8 perteneciente a la etapa de preparación ¿ Tiene intención de buscar información acerca de las consecuencias que trae consigo no realizarse el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

papanicolau, en un periodo de un mes o menos? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 9 perteneciente a la etapa de preparación ¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo de 1 mes o menos? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 10 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 11 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 12 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 13 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de realizarse un nuevo papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 14 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 15 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

Al finalizar las encuestas se guardará la información en una base de datos de Excel para procesar posteriormente los datos por medio del programa estadístico SPSS 21, para analizar e interpretar los datos obtenidos.

X.11.- Plan de procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó la estadística descriptiva para las variables distribución y frecuencia de etapas de cambio por medio de frecuencias usando además la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión, se realizó una base de datos en Excel y se sometieron al programa SPSS 21.

Se utilizó el cuestionario elaborado para obtener información acerca de sus características sociodemográficas, posteriormente se aplicó el cuestionario tipo escala de Likert, compuesto por 15 ítems, 3 ítems corresponden a cada una de las etapas del modelo transteórico, con opción de respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Con la finalidad de conocer en qué etapa del modelo transteórico se encuentran las pacientes de acuerdo a sus respuestas. Se realizó una sumatoria de los resultados obtenidos en cada etapa y se dividió entre el número de ítems siendo positivo para la etapa al ser igual a 3 o superior. De lo contrario se colocó a la paciente en la etapa correspondiente.

Una vez recolectada la información se procedió a utilizar el SPSS 21 para captura de los datos verificando que existiera varianza.

Se sacaron conclusiones en base a la edad, escolaridad, estado civil, turno en que acuden las pacientes, antecedentes personales y familiares de cáncer cervicouterino, educación, religión, dependencia económica, ocupación, opciones en las cuales se le solicitó que subrayara la que le correspondiera. Utilizando a escala de Likert de 5 puntos, indicando la afirmación que describiera su respuesta, pudiendo ser totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de

acuerdo. Una vez obtenidas las respuestas, se valoró la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias, además de obtener los datos sociodemográficos relacionados con estas y se obtuvieron conclusiones a partir de los resultados.

La descripción general de las características sociodemográficas se realizaron con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas mientras que para las variables continuas media y desviación estándar.

X.12.- Aspectos éticos.

En base al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la salud, vigente en el país, El proyecto se apego conforme al título segundo, artículo 17 categoría "I" que se refiere : Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifiquen y no se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo la investigación no viola ninguna recomendación y participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41 asamblea Médica Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo Escocia, Octubre 2000 y la nota de clasificación del párrafo 29 agregada por la asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El trabajo se apegará Por referirse a un protocolo en el área médica a lo establecido en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. En este estudio según lo establecido por el artículo 13 y dignidad de los pacientes, evitando hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurando la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación es considerada sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no incluye procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa carta de consentimiento informado.

X.13.- Recursos e infraestructura.

Se utilizó un instrumento realizado en base a las etapas de cambio del modelo transteórico para ubicar la fase en la cual se encuentran las pacientes; de tipo cuestionario, el cual fué previamente validado, los resultados se sometieron a la base de datos y se trabajaron con el SPSS V21.

X.13.1.- Recursos humanos.

Médico tesista con experiencia en base a la especialidad en medicina familiar. Asesores Dra Ana Hortensia López, docente de la especialidad en medicina familiar, cuenta con maestría en educación y experiencia como asesora en investigación y Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar con experiencia como asesor en investigación.

X.13.2.- Materiales.

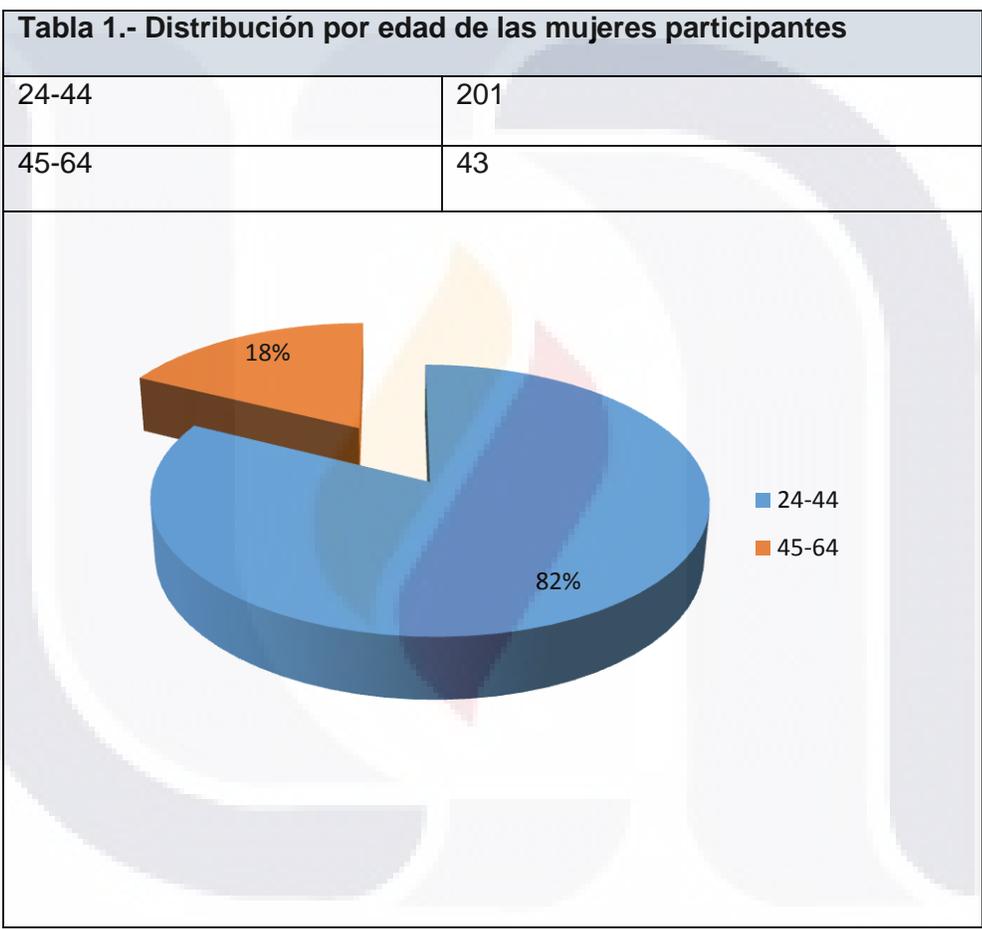
Papel, lápices, impresora, fotocopidora, USB, computadora con internet, programas como: Excel, Word, Adobe, PDF Y SPSS 21. Costos de transporte, aula de la unidad de investigación. Computadora con programa con acceso a expedientes, red informática del IMSS. Tiempo a desarrollarse, 6 meses.

Recursos económicos: No se requiere apoyo económico.

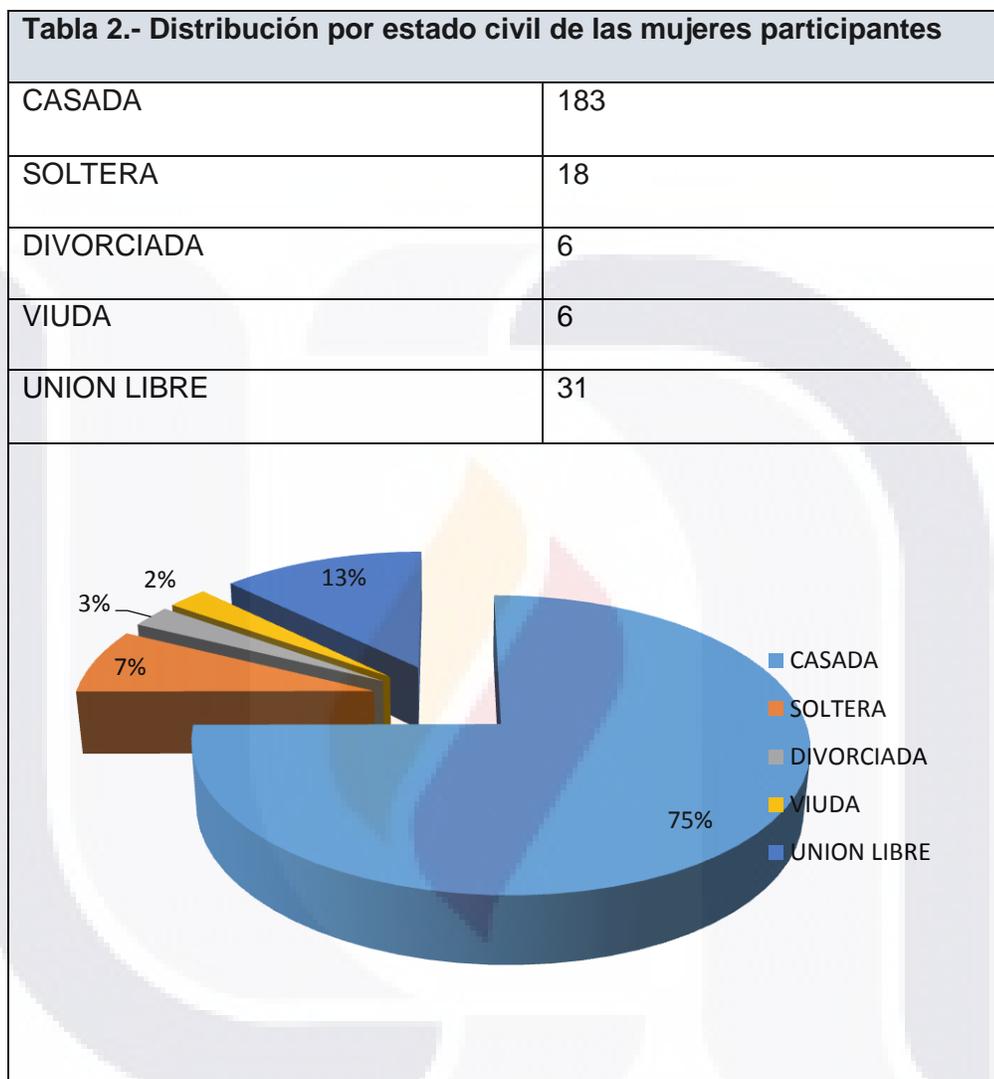
XI.- RESULTADOS

XI.1.- Características sociodemográficas de las mujeres participantes.

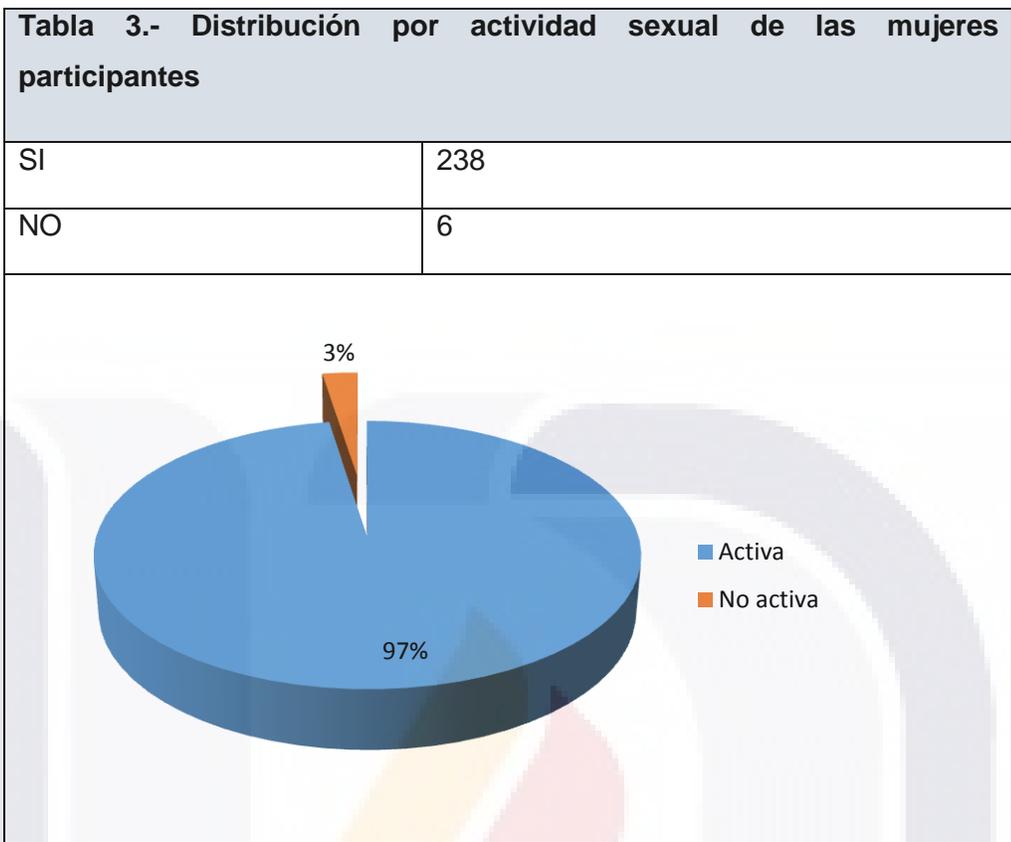
Las pacientes participantes en este estudio se encontraron en su mayoría en el rango de edad de 24 a 44 años con un total de 201 pacientes, mientras que solo 43 del total de ellas estaban en el rango de edad de 45 a 64 años. (Tabla 1)



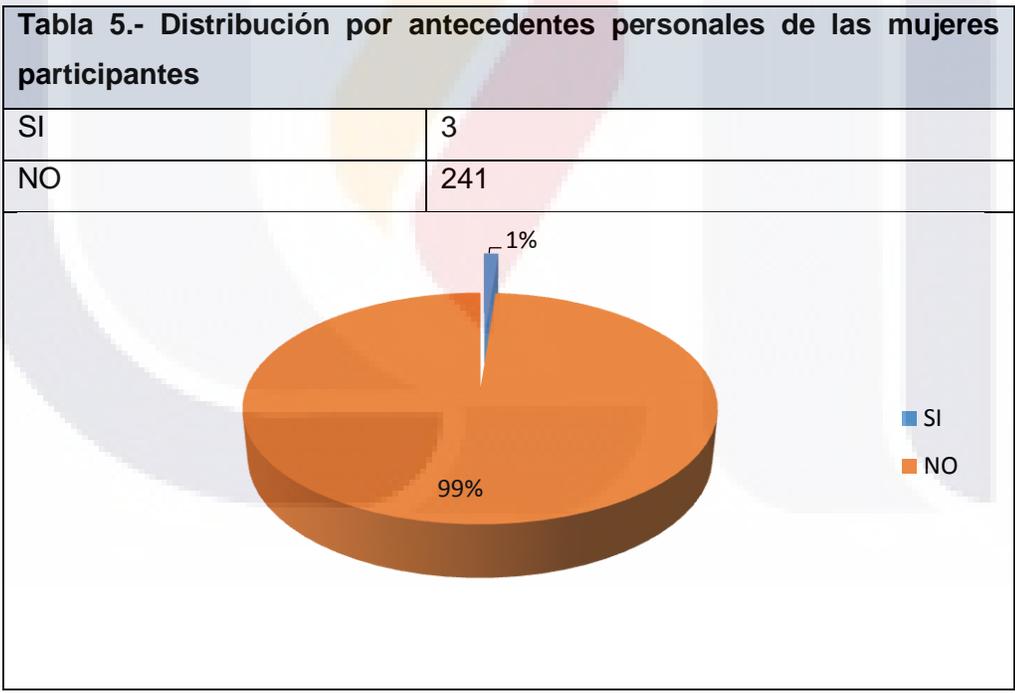
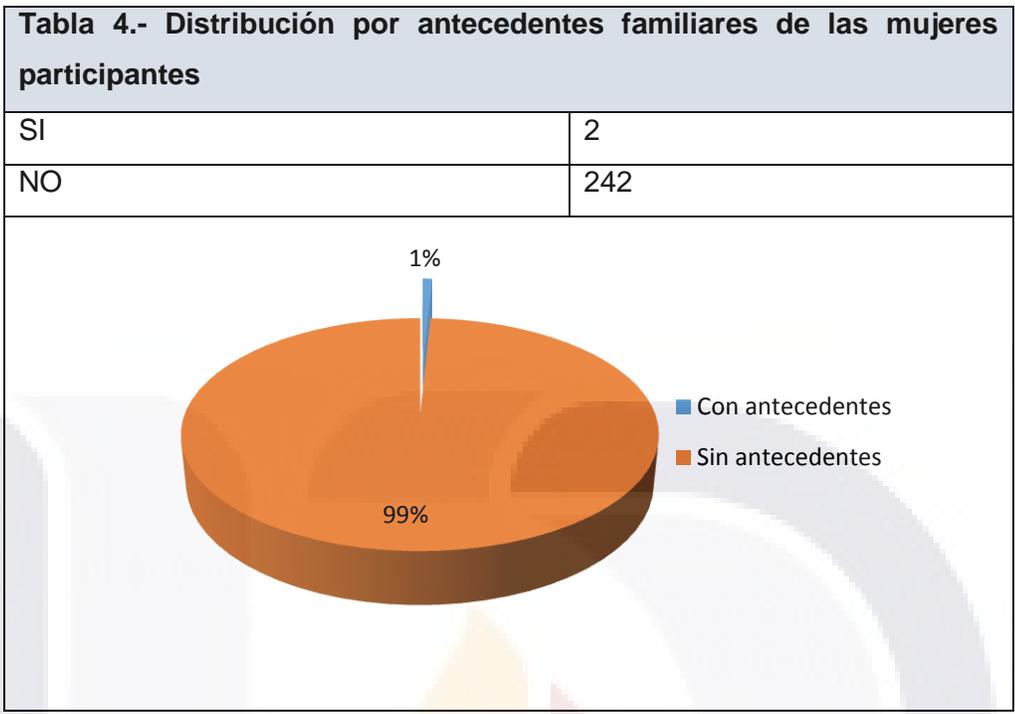
De las mujeres participantes el 75% eran casadas, 12.7% se encontraban en unión libre y el resto de ellas se distribuían en estado civil de solteras, casadas y viudas (Tabla 2)



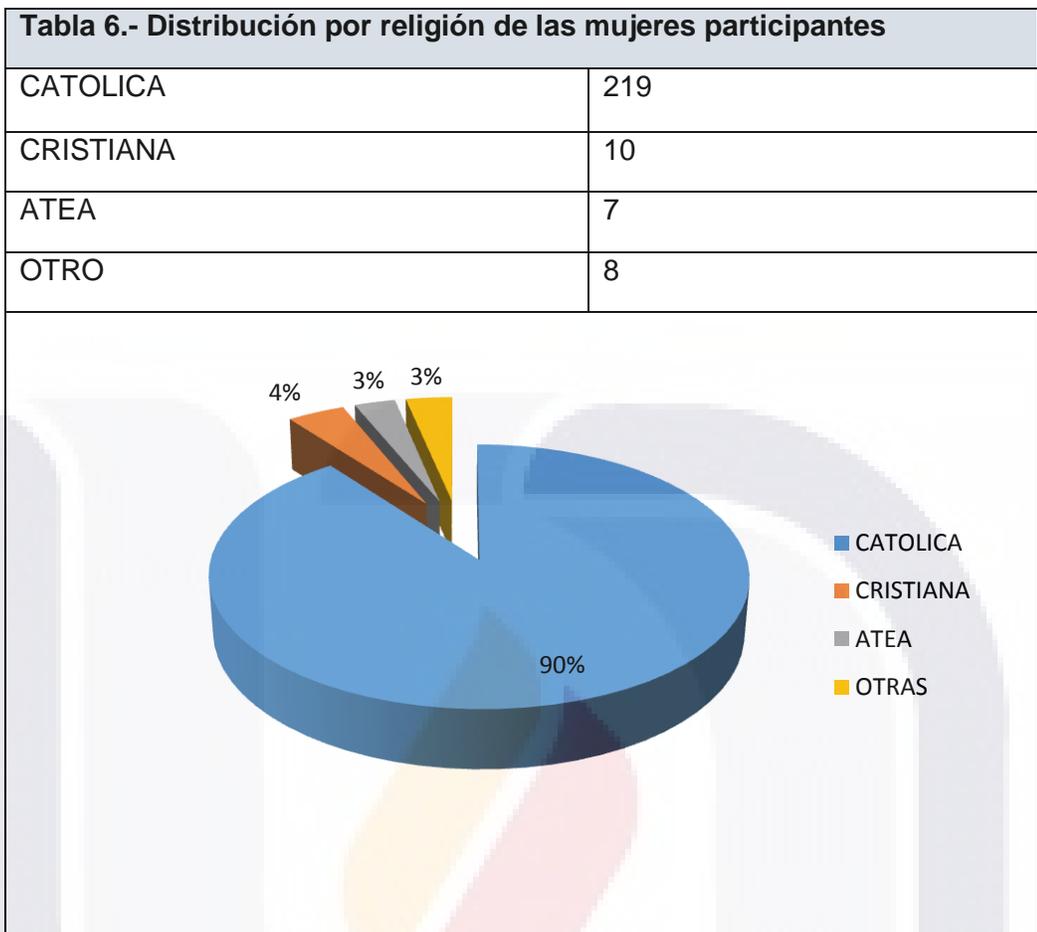
De las mujeres que participaron en este estudio, 238 dijeron tener una vida sexualmente activa, mientras que solo 6 de ellas reportaron lo contrario. (Tabla 3)



Respecto a los antecedentes de Cáncer Cervicouterino tanto familiares como personales, el mayor porcentaje de mujeres que participaron refirieron no tenerlos, tan solo 2 mujeres reportaron el tener antecedentes familiares y 3 de ellas antecedentes personales de esta patología. (Tabla 4 y 5)

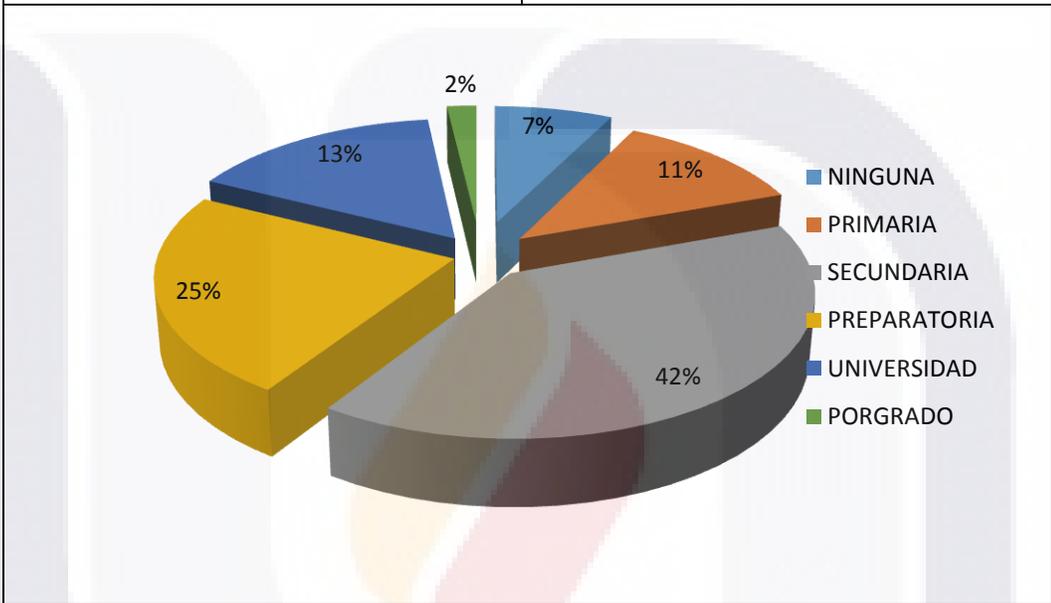


De las pacientes en este estudio el 90% reportaron ser de religión católica, mientras que el restante 10% se encontraban distribuidas entre religión cristiana, otras y ateas. (Tabla 6)

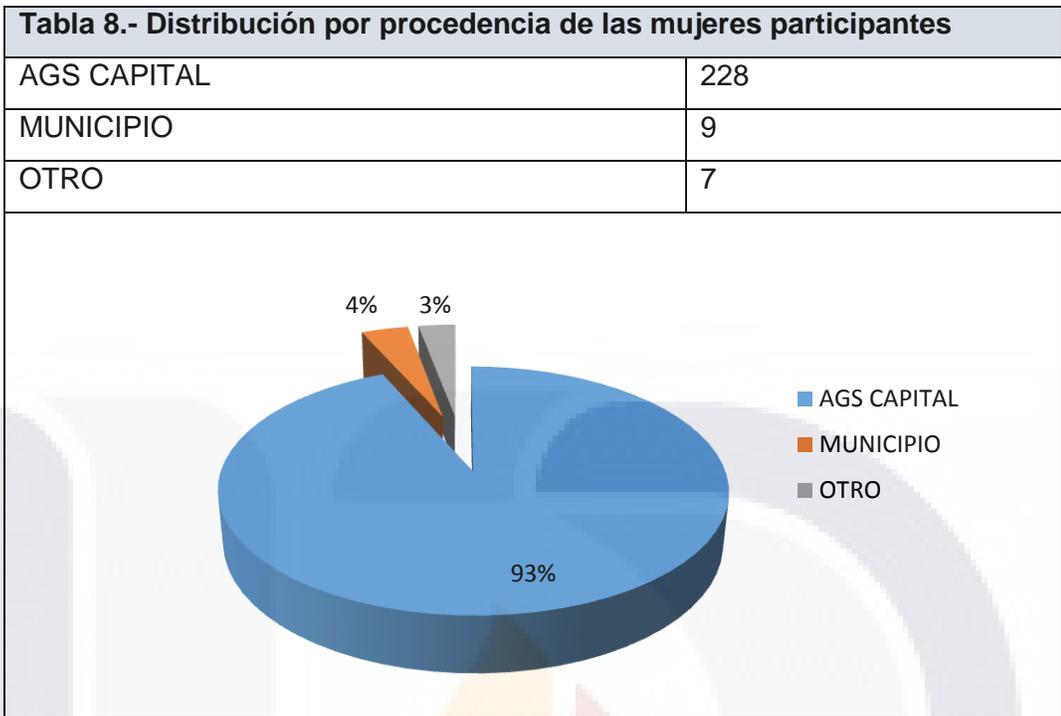


La escolaridad reportada por las pacientes participantes se concentró principalmente en secundaria y preparatoria, con 42 % y 25% respectivamente, seguida por la escolaridad universitaria con 13% de las pacientes, tan solo 2% indico tener una escolaridad de posgrado. (Tabla 7)

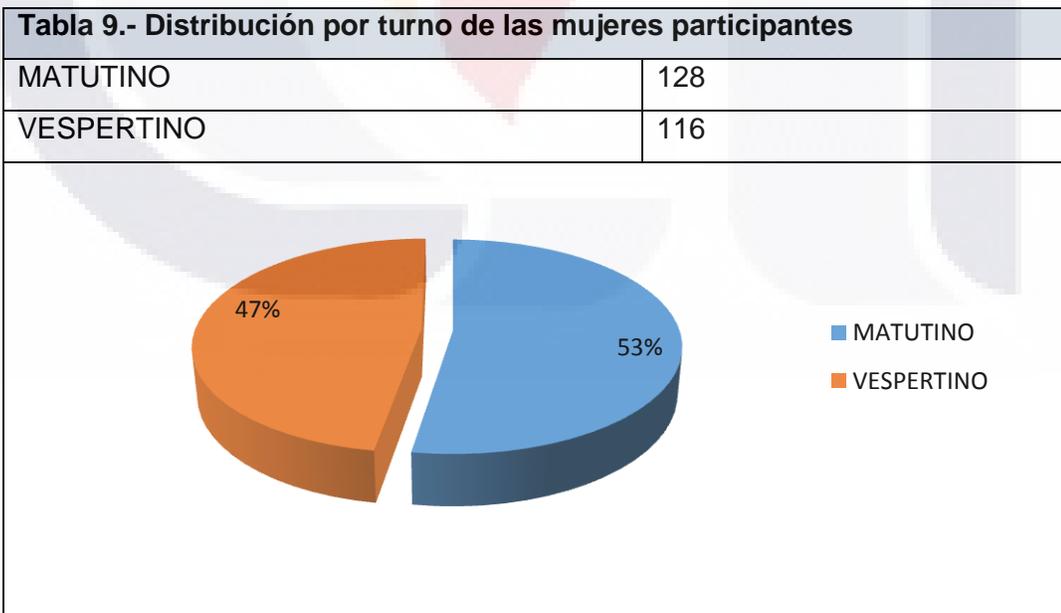
Tabla 7.- Distribución por escolaridad de las mujeres participantes	
NINGUNA	19
PRIMARIA	33
SECUNDARIA	83
PREPARATORIA	62
UNIVERSIDAD	42
PORGRADO	5



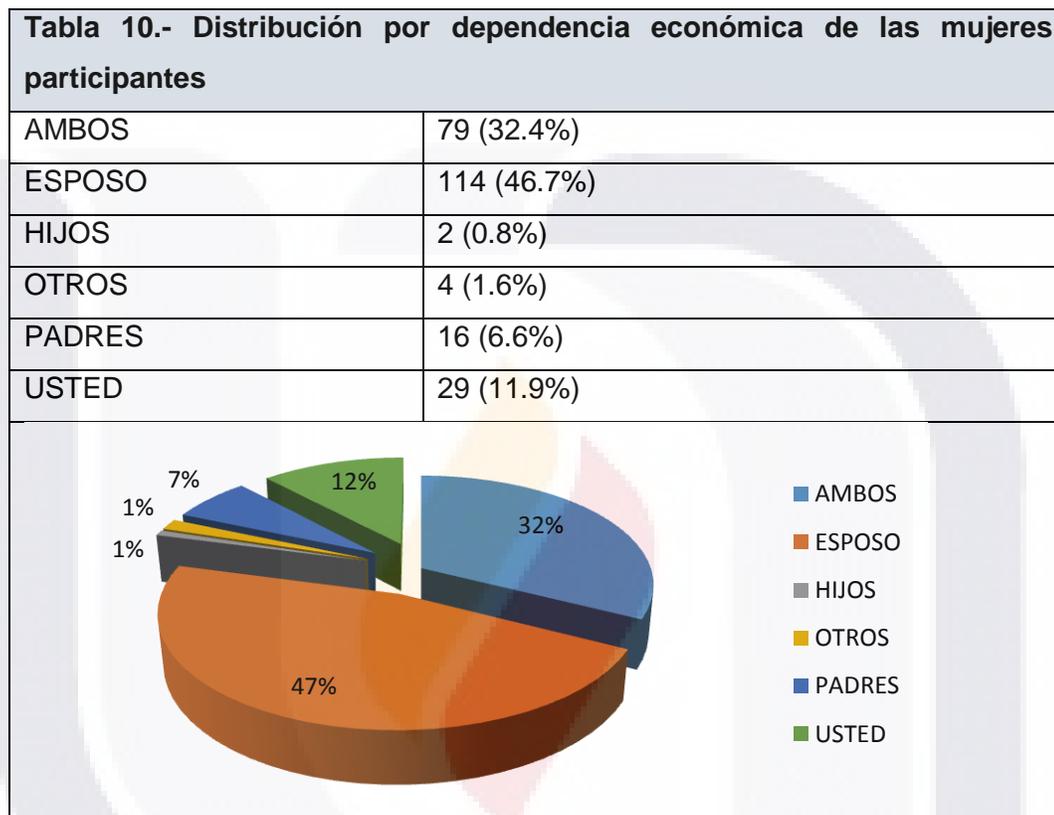
El 93% de las mujeres eran procedentes de la capital de Aguascalientes, mientras que el restante 7% provenían de algún municipio del estado o de algún otro lugar fuera de este.
 (Tabla 8)



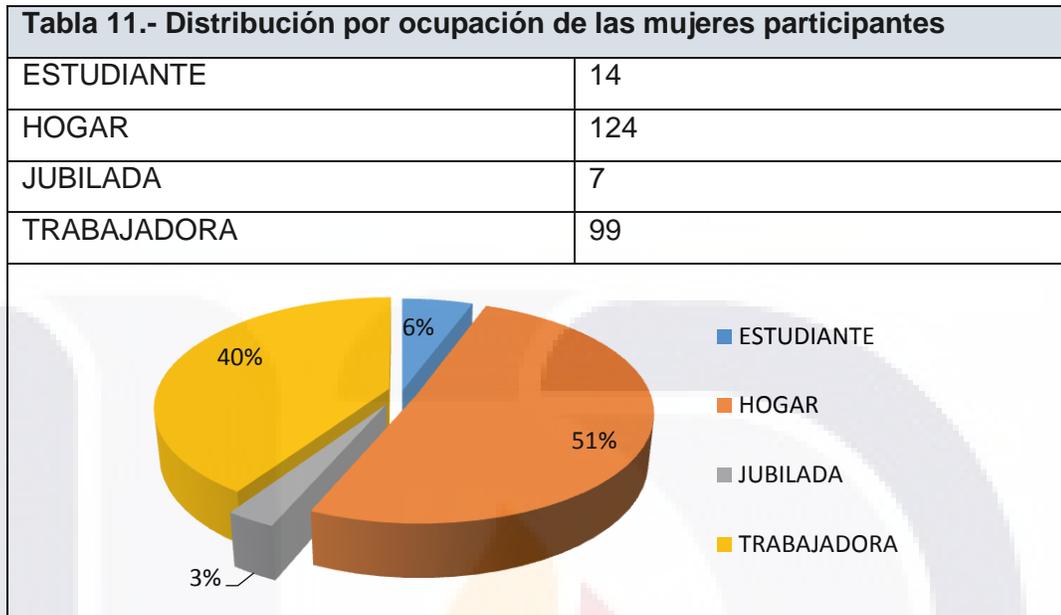
El 53% de las mujeres que participaron en este estudio eran del turno matutino de la UMF 01 y el restante 47% del turno vespertino de esta misma unidad de medicina familiar. (Tabla 9)



Con respecto a la dependencia económica de las mujeres participantes, el 47% dijeron depender económicamente de su esposo, el 32% reportaron que ambos (participante y pareja) aportaban dinero, solo el 1% de las pacientes dependían directamente de sus hijos. (Tabla 10)



El 51% de las participantes tenían como ocupación el hogar, seguidas por un 40% de las participantes que reportaron tener un empleo, el resto de las participantes eran estudiantes y jubiladas con un 6% y un 3% respectivamente (Tabla 11)



VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Dimensiones	Componente				
	1	2	3	4	5
precontemplación					
¿No tuvo intención de pensar en realizarse un papanicolau en los últimos 6 meses?			0.831		
¿No tuvo intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en los últimos 6 meses?			0.917		
¿No tuvo intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en los últimos 6 meses?			0.758		
% de varianza		14.8			
alfa de Cronbach		0.81			
contemplación					
¿Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses				0.85	
¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses				0.814	
¿Tiene intención de pensar acerca de la toma del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses				0.819	
% de varianza		14.47			
alfa de Cronbach		0.769			
preparación					
¿Tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en un periodo de 1 mes o menos					0.808
¿Tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau en un periodo de un mes o menos					0.824
¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo de 1 mes o menos					0.77
% de varianza		13.2			
alfa de Cronbach		0.817			
acción					
Después de habérselo realizado, ¿No tiene intención de hablar de la realización del papanicolau				0.862	
Después de habérselo realizado, ¿No tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau				0.896	
Después de habérselo realizado, ¿No tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau				0.84	
% de varianza		16.58			
alfa de Cronbach		0.885			
mantenimiento					
¿Tiene intención de realizarse un nuevo papanicolau después de haberse hecho el anterior?			0.899		
¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau después de haberse realizado el anterior?			0.881		
¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau después de haberse realizado el anterior?			0.851		
% de varianza		17.62			
alfa de Cronbach		0.942			
Total de % de varianza explicada				76.69	

Se realizó mediante SPSS V 21, se validó distribución normal con curtosis y aplanamiento, se utilizó un análisis factorial de componentes principales considerando el instrumento útil para su aplicación, Se evaluaron propiedades psicométricas del resultado, en los que cada ítem explica más del 10 % de varianza, siendo para precontemplación 14.8 %, contemplación 14.47%, preparación 13.2%, acción 16.58% y mantenimiento 17.62%, con una varianza acumulada de 79.69%. Cada factor debió contener al menos 3 ítems el alfa de Cronbach obtenido por cada dimensión fue de 0.81 para precontemplación, 0.769 para contemplación, 0.817 para preparación 0.885 para acción y 0.942 para mantenimiento. En el análisis factorial para precontemplación el valor de Eigen más bajo fue de 0.785, para contemplación 0.814, preparación 0.77, acción 0.84, mantenimiento 0.851. Los resultados se sometieron la base de datos y se trabajaron con SPSS V 21.

TABLA 12.- RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LAS ETAPAS DE CAMBIO EN LA DETECCION DE CANCER CERVICOUTERINO

	Pre-contemplación N (%)	Contemplación N (%)	Preparación N (%)	Acción N (%)	Mantenimiento N (%)	X²
Edad						
24-44	14(82.4)	15(100)	15(93.8)	10(45.5)	147(84.5)	25.825**
45-64	3(17.6)	0	1(6.3)	12(54.5)	27(15.5)	
Estado civil						
Casada	9(52.9)	8(53.3)	8(50)	11(50)	147(84.5)	89.94**
Soltera	6(35.3)	5(33.3)	2(12.5)	1(4.5)	4(2.3)	
Divorciada	0	0	0	2(9.1)	4(2.3)	
Viuda	0	0	0	4(18.2)	2(1.1)	
Unión libre	2(11.8)	2(13.3)	6(35.5)	4(18.2)	17(9.8)	
Sexualmente activa						
Si	12(70.6)	14(93.3)	16(100)	22(100)	174(100)	57.94**
No	5(29.4)	1(6.7)	0	0	0	
Antecedentes familiares						
Si	0	0	0	1(4.5)	1(0.6)	4.282
No	17(100)	15(100)	16(100)	21(95.5)	173(99.4)	
Antecedentes						

personales						
Si	0	0	0	0	0	1.222
No	17(100)	15(100)	16(100)	22(100)	171(100)	
Religión						
Católica	15(82.2)	10(66.7)	9(56.3)	18(81.8)	167(96)	97.466**
Cristiana	0	1(6.7)	3(18.8)	0	6(3.4)	
Atea	2(11.8)	4(26.7)	0	0	1(0.6)	
Otro	0	0	4(25)	4(18.2)	0	
Escolaridad						
Ninguna	2(11.8)	0	0	3(13.6)	14(8.0)	45.729*
Primaria	1(5.9)	0	7(43.8)	6(27.3)	19(10.9)	
Secundaria	3(17.6)	11(73.3)	6(37.5)	9(40.9)	54(31.0)	
Preparatoria	8(47.1)	3(20)	0	2(9.1)	49(28.2)	
Universidad	3(17.6)	1(6.7)	3(18.8)	1(4.5)	34(19.5)	
Posgrado	0	0	0	1(4.5)	4(2.3)	
Procedencia						
Ags capital	16(94.1)	8(53.3)	14(87.5)	20(90.9)	170(97.7)	58.631**
Municipio	0	3(20)	0	2(9.1)	4(2.3)	
Otro	1(5.9)	4(26.7)	2(12.5)	0	0	
Turno						
Matutino	10(58.8)	7(46.7)	6(37.5)	12(54.5)	93(53.4)	2.020
Vespertino	7(41.2)	8(53.3)	10(62.5)	10(45.5)	81(46.6)	
Economía						
Ambos	1(5.9)	4(26.7)	11(68.8)	1(4.5)	62(35.6)	231.4**
Esposo	5(29.4)	0	1(6.3)	7(31.8)	101(58.0)	
Hijos	0	0	2(12.5)	0	0	
Otros	0	4(26.7)	0	0	0	
Padres	8(47.1)	3(20)	0	1(4.5)	4(2.3)	
Usted	3(17.6)	4(26.7)	2(12.5)	13(59.1)	7(4.0)	
Ocupación						
Estudiante	8(47.1)	0	0	1(4.5)	5(2.9)	76.554**
Hogar	7(41.2)	7(46.7)	3(18.8)	8(36.4)	99(56.8)	
Jubilada	0	0	0	2(9.1)	5(2.9)	
Trabajadora	2(11.7)	8(53.3)	13(81.3)	11(50)	65(37.4)	
**P=0.000 *P=0.001						

La distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de la UMF 1 (participantes en este estudio) para realizarse la detección de cáncer cérvicouterino por medio del Papanicolaou se relacionan significativamente con algunas variables sociodemográficas como son la edad, estado civil, actividad sexual, religión, escolaridad, procedencia, economía y ocupación (Tabla 1). La prueba exacta con χ^2 muestra que el 84.5% de las usuarias que se encontraban en etapa de mantenimiento

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pertenecen al rango de edad de 25 a 44 años de edad, mientras que el 54.5% del rango de 45-64 se encontraban en la etapa de acción ($\chi^2 = 25.825$, $p=0.000$). Casada fue el estado civil con mayor porcentaje en todas las etapas, sin embargo, la etapa con mayor porcentaje fue mantenimiento con 84.5% ($\chi^2 = 89.94$ $p=0.000$).

En las etapas de preparación, acción y mantenimiento el 100% de las mujeres eran sexualmente activas ($\chi^2 = 57.94$ $p=0.000$). Con respecto a la religión de las usuarias participantes, la católica fue la religión con mayor porcentaje en todas las etapas, siendo pre-contemplación (82.2%) y mantenimiento (96%) las etapas con mayor porcentaje ($\chi^2 = 97.466$ $p=0.000$). En la variable de escolaridad las dimensiones de contemplación (73.3%) y acción (40.9%), tuvieron un mayor porcentaje en las mujeres con escolaridad secundaria, mientras que la etapa de pre-contemplación (47.1%) en preparatoria y la etapa de preparación (43.8) en primaria. ($\chi^2 = 45.729$ $p=0.001$).

El mayor porcentaje de procedencia de las mujeres usuarias en todas las etapas fue de la ciudad capital (Aguascalientes). ($\chi^2 = 58.631$ $p=0.000$).

Con respecto a la dependencia económica de las mujeres participantes, las etapas con mayor porcentaje fueron acción (59.1%) donde no dependían económicamente de nadie y mantenimiento (58%) donde las participantes dependían de su esposo. ($\chi^2 = 231.4$ $p=0.000$).

En la etapa de pre contemplación el mayor porcentaje de mujeres son estudiantes (47.1%), mientras que en las etapas de acción y mantenimiento el mayor porcentaje se presenta en mujeres trabajadoras (50%) y en el hogar (56.8%) respectivamente. ($\chi^2 = 76.554$ $p=0.000$).

XII.- DISCUSIÓN

El presente estudio logro identificar cuál es la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cérvicouterino por medio del Papanicolaou.

Se evaluaron las etapas de cambio en la detección oportuna de cáncer cérvicouterino por medio de la prueba de Papanicolaou en la población adscrita. Alrededor del 84.5% de las mujeres en etapa de mantenimiento se encontraban entre los 25-44 años de edad, mientras que el 54.7% de las mujeres en la etapa de acción estaban en un rango de edad entre 46 y 64 años de edad, según lo obtenido por Min Son Kwak y cols en el año de 2009, la edad se relaciona con la etapa de clasificación, en la medida que las mujeres en sus treinta años eran más propensas a estar en la etapa de contemplación, mientras que aquellas en sus años cuarentas y cincuentas eran más propensas a estar en la etapa de acción o mantenimiento (78)

También se encontró que las mujeres casadas tenían más probabilidades de encontrarse en las etapas de acción o mantenimiento, a diferencia de las mujeres solteras que son más propensas a estar en la etapa de contemplación o pre-contemplación, situación similar a la encontrada en estudios previos por Nguyen y cols, en 2002 (80) Esto puede deberse a que las mujeres casadas son más propensas a recibir los servicios de obstetricia, proporcionando de este modo una oportunidad para la prueba de detección de cáncer cervicouterino.

Además, los resultados mencionan que las mujeres que están en el hogar tenían más probabilidades de encontrarse en la etapa de acción o mantenimiento, caso similar en las mujeres que presentan una educación media o superior, resultados similares a los obtenidos por Lee. H.J y cols. en el año 2005 (77)

Estos resultados sugieren que las mujeres que estudian o son jubiladas podría ser más difíciles de convencer a someterse a las pruebas para detección oportuna de Cáncer cervicouterino, al igual que las mujeres con un grado de educación menor.

Por lo tanto, debe hacerse un esfuerzo para impactar mediante estrategias los factores negativos hacia la detección oportuna del cáncer de cuello de útero y generar acciones específicas de acuerdo a los factores demográficos significativos de las mujeres con respecto a la realización de la prueba para detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Limitaciones

El presente estudio tiene una serie de limitaciones en primer lugar, la sección transversal del diseño de este estudio no permite alguna conclusión acerca de si las relaciones observadas fueron causales. En particular, no se puede confirmar la suposición que subyace a la teoría de etapas de cambio o que los factores encontrados preceden o no a la acción de la realización del Papanicolaou. Por lo tanto, es necesario seguir trabajando para confirmar una asociación entre el modelo de etapas de cambio, los factores sociodemográficos y la realización del examen para detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Para futuras investigaciones se recomienda valorar la fuerza de asociación y completar el criterio de causalidad.

Recomendaciones para los servicios de salud

Valorar la asociación de las etapas de cambio, los factores sociodemográficos y la realización del Papanicolaou, para realizar estrategias adecuadas según los resultados obtenidos que permitan mejorar el indicador institucional para esta patología.

XIII.- CONCLUSIÓN

Se identificó la distribución y frecuencia de cada una de las etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) en que se encuentran las usuarias de 25 a 64 años de edad, para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la unidad de medicina familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.

Varios aspectos de la investigación tienen importantes implicaciones para la práctica, la educación y la investigación. Este estudio valora la relación entre las etapas y la detección oportuna de cáncer cérvicouterino.



XIV.- BIBLIOGRAFÍA

1.- Luis Flórez y Cols. “Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol” Act.Colom.Psicol. vol.8 no.1 Bogotá Mar. 2005.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012391552005000100004

2.- Gustavo A. Cabrera “El modelo transteórico del comportamiento en salud” Fac. Nac. Salud Pública 2000; 18(2): 129-138 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>

3.- Fatemeh Sarbandi y Cols. “El modelo transteórico cuestionario para dejar de fumar: propiedades psicométricas de la versión Iran” BMC Public –health.2013; 1186.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878568/?tool=pubmed>

4.- Fauziah Abdulah y Cols.” Applying the Transtheoretical Model to evaluate the effect of a call–recall program in enhancing Pap smear practice: A cluster randomized trial” preventive medicine volumen 57 supplement 2013 páginas 8386.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513000340>

5.- Nik AA Tuah, y Colaboradores “Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesos” La biblioteca cochrane plus 2011 número 1 issn 1745-9990

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90361750&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n02a90361750pdf001.pdf

6.-Menezes Mc y Cols. (2014) “Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - a randomized controlled trial”

015 Apr;17:37-44. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.007. Epub 2014 Dec 18.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25553558>

7.-Caroline C. Horwhat y cols. “Does the Transtheoretical Model of Behavior Change Provide a Useful Basis for Interventions to Promote Fruit and Vegetable

Consumption? Am J Health Promot. 2013 Jul-Aug; 27(6): 10.4278/ajhp.110516QUAN-20

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3832182/>

8.- Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.

9.- Paula T. McWhirter y cols “El modelo transteorico y su aplicación al tratamiento de adolescentes com problemas de abuso de drogas” *Adolesc. Latinoam.* v.3 n.2 Porto Alegre nov. 2002.
http://aladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14147130200200006&lng=es

10.- Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea y Cols. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano *rev Chil obstet ginecol* 2012; 77(4): 315 – 321.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000400014

11.-
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GPC_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf

12.- Raúl S. Moran García, “Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural”*Medwave* 2012 Ago;12(7):e5453 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5453.
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5453>

13.- Felicia Marie Knaul y cols. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante *Salud Pública Méx* 2009; Vol. 51(2):335-344.
http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002305

14.- Amir Asotic y cols. Frequency of L-SIL and H-SIL Findings in HPV Positive Women *Mater Sociomed.* 2014 Apr; 26(2): 90–92.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Asotic%20A%5Bauth%5D>

15.- http://www.aguascalientes.gob.mx/isea/Prog_P_SR_CC.aspx

16.- Burak L, Meyer M. "Using the health belief model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior". Health Care for Women International, 1997.

17.-Francisco Raúl Sánchez-Román y cols."Costos de atención médica por cáncer cervicouterino" Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (1): 99106.

18.- <http://www.inegi.org.mx/>

19.-<http://www.oei.es/quipu/mexico/01-panoramaweb.pdf>

20.- <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>

21.- http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/ags/Panorama_ags.pdf

22.- <http://www.imss.gob.mx/directorio>

23.- http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/7._pdatcc.pdf

24.http://books.google.com.mx/books?id=TBeDH_JzAv0C&pg=PA302&dq=religion+y+cancer+cervicouterino&hl=es-419&sa=X&ei=TsE0VPvMNcWBygTHpAl&ved=0CCYQuwUwAQ#v=onepage&q=religion&f=false

25.- <http://www.aguascalientes.gob.mx/ISEA/indicado.aspx>

26.-

http://www.academia.edu/6111793/INSTITUTO_MEXICANO_DEL_SEGURO_SOCIAL_DIRECCION_DE_PRESTACIONES_MEDICAS_DIRECCION_DE_PRESTACIONES_MEDICAS

ME ET TO OD DO OL L%C3%93 %C3%93G GI IC CO O D I IN ND DI
IC CA AD DO OR RE ES S M M%C3%89 %C3%89D DI IC CO OS S 2
2 0 0 1 1 3 3

27.- [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldeCan
cerdelaMujer_2013_2018.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldeCan
cerdelaMujer_2013_2018.pdf)

28.- <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

29.- [http://www.coneval.gob.mx/Informes/COMUNICADOS_DE_PRENSA/FichasdeMo
nitoreo_Salud.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/COMUNICADOS_DE_PRENSA/FichasdeMo
nitoreo_Salud.pdf)

30.- http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf

31.- <http://www.aguascalientes.gob.mx/Coesamed/Ley/LeySaludEstado.pdf>

32.- <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>

33.- <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

34.- http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Historico/MO_DGPS_2004.pdf

35.- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>

36.- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013

37.- [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldeCan
cerdelaMujer_2013_2018.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldeCan
cerdelaMujer_2013_2018.pdf)

38.- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5377257

39.- https://www.prospera.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas_de_operacion_word

40.-

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377725&fecha=30/12/2014

41.- <https://prevenissstecercadeti.wordpress.com/category/virus-de-papiloma-humano/>

42.- http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/012_PDF.pdf

43.- <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims061a.pdf>

44.- http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/012_PDF.pdf

45.-

http://www.geosalud.com/VPH/guias_clinicas/Guia%20de%20Practica%20Clinica%20para%20el%20Nivel%20Primario.%20Cancer%20cervico%20uterino.pdf

46.-

http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n1/GMM_148_2012_1_042-051.pdf

47.- Hasenyager C. "Knowledge of cervical cancer screening among women attending a university health center" J Am Coll Health 1999;47:221-4

48.- Ricardo Ortiz Serrano, M.D. y Cols "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino" Rev Colomb Obstet Ginecol vol.55 no.2 Bogotá Apr./June 2004.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000200007#

49.- Charles Huamaní y Cols. "Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007"

http://www.scielo.org.pe/pdf/riDetecciones_positivas_de_CaCu/Detecciones_de_Cacu_por_milns/v25n1/a07v25n1

50.-

Lindau ST y Cols. "The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in multiethnic cohort women" Am J Obstet Gynecol 2002;186:938-43.

51.-

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000200007#

52.- Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington D.C:PAHO; 2004

53.- Mateu-Aragonés J. Epidemiología del cáncer cervical. En: Cáncer del cuello uterino. Barcelona: Jims; 1982.p.51-74.

54.- Morris M y Cols. "Cancer cervical" En: Copeland, editor. Ginecología. 2ª edición. Argentina: Médica Panamericana; 2002.p.1359-1386.

55.- Rosmar Arenas Aponte y Cols. "Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años" Rev Obstet Ginecol Venez v.71 n.4 Caracas dic. 2011

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322011000400006&script=sci_arttext

56.-

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000200007#

57.- http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322011000400006&script=sci_arttext

58.- Moreno V. y Cols "Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1085-92.

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08150-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08150-3.pdf)

59.-

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000200007#

60.-

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000200007#

61.- Lorena Tourinho de Lucena y Cols. "Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino en Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil"

Rev Pan-Amaz Saude 2011; 2(2):45-50

http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n2/es_v2n2a07.pdf

62.- Francisco Raúl Sánchez-Román y Cols "Costos de atención médica por cáncer cervicouterino" Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (1): 99-106

[file:///C:/Users/Luis/Downloads/RM2012-1-19%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/RM2012-1-19%20(1).pdf)

63.- http://www.aguascalientes.gob.mx/isea/Prog_P_SR_CC.aspx

64.- (Instituto de Salud del Estado de México, Estadísticas ISEM. [on line] | Link |)

65.-

[file:///C:/Users/Luis/Downloads/RM2012-1-19%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luis/Downloads/RM2012-1-19%20(1).pdf)

66.- Patricia Hernández-Peña y Cols. "Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino" salud pública de méxico / vol.39, no.4, julio-agosto de 1997

http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/1997/num_4/394-15_analisiscosto.pdf

67.- Patricia Hernández-Peña y Cols. "Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino" Salud Pública Méx 1997; Vol.

39(4):379-387. <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000769>

68.-

http://www.aguascalientes.gob.mx/isea/Prog_P_SR_CC.aspx

69.- La Salud en las Américas Vol. 1. Health in the Americas, 2007 Scientific and Technical Publication No. 622

http://books.google.com.mx/books?id=TBeDH_JzAv0C&pg=PA302&dq=religion+y+cancer+cervicouterino&hl=es-419&sa=X&ei=TsE0VPvMNcWBygTHpAI&ved=0CCYQuwUwAQ#v=onepage&q=religion&f=false página 302.

70.- María Teresa Urrutia S. y Cols. "¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE" Rev. chil. obstet. ginecol. v.73 n.2 Santiago 2008. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000200005&script=sci_arttext

71.-

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/222/Jos%E9%20Luis%20Ybarra%20Sagarduy.pdf>

72.- Tung WC y Cols. "Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women". Int Nurs Rev. 2008 Mar;55(1):73-80.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18275539>

73.- Berhane A y Cols. "Male involvement in family planning program in Northern Ethiopia: an application of the Transtheoretical model. Patient Educ Couns. 2015 Apr;98(4) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25630607>

74.- Eva van Leer y Cols. Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy J Voice. 2008 November ; 22(6): 688–698. doi:10.1016/j.jvoice.2007.01.011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904548/pdf/nihms211366.pdf>

75.- Paul Aveyard y Cols. "Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ("stages of change") model for smoking prevention and cessation in schools" BMJ. 1999 Oct 9; 319(7215): 948–953.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28247/>

76.- Tung WC, "Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women". *Int Nurs Rev.* 2008 Mar;55(1):73-80.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18275539>

77.- Lee HJ y Cols. "Análisis de escenario de comportamiento en las pruebas de Papanicolaou utilizando el modelo transteórico" . *J Med Anterior Salud Pública* 2005 Feb; 38 (1): 82-92.

<http://translate.google.com.mx/translate?hl=es->

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16312913&prev=/search%3Fq%3D%255BAnalysis%2Bof%2Bbehavioral%2Bstage%2Bin%2Bpap%2Btesting%2Bby%2Busing%2Btranstheoretical%2Bmodel%255D%26espv%3D2%26biw%3D1366%26bih%3D628>

78.- Min- Son Kuak y cols " La predicción de las etapas de adopción de la detección de cáncer de cuello uterino entre las mujeres de Corea". *Med Prev* 2009 pp. 48-53.

<http://www.scholars.northwestern.edu/pubDetail.asp?t=pm&id=67650693706&>

79.- Lee Mc (2000). " El conocimiento, las barreras y motivadores relacionados con la detección del cáncer cervical en las mujeres coreano-estadounidenses, un enfoque de grupo focal" *Med prev* 23 (2002) pp 207-214.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10851767>

80.- Nguyen TT y cols (2002) "Los predictores de la conciencia, Papanicolau de cribado, la intención y recepción entre mujeres de origen vietnamita" *AM J. ,Med Prev* 2002 207- 14

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12350454>

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN LAS VARIABLES

Concepto	Dimensiones	variabilidad	indicador	índice	Escala	ítem
<p>Modelo transteórico</p> <p>El modelo transteórico del cambio conductual es un modelo de la psicología de la salud que trata de explicar el modo en que se produce el cambio en las pacientes que acuden a detección oportuna por medio del papanicolau a través de 5 etapas que se denominan precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.</p>	<p>1.precontemplación</p> <p>Etapa en la cual los individuos no tienen intención de realizarse el papanicolau en un futuro cercano alrededor de seis meses. Existe desconocimiento acerca de las consecuencias de su comportamiento o intento fallido de cambiar varias veces dejándolos desmoralizados acerca de su habilidad para el cambio. Los precontempladores se caracterizan a menudo como resistentes o escasamente motivados y tienden a evitar la información, la discusión o el pensar sobre la salud conductual</p>	<p>Tiempo</p> <p>Fecha pactada para la realización del papanicolau</p> <p>Intención</p> <p>Determinación o voluntad hacia un fin</p>	<p>Periodo mayor a seis meses</p> <p>Voluntad para la búsqueda de información acerca del papanicolau.</p>	<p>Falta de intención de realizarse el papanicolau en los últimos seis meses la paciente se ubica en precontemplación</p> <p>Falta de intención de buscar información acerca del papanicolau, en los últimos seis meses la paciente se ubica en precontemplación.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Se utiliza una escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los ítems, mediane un conjunto específico de categorías o cuantificaciones lingüísticas, ejemplo: - Totalmente de acuerdo. -De acuerdo</p>	<p>¿No tuvo intención de pensar en realizarse un papanicolau en los últimos 6 meses?</p> <p>¿No tuvo intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en los últimos 6 meses?</p> <p>¿No tuvo intención de pensar sobre la toma del papanicolau en los últimos 6 meses?</p> <p>¿No tuvo intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en los últimos 6 meses?</p> <p>¿No tuvo intención de buscar información acerca de las consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau en los últimos 6 meses?</p>

	<p>2.- contemplación Los individuos declaran abiertamente la intención de cambiar. Son más conscientes de las ventajas del cambio, pero permanecen agudamente conscientes de los gastos que pudiera implicar y son ambivalentes en su decisión de cambiar o aplazar el momento de la toma del papanicolau. Hay una intención para la acción a lo largo de seis meses.</p>	<p>Motivación Factores o determinantes internos que generan una acción</p> <p>Tiempo Fecha pactada para la realización</p>	<p>Motivación Presenta factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicolau</p> <p>Periodo de entre 1 y 6 meses.</p>	<p>Falta de factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicolau en un periodo menor o igual a seis meses la paciente se ubica en precontemplación</p> <p>Presenta intención de realizarse el papanicolau en un periodo de entre 1 y 6 meses. voluntad de buscar información acerca del papanicolau, en un periodo de 1 a 6 meses la paciente se</p>	<p>-Ni de acuerdo, ni en desacuerdo -En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo</p>	<p>¿No se sintió estimulada para realizarse el papanicolau en los últimos 6 meses?</p> <p>¿No consideró los beneficios de realizarse un papanicolau los últimos 6 meses?</p> <p>¿Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?</p>
--	---	--	---	---	---	--

	<p>3.-preparación Etapa en la cual se tiene intención de tomar medidas para realizarse el papanicolau, antes de finalizar el mes. Hay la intención de actuar y se emprenden los pasos conductuales en una clara dirección.</p>	<p>del papanicolau</p> <p>Intención Determinación o voluntad de buscar información acerca del papanicolau.</p>	<p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicolau</p>	<p>ubica en contemplación</p> <p>Presenta factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicolau en un periodo de 1 a 6 meses la paciente se ubica en contemplación</p> <p>Intención de realizarse el papanicolau en un periodo de un mes o menos.</p> <p>Voluntad de búsqueda de información acerca del</p>	<p>¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?</p> <p>¿Tiene intención de pensar acerca la toma del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?</p> <p>¿Tiene intención de buscar información sobre los beneficios del de papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses ?</p> <p>¿Tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?</p> <p>¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?</p> <p>¿Consideró que realizarse un papanicolau</p>
	<p>4.- acción Etapa en la cual el individuo ha hecho modificaciones manifiestas y perceptibles en su forma de vida Hay abiertamente un cambio en el comportamiento que se traduce en la toma del papanicolau que ha durado menos</p>	<p>Motivación Factores o determinantes internos</p>	<p>Presenta factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicolau</p>		

<p>de seis meses.</p> <p>4.- Mantenimiento En esta etapa se trabaja para sostenerse en el compromiso de seguirse realizando el papanicolau, prevenir la recaída y consolidar los beneficios asegurados. Quienes se encuentran en esta etapa son considerados con menor probabilidad de recaída</p>	<p>que generan una acción</p> <p>Tiempo Fecha pactada para su realización.</p> <p>Intención Determinación o voluntad hacia un fin</p>	<p>Periodo de un mes o menos</p> <p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicolau.</p>	<p>papanicolau en un periodo de un mes o menos</p> <p>Presenta factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicola u en un periodo de 30 días o menos.</p> <p>Realización del papanicola u concluída o acciones manifiestas para su realización</p> <p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicola u ya concluídas.</p>	<p>no es una pérdida de tiempo en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses ?</p> <p>¿Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del de papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Tiene intención de buscar información</p>
---	---	---	--	--

		<p>Motivación</p> <p>Factores o determinantes internos que generan a una acción</p>	<p>Presenta factores o determinantes internos que generan a realizarse el papanicola u</p>	<p>Presentó factores o determinantes internos que generaron realizarse el papanicola u ya concluido.</p>		<p>acerca de las consecuencias trae consigo no realizarse el papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo de 30 días o menos?</p> <p>¿Consideró que realizarse un papanicolau en un periodo de 30 días o menos no es una pérdida de tiempo?</p>
		<p>Tiempo</p> <p>fecha pactada para su realización.</p>	<p>Fecha concluida</p>	<p>Tiene intención de continuar realizándose el papanicola u posterior a la toma previa los últimos seis meses. Si es así se ubica en mantenimiento</p>		<p>¿Ya se hizo el papanicolau y no tiene intención de realizarse otro posteriormente ?</p>
		<p>Intención</p> <p>Determinación o voluntad hacia un fin</p>	<p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicola u</p>	<p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicola u posterior a la toma previa los últimos seis meses.</p>		<p>¿Después de habérselo realizado, no Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau ?</p>

		<p>Motivación</p> <p>Factores o determinantes internos que generan una acción</p>	<p>Presenta factores o determinantes internos que generan una acción a realizarse el papanicola u</p>	<p>Presenta factores o determinantes internos de pensar en realizarse el papanicola u posterior a la toma previa en los últimos meses.</p>	<p>¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau?</p> <p>¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información sobre los beneficios?</p> <p>¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau?</p> <p>¿No le entusiasma realizarse un papanicolau después de haberse realizado el anterior?</p> <p>¿Considera que realizarse un papanicolau después del anterior es una pérdida de tiempo?</p>
		<p>Tiempo</p> <p>Fecha pactada para su realización.</p>	<p>Tiempo posterior a la toma previa.</p>		<p>¿Tiene intención de realizarse un nuevo papanicolau después de haberse realizado el anterior?</p>
		<p>Intención</p> <p>determinación o voluntad</p>	<p>voluntad de búsqueda de información acerca del papanicola u</p>		

		<p>hacia un fin</p> <p>Motivación</p> <p>Factores o determinantes internos que generan una acción.</p>	<p>Presenta factores o determinantes internos que generan realizarse el papanicola u.</p>			<p>¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau después de haberse realizado el anterior ?</p> <p>¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau después de haberse realizado el anterior?</p> <p>¿Tiene intención de continuar buscando información sobre los beneficios del papanicolau después de haberse realizado el anterior?</p> <p>¿Tiene intención de buscar información acerca de las consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau después de haberse realizado el anterior?</p> <p>¿Se siente entusiasmada después de haberse realizado el papanicolau para realizarse uno nuevo?</p> <p>¿Considera que realizarse el papanicolau nuevamente es una pérdida de tiempo?</p>
--	--	---	---	--	--	---

ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

La investigación se realizó en un periodo de 6 meses con la elección del título del tema a investigar, búsqueda de información, envío y aceptación del trabajo por el comité de investigación local así como planeación, elaboración de encuestas, análisis de información, obtención de resultados y reporte. El tiempo a realizarse son 6 meses.

ACTIVIDADES	Julio	agosto	Septiembre	octubre	octubre	noviembre	diciembre
ELECCIÓN DE TEMA	X						
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X					
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN		X	X				
DISEÑO DE PROTOCOLO		X	X				
ANTECEDENTES		X	X				
JUSTIFICACIÓN			X	X			
INTRODUCCIÓN				X	X		
HIPÓTESIS					X	X	
ENVIO DE PROTOCOLO AL COMITÉ LOCAL							X
REVISIÓN DE PROTOCOLO							X
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ LOCAL							X
APROBACION DE PROTOCOLO							X
OBTENCIÓN DE RESULTADOS							X
ANÁLISIS							X
ELABORACIÓN DE TESIS							X

ANEXOS C

MANUAL OPERACIONAL

Las características sociodemográficas se obtuvieron al realizar la entrevista a las usuarias de de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- 1.- Femenino de 25-64 años de edad.
- 2.- Aquellas que participaron de forma voluntaria.
- 3.- Aquellas que firmaron el consentimiento informado.
anotándose inicialmente su rango de edad, dependiendo la edad de la paciente, entre 25-44 ó 45-64.
- 4.- Se solicitó que seleccionara el inciso que describía su estado civil a elegir entre soltera, casada, viuda, divorciada y unión libre.
- 5.- Se solicitó que seleccionara el inciso que describía si ya inició vida sexual o no.
- 6.- Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la presencia o no de antecedentes familiares de cáncer cervicouterino.
- 7.- Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la presencia o no de antecedentes personales de cáncer cervicouterino.
- 8.- Se solicitó que seleccionara el inciso sobre la religión a la que pertenece, teniendo como opciones : católica, cristiana atea, u otra.
- 9.- Se solicitó que seleccionara el inciso acerca del grado de educación que alcanzó hasta el momento, siendo opciones primaria, secundaria, preparatoria o técnico, universidad, postgrado y ninguno.
10. Se solicitó que la paciente seleccione el inciso que mencione su procedencia, Aguascalientes capital, municipios u otra.
- 11.- Se solicitó que mencionara el turno en que normalmente acude a consulta, siendo opciones matutino y vespertino.
- 12.- Se solicitó que mencionara de quién depende su economía familiar, siendo opciones de ella misma, de su esposo, de ambos, de los padres, de un hijo o de otros.
- 13.- Se solicitará que mencione su ocupación, como opciones dedicarse al hogar, trabaja, estudia, es jubilada ó pensionada.

Posteriormente Se solicitó a la paciente que marcara del 1 al 5 la opción que expresara mayormente su sentir respecto a la pregunta, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

En la pregunta número 1, perteneciente a precontemplación, ¿No tuvo intención de pensar en realizarse un papanicolau en los últimos seis meses?, siendo una aseveración negativa se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 2 perteneciente a precontemplación ¿No tuvo intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en los últimos 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 3 perteneciente a precontemplación ¿No tuvo intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en los últimos 6 meses? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 4 perteneciente a la etapa de contemplación ¿Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 5, perteneciente a la etapa de contemplación ¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 6 perteneciente a la etapa de contemplación ¿Tiene intención de pensar acerca de la toma del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En la pregunta número 7 perteneciente a la etapa de preparación ¿Tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en un periodo de 1 mes o menos? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 8 perteneciente a la etapa de preparación ¿Tiene intención de buscar información acerca de las consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau, en un periodo de un mes o menos? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 9 perteneciente a la etapa de preparación ¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo de 1 mes o menos? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 10 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 11 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau? se calificará con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 12 perteneciente a la etapa de acción ¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau? se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 13 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de realizarse un nuevo papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 14 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

En la pregunta número 15 perteneciente a la etapa de mantenimiento ¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau después de haberse realizado el anterior? Se calificó con número 1 a la respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

Al finalizar las encuestas se guardará la información en una base de datos de Excel para procesar posteriormente los datos por medio del programa estadístico SPSS 21, para analizar e interpretar los datos obtenidos.

Se utilizó la estadística descriptiva para las variables distribución y frecuencia de etapas de cambio por medio de frecuencias usando además la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión, se realizó una base de datos en Excel y se sometieron al programa SPSS 21.

Se utilizó el cuestionario elaborado para obtener información acerca de sus características sociodemográficas, posteriormente se aplicó el cuestionario tipo escala de Likert, compuesto por 15 ítems, 3 ítems corresponden a cada una de las etapas del modelo transteórico, con opción de respuesta totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Con la finalidad de conocer en qué etapa del modelo transteórico se encuentran las pacientes de acuerdo a sus respuestas. Se realizó una sumatoria de los resultados obtenidos en cada etapa y se dividió entre el número de ítems siendo positivo para la etapa al ser igual a 3 o superior. De lo contrario se colocó a la paciente en la etapa correspondiente.

Una vez recolectada la información se procedió a utilizar el SPSS 21 para captura de los datos verificando que existiera varianza.

Se sacaron conclusiones en base a la edad, escolaridad, estado civil, turno en que acuden las pacientes, antecedentes personales y familiares de cáncer cervicouterino, educación, religión, dependencia económica, ocupación, opciones en las cuales se le solicitó que subrayara la que le correspondiera. Utilizando a escala de Likert de 5 puntos, indicando la afirmación que describiera su respuesta, pudiendo ser totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Una vez obtenidas las respuestas, se valoró la distribución y frecuencia de las etapas de cambio en que se encuentran las usuarias, además de obtener los datos sociodemográficos relacionados con estas y se obtuvieron conclusiones a partir de los resultados.

La descripción general de las características sociodemográficas se realizaron con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas mientras que para las variables continuas media y desviación estándar.

ANEXO D

CUESTIONARIO

“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ETAPAS DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRAN LAS USUARIAS DE 25-64 AÑOS DE EDAD PARA REALIZARSE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOURTERINO POR MEDIO DEL PAPANICOLAU EN LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

¿Cuál es su rango de edad?

25-44 45-64

¿Cuál es su Estado civil?

a) soltera b) casada c) viuda d) divorciada e) unión libre

¿Ha tenido relaciones sexuales?

Si b) No

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer cervicouterino?

a) Si b) No

¿Tiene antecedentes personales de cáncer cervicouterino?

a) Si b) No

¿Cuál es su religión?

a) católica b) cristiana c) otra d) ninguna (atea)

¿Cuál es su escolaridad?

a) primaria b) secundaria c) preparatoria ó técnico e) universidad f) posgrado g) ninguna

¿Cuál es su procedencia?

a) Aguascalientes capital b) municipios de Aguascalientes c) otro

¿Turno en el que acude a consulta?

a) matutino b) vespertino

¿La economía de su familia de quién depende?

a) de usted b) esposo c) ambos d) padres e) hijos f) otro

Cual es su ocupación?

a) Hogar b) trabaja c) estudia d) pensionado/ jubilado

Marque del 1 al 5 la opinión que exprese mayormente su sentir respecto a la pregunta, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Gracias por su participación.

PRECONTEMPLACIÓN	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿No tuvo intención de pensar en realizarse un papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿No tuvo intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿No tuvo intención de pensar sobre la toma del papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿No tuvo intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿No tuvo intención de buscar información acerca de las consecuencias de no realizarse el papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿No se sintió entusiasmada para realizarse el papanicolau en los últimos 6 meses?					
¿Consideró que realizarse un papanicolau en los últimos 6 meses era una pérdida de tiempo?					
CONTEMPLACION	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Tiene intención de pensar en realizarse un					

papanicolau en un período mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Tiene intención de pensar acerca de la toma del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Tiene intención de buscar información sobre los beneficios del papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau, en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
¿Considera que realizarse un papanicolau no es una pérdida de tiempo en un periodo mayor a 30 días y menor a 6 meses?					
PREPARACION	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Tiene intención de pensar en realizarse un papanicolau en un periodo de un mes o menos?					
¿Tiene intención hablar acerca de la realización del papanicolau en un periodo de un mes o menos?					
¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau en un periodo					

de un mes o menos?					
¿Tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau en un periodo de 1 mes o menos?					
¿Tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau en un periodo de un mes o menos?					
¿Se siente entusiasmada para realizarse el papanicolau en un periodo de 1 mes o menos?					
¿Considera que realizarse un papanicolau no es una pérdida de tiempo en un periodo de 1 mes o menos?					
ACCION	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Ya se hizo el papanicolau y no tiene intención de realizarse otro posteriormente?					
¿ Después de habérselo realizado, no tiene intención de hablar de la realización del papanicolau?					
¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau?					
¿Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información acerca de los beneficios del papanicolau?					
¿ Después de habérselo realizado, no tiene intención de buscar información acerca de consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau ?					
¿No le entusiasma realizarse un nuevo papanicolau después del					

anterior?					
¿Considera que realizarse un nuevo papanicolau después del anterior es una pérdida de tiempo?					
MANTENIMIENTO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Tiene intención de realizarse un nuevo papanicolau después de haberse hecho el anterior?					
¿Tiene intención de hablar acerca de la realización del papanicolau después de haberse realizado el anterior?					
¿Tiene intención de pensar sobre la toma del papanicolau después de haberse realizado el anterior?					
¿Tiene intención de continuar buscando información sobre los beneficios del papanicolau después de haberse realizado el anterior?					
¿Tiene intención de buscar información acerca de las consecuencias que trae consigo no realizarse el papanicolau después de haberse realizado el anterior?					
¿Se siente entusiasmada después de haberse realizado el papanicolau para realizarse uno nuevo?					
¿Considera que realizarse el papanicolau nuevamente no es una pérdida de tiempo?					

ANEXO E

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS DEPARTAMENTO DE ESNEÑANZA E INVESTIGACIÓN ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A 17 de marzo del 2015.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2015-101-41.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado “Distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la Unidad de medicina familiar 1 del IMSS delegación Aguascalientes”.

El objetivo de este estudio es identificar la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la Unidad de medicina familiar no. 1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una cédula de identificación, el cuestionario de 35 preguntas para identificar la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la Unidad de medicina familiar no. 1 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o beneficios derivados de mi participación en el estudio como son

Riesgos: Ninguno

Inconvenientes: Ninguno

Molestias: Contestar preguntas que se incluyen en los cuestionarios

Beneficios: la obtención de información sobre la distribución y frecuencia de etapas de cambio en que se encuentran las usuarias de 25-64 años de edad para realizarse

detección de cáncer cervicouterino por medio del papanicolau en la Unidad de medicina familiar no. 1 del IMSS, delegación Aguascalientes. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del protocolo, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del protocolo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

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

Privacidad y Confidencialidad: Cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio: Investigador responsable Dra. Ana Hortensia López Ramírez Dpto. UMF 1 tel 4491830120 y email:

draanahortensia@hotmail.com, Investigador tesista: Juana Ivette Samano Sánchez matrícula 99014451, residente de medicina Familiar del HGZ 1 cel: 4491114966 email: ivette_851215@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Encuestado

Dr.

Testigo

Testigo