



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**“EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ALTERNATIVA EN EL
CONOCIMIENTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES”**

Investigador Principal:

Dr. Valle Covarrubias Erick Jesús
Residente de Medicina Familiar

Investigador Responsable:

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano
Médico Especialista en Medicina Familiar

Asesor Temático:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico Especialista en Medicina Familiar

Investigador Colaborador

Dr. Diego Hazael Ramírez Leyva
Médico Especialista en Medicina Familiar

Identificación de investigadores

Dr. Valle Covarrubias Erick Jesús; Médico Residente e investigador principal.

Matrícula: 98024503

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27, Tijuana, Baja California.

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: 646-124-0572

Correo electrónico: ictihus135@gmail.com

Dra. Linda Crystal Vidal; Médico Familiar e Investigador Responsable

Matrícula: 98020772

Adscripción: UMF No. 27, Tijuana, Baja California.

Institución: IMSS.

Teléfono: 664-123-1814

Correo electrónico: dralindavidal@gmail.com

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando, Médico Familiar y Asesor Temático

Matrícula: 98020718

Adscripción: UMF No. 33, Tijuana, Baja California

Institución: IMSS

Teléfono: 664-329-8837

Correo Electrónico: dra.vbermudezmf@gmail.com

Dr. Diego Hazael Ramírez Leyva; Médico Familiar e Investigador Colaborador

Matrícula: 98263156

Adscripción: UMF No. 37, Los Mochis, Sinaloa.

Institución: IMSS.

Teléfono: 667-252-6625

Correo electrónico: diegooram@hotmail.com

Índice

Resumen	4
Marco Teórico	6
Antecedentes	11
Justificación	17
Planteamiento del Problema	18
Objetivos e hipótesis	19
Material y Métodos	
– Diseño de estudio	20
– Población de estudio	20
– Periodo de estudio	20
– Lugar de realización del estudio	20
– Tamaño de muestra	20
– Tipo de muestreo	22
– Criterios de selección	22
– Descripción de las variables	22
– Plan de Análisis	23
– Instrumentos de medición	23
– Procedimiento	23
Aspectos éticos	27
Recursos, Financiamiento y Factibilidad	28
Cronograma de Actividades	28
Resultados	29
Discusión	32
Conclusiones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	
– Hojas de recolección de datos	41
– Carta de consentimiento informado	45
– Carta de asentimiento informado	47
– Carta Autorización director	49

Resumen

“EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ALTERNATIVA EN EL CONOCIMIENTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES”

Valle-Covarrubias EJ, Vidal-Solórzano LC, Bermúdez-Villalpando VI, Ramirez-Leyva DH.

Introducción: Virus del Papiloma Humano, es considerada la principal infección de transmisión sexual en el mundo, a pesar de eso, existe deficiente prevención que favorece la progresión de lesiones intracervicales a Cáncer Cervicouterino; dependiendo el área geográfica es la segunda a cuarta causa de defunción en mujeres por cáncer principalmente en edad reproductiva y laboral, repercutiendo en familias que sufren la pérdida de quien lo padece, la mayoría de los casos madre y proveedora. La importancia de educación en salud radica en población de riesgo, no se cuenta con programas eficaces para ello, o se cuenta con modelos pedagógicos tradicionales que no han mostrado resultados satisfactorios, es necesario estudiar alternativas en la educación.

Objetivo: Determinar el efecto de una estrategia educativa alternativa en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Metodología: Previa autorización del Comité de Local de Investigación en Salud (CLIS), Comité Local de Ética en Investigación (CLEI) y de autoridades de la UMF no. 27, se realizará estudio cuasi-experimental de intervención educativa antes y después, en adolescentes que acuden a JuvenIMSS en el periodo 2018-2 en la UMF No. 27 del IMSS; con base al modelo pedagógico alternativo llamado “Diálogo de Saberes”; en el contenido educativo se tomará en cuenta la información proporcionada por la OMS/OPS sobre VPH y CaCu que se encuentra en su página oficial. Se aplicará un instrumento de medición validado, que consta de 16 preguntas, para las mediciones antes y después de la intervención educativa. Se usará estadística descriptiva e inferencial; se aplicará prueba de Wilcoxon para evaluar la estrategia.

Resultados: Al realizar la comparación de grupos Pre y Post-Intervención educativa con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, se encontró en el nivel global de conocimiento un valor de $Z -6.773$ con $p 0.000$; en la comparación de la sección “*conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la*

infección por VPH", $Z -6.158$, $p 0.000$; en la comparación de "*conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH*", $Z -3.207$, $p 0.001$, basados en los rangos negativos resultantes del estudio.

Conclusiones: La intervención basada en una estrategia educativa de metodología pedagógica alternativa, como lo es el modelo "Dialogo de Saberes", tiene un incremento en el conocimiento sobre el VPH en adolescentes.

Palabras clave: Estrategia Educativa, Virus del Papiloma Humano, Adolescentes.

Marco Teórico

El Cáncer Cérvicouterino (CaCu), es considerado dentro de las principales amenazas a la vida de las mujeres en el mundo, esto tomando en cuenta de que es principalmente fácil de prevenir y evitar su progresión una vez detectado (1-6). La problemática principal con la afección por dicha patología es el trasfondo en las familias de las mujeres que lo padecen y fallecen por el mismo, siendo la gran mayoría en edad reproductiva/laboral, dejando hijos en edades pequeñas o afectando la fuerza laboral de países en desarrollo (1).

El Virus del Papiloma Humano (VPH), perteneciente a la familia Papillomaviridae, se le considera el agente etiológico de la Infección de Transmisión Sexual (ITS) más frecuente en el mundo (2); este es un virus sin envoltura y con una cápside icosaédrica formada por 72 capsómeros, de ADN de genoma circular de doble cadena, tiene la capacidad de contagiar prácticamente al contacto de piel con piel, por lo cual es de muy fácil propagación, no sólo siendo su transmisión por vía sexual sino también vertical al momento del parto (2), con esto se hace énfasis en no haber necesidad de penetración y que los métodos comunes de protección para ITS, condón masculino por ejemplo, realmente no protegen más allá del área donde cubren (1).

El VPH afecta a las células epiteliales en alto índice de replicación, motivo por el cual su principal área de afección, y relación con la generación del CaCu es el epitelio de transición del cuello uterino, afectando las células basales del epitelio escamoso (2), formándose los coilocitos que son células de tamaño aumentado que pueden tener un núcleo grande o ser multinucleadas, dichas células siendo notorias en las pruebas comunes de tinción como de Giemsa o Papanicolaou (2).

No obstante, de los más de 100 tipos de VPH que se conocen, son pocos los que se relacionan de manera directa con el desarrollo del CaCu (1). De los que se conocen, se tiene una clasificación como de Alto Riesgo (AR) y Bajo Riesgo (BR) (2), para hacer énfasis en su relación a la aparición de lesiones precursoras de

CaCu. Entre los tipos de AR de mayor importancia se tienen los tipos 16 y 18, siendo los causantes de 7 de cada 10 casos de CaCu notificados en todo el mundo (1). Existen otros tipos asociados como de AR, pero de menor incidencia. En cambio, con los de BR, no se asocia lesiones que desarrollen el dicho cáncer, pero sí manifestaciones clínicas como las verrugas genitales y los condilomas (2).

Es importante recalcar que el virus, a pesar de generar la infección en el epitelio, en la mayoría de los casos, es una infección asintomática, transitoria y puede pasar desapercibida (2-3) y dependiendo del genotipo, las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables, como antes se mencionó en la clasificación de riesgo, principalmente los de BR se manifiestan como verrugas genitales y condilomas. Cabe mencionar que no solo es precursor de lesiones benignas o del CaCu, también se está relacionado a lesiones neoplásicas malignas en otras áreas como cáncer anal, cáncer de pene, cáncer de vagina y en áreas como faringe y cavidad oral (2), siendo también mucosas de alto nivel de replicación, ya sea por prácticas sexuales orales e incluso transmisión por vía vertical, se puede generar la infección en dichas áreas y predisponerse a las lesiones antes mencionadas (2-3).

Existen otros factores que son imprescindibles para la generación del CaCu por la infección por VPH, en sí es la infección crónica o persistente del virus (3), es por ello que hay factores que auxilian a la persistencia del virus, como coinfecciones por otras ITS y el hecho de que también pueden ser asintomáticas o de manifestaciones poco notorias al portador, lo cual favorece la progresión al cáncer. Entre las infecciones que figuran son, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras como Chlamydia trachomatis, que es considerada estadísticamente como la ITS bacteriana más frecuente (2-3). El hecho de ser factores que propicien la persistencia del virus, se entiende por el hecho que interfieren con la inmunidad por parte del organismo para la resolución de la infección por el VPH, ya sea afectando directamente a la respuesta inmunológica (en el caso del VIH) o

generando un proceso inflamatorio crónico (como en la Chlamydia) incluso definido como cofactor para la carcinogénesis (3).

En datos estadísticos, se considera propiamente una enfermedad global (2-4), aunque se presenta en países en vías de desarrollo como del primer mundo, un común denominador es el escaso recurso económico y pobre educación (1). Según datos estadísticos propios de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, las regiones de América Central y América del Sur, están dentro de las principales áreas de incidencia, junto con África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental, que su común denominador son la falta de recursos económicos y pobre nivel educativo en las personas que lo padecen. En el 2012 se registraron 528,000 casos nuevos y 266,000 muertes secundarias a esta enfermedad (1), siendo la gran mayoría en países de las regiones antes comentadas (4).

Tomando en consideración la cuestión de la edad, al inicio de la Vida Sexual Activa (VSA) es cuando la mujer tiene contacto por primera vez con el VPH (excluyéndose si existe el riesgo al nacimiento), se encuentra que mientras más joven el inicio de su vida sexual, es mayor el riesgo de contraer la infección y esto además se favorece al tener varias parejas sexuales, se genera mayor probabilidad de ser múltiples genotipos, entre ellos los que se conocen como de AR (4-5), encontrando este tipo de condiciones en algunas poblaciones donde se realizan tamizajes con pruebas de tipificación viral. Se ha reportado previamente que en poblaciones de edades menores de 30 años, se encuentra mayor prevalencia de la infección por genotipos de AR en comparación con mayores de la edad comentada (5).

Actualmente se tienen formulaciones de vacunas que auxilian en la prevención de la infección por algunos de los genotipos de AR (5), el principal inconveniente es que es una protección incompleta, debido a que son sólo 2 o 4 de los genotipos de AR a los que la vacuna auxilia en prevenir su infección, esto puede condicionar en

las poblaciones vacunadas o con acceso, a perder la cultura del uso del preservativo o de tener varias parejas sexuales pensando en no tener riesgo a contraer dicho virus, situación que ya se plantea en algunos reportes previos (5).

Tomando en consideración el hecho de que existen mujeres afectadas por genotipos de AR, en edades reproductivas, se han hecho asociaciones en que la infección por el VPH también afecta a la gesta, a tal grado de especularse como factor de riesgo para aborto espontáneo en algunos estudios previos (6); no obstante, no se logra concluir de manera concreta en dicha hipótesis. Aunque se refieren pronósticos de incidencia para un futuro, esto no cambiará de no existir modificación en la prevención del principal factor asociado a la aparición del CaCu, la infección por Virus del Papiloma Humano (6).

Los principales factores de riesgo para la infección por VPH son el inicio temprano de vida sexual, y aunado a esto, pobre conocimiento sobre su contagio y prevención, como también de otras ITS. Esta última, siendo una cuestión casi primordial en los países en vías de desarrollo, aunque también presente en primer mundo (1). Debe tenerse en cuenta que la edad de inicio de la vida sexual puede variar en cada región del mundo por varios factores, tanto culturales como de ideologías religiosas. Por esto como otros factores, en la Modificación de la Norma Oficial Mexicana 014-SSA2-1994 y en la Guía de Práctica Clínica de prevención y detección oportuna del cáncer cérvicouterino en el primer nivel de atención, instan a todo servidor de la salud a la educación en salud sobre la prevención de la infección por VPH a la población en riesgo, tanto hombres como mujeres, desde la adolescencia (7-8).

En los modelos alternativos en la pedagogía y ontología sobre la educación en salud existe el “Diálogo de Saberes”, el cual propone que el ser humano es un individuo “inconcluso”, es decir, está en constante formación, recambio, por lo cual, no es solo necesario inundarlo de información, sino también razonarla; por lo tanto es necesario una comunicación bilateral entre el educador y el educando, cuestión

que propone dicho modelo, con la intención que el educando exponga su problemática personal, sean razones culturales o de otra índole que le atribuye el no poder modificar sus hábitos diarios que pudiesen proponer un riesgo a su salud, esto en el contexto de lo que se habla en este modelo; y de igual manera que el educando entienda la situación y exponga nuevas alternativas al individuo. Esto, desarrollándose en el hecho que el individuo al cual se pretende incidir, es un ser libre, autónomo, responsable de su existencia (9-11).

Antecedentes

El CaCu es desde el segundo al cuarto lugar en causas de muerte por cáncer, dependiendo de la población en cuestión. Debe tomarse en consideración los aspectos educativos, socio-culturales, económicos, geográficos, políticas sanitarias y acceso de los servicios de salud (12).

Bermúdez y cols. en el FIGO Cancer Report 2015 que habla sobre el CaCu, comentan que es la patología maligna mas común en las mujeres tanto en incidencia como en mortalidad a nivel mundial, después del cáncer de mama, colorrectal y de pulmón; siendo aproximadamente 527,600 nuevos casos y 265,700 muertes, respectivamente (12).

Ramos y Garcés encontraron que en poblaciones aisladas y con pobre acceso a las instituciones de salud, en Colombia (13), si existe un apego a la realización de la citología cervical rutinaria, pero de esto depende el tener una derechohabencia a los servicios sanitarios, y de no tenerlos se encontró el no realizarse dicha prueba; a esto se suma la educación de la población como factor importante para realizarse no solo la citología cervical, sino también un seguimiento a este estudio; en cuanto a la edad de la población y de usar o no algún método de planificación familiar, se encontró que mientras mayor la edad de la paciente sin método anticonceptivo, menor era el porcentaje del uso del programa de detección oportuna de cáncer (13).

Encuestas realizadas a grupos de jóvenes universitarios por Tamayo-Acevedo y cols., al respecto de la percepción del VPH, en Colombia (14), refieren que en la población universitaria, a pesar de hacerse una comparación al respecto del conocimiento relacionado sobre VPH en población estudiante de ciencias de la salud y otras carreras que no tienen relación, en el único punto que hubo diferencia fue en el conocimiento sobre etiología y transmisión, pero en cuestiones de conducta, prácticas de riesgo y referencia a adquisición del conocimiento, fueron muy similares; esto mostrando que la población tenía principalmente sus

bases al respecto en experiencias personales y de terceros, también presentar actitudes de riesgo ante el contagio a pesar de tener algún conocimiento al respecto (15).

En países del primer mundo, como en el caso de Australia, existe una política en salud al respecto de la educación y la vacunación sobre el VPH en adolescentes que se ha estado implementando años atrás, esto con la vacunación incluso a los adolescentes hombres y no solo al género femenino; lo anterior como protección contra genotipos de AR en ambos géneros. Tomemos en cuenta que existen en dichas regiones tanto la infraestructura como el recurso económico para realizarse los programas. En otras áreas del globo, también se realizan intervenciones educativas de índole exploratoria, como en el caso de Nigeria donde trabajan con recursos más escasos, siendo principalmente del tipo audiovisual (video y folletos) y mayor interacción con la población en riesgo, donde Abiodun y cols., encontraron una respuesta positiva con aumento de la realización de pruebas de escrutinio y tamizaje, similar a lo antes comentado en áreas de las américas. Aunque en el primer caso se lleva año con año y se realiza una vacunación a todo adolescente en edad para completar el esquema implementado por sus instituciones de salud; en realidad, no existe una limitante en tener una educación continua o periódica sobre prevención primaria tanto en adolescentes como en población, tanto sexualmente activa como aquellos que son responsables de los adolescentes (15-16).

Comparando con Estados Unidos, donde se cuenta con una accesibilidad de recursos similar a la de Australia, existe un rezago en el seguimiento de la vacunación contra el VPH (17); esto se ve principalmente en adolescentes y jóvenes adultos que ya había realizado la vacunación en su adolescencia. Kester y cols. realizaron una breve intervención educativa de menos de 15 minutos, dando como resultado un cambio tanto en el conocimiento al respecto del VPH como también sobre la intención de terminar el esquema de vacunación. Se necesita tanto instruir al adolescente como también al padre o tutor, quien da la

autorización no solo de planes educativos, también de uso de vacunas, esto según lo encontrado en una intervención educativa por Reiter y cols. (17-18).

García-Rueda y cols., encontraron que en diversas poblaciones en las américas están mostrando una reducción en la edad de inicio de la VSA (19), que esto se refleja no sólo en poblaciones marginales o de escasos recursos, también en poblaciones urbanas, con acceso a educación (población universitaria) o con un nivel económico medio. Siendo la edad más frecuente de inicio entre los 15 a los 18 años de edad. A esto se suma el hecho de que se realizan intervenciones educativas, como la realizada por Herrera-Ortiz y cols., con el fin de ver si existe un cambio en la percepción de riesgo de infección por VPH y otras ITS (como Herpes Virus), encontrándose cambios estadísticamente significativos (20).

En México se muestra alrededor de 4,000 muertes anualmente (6); según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía el 13.9% de las defunciones en mujeres son por CaCu y un 15% por cáncer de mama (8). La mayoría están en edad reproductiva, y laboralmente activas, es una pérdida de fuerza productiva en diversas áreas del país, también pérdida del rol de madre en una familia. Por este tipo de situaciones, se han tomado medidas preventivas para evitar lo que algunos llaman “inequidad en la salud” (21).

Desde hace mas de 10 años aproximadamente, se viene implementando programas de apoyo a la sociedad en materia de salud en México, esto con la intención de reducir la inequidad en dicha materia (7-8, 21). Aunque se han logrado numerosos avances, e incluso en algunos casos roto esquemas culturales, queda mucho camino por recorrer; esto principalmente, porque las medidas que se adoptaron, entre ellas Seguro Popular, aunque están enfocadas a los estratos sociales más afectados económicamente, existe un rezago en el conocimiento en la población, es decir, fallamos aún en poder transmitir medidas de prevención para las patologías que estamos intentando curar; entre ellas CaCu y el VPH (22).

La prevención del CaCu es algo que en teoría es fácil de aplicar y existe un tiempo considerable para hacerlo, debido a que la evolución entre lesión primaria y CaCu suele ser lenta; entonces existe la oportunidad de poder intervenir en su historia natural, ya sea con los estudios de tamizaje de rutina (de costo reducido como es la citología cervical, o de costo moderado y de acceso reducido en algunas áreas como la tipificación viral e incluso la educación de la población en riesgo y prevenir lesiones futuras (22).

El Consenso para la Prevención del CaCu en México (22), celebrado en 2011, dio dos recomendaciones, siendo la prevención primaria que consiste en la educación para la prevención del CaCu e inmunización universal, y prevención secundaria por detección temprana de infecciones o lesiones que pudieran favorecer a la carcinogénesis. Se tiene que considerar varios aspectos para una prevención primaria eficaz en la educación, tanto la información a la población acerca del CaCu, sus causas e historia natural y promover la vacunación contra el VPH (7-8, 22); tomando en consideración la situación económica en materia de salud de las naciones en vías de desarrollo como lo es México (23).

Aunque se hace mucho hincapié en la vacunación de la población femenina antes de los 15 años de edad debido a la formación de una respuesta inmunológica mayormente eficaz a comparación de edades superiores (22), se reconoce que en el grupo de edad entre 12 a 26 años, la respuesta obtenida es similar al de 9 a 12 años después de tres dosis; por lo cual esta autorizado su uso para estos grupos y poner al día en el uso de la vacuna a las mujeres del primer grupo (24).

A pesar de los esfuerzo realizados en México, se reporta aproximadamente 9,000 casos de CaCu invasor atendidos en el país anualmente (23), esto siendo un reflejo de que gran número de casos se diagnostican en etapas tardías de la historia natural del padecimiento. Existen reportes en los cuales se han enlistado tantos las fortalezas como las debilidades de los programas de detección oportuna de CaCu en el país; siendo la principal fortaleza el hecho de que es gratuito y

abierto a toda la población, siendo o no derechohabiente de alguna de las múltiples entidades de salud en México; pero como debilidad de importancia, está la deficiente educación en salud (23,25).

Hernández-Márquez y cols., encontraron que mientras mayor sea el conocimiento sobre el tema, mayor la aceptación para realizarse pruebas de escrutinio o tamizaje e incluso un seguimiento regular (24), esto siendo ocho veces mayor la posibilidad de realizarse dichas pruebas; a esto se asocia una escolaridad mayor. Incluso en dicho estudio se encontró que más de la mitad de las encuestadas consideraba que el VPH se puede eliminar con la administración de algún antibiótico, motivo el cual podría generar una respuesta negativa al no recibir algún tratamiento de dicha forma al presentarse con resultados positivos y esto traducirse en actitudes negativas a continuar con el seguimiento por parte de una institución. Con respecto a lo anterior, Givaudan y cols., encontraron que en poblaciones marginadas donde no se tienen los servicios de manera regular, si se otorga la información en prevención, se aumenta el uso del servicio de tamizaje (25), comparable a lo encontrado por Perkins y cols., que recibir programas de educación en lugares donde ya se cuenta con el servicio, aumenta considerablemente la respuesta por parte de la población blanco (26).

De manera tradicional, en si el enfoque que se toma más comúnmente en la educación sobre conceptos sanitarios a la población, es de índole autoritaria, informativa, conductista o persuasivo con la intención de modificar hábitos o estilo de vida que propone un riesgo a la salud de la población la cual se intenta educar (9). No obstante, esto implica que no existe una flexibilidad al diálogo, por lo cual, los que son educandos en el modo tradicional de la pedagogía, son meramente recipientes que deberán ser llenados del contenido informativo, sin que exista un diálogo bilateral que pueda tomar en cuenta no solo las dudas del receptor, también la consideración del contexto de la población la cual se intenta incidir, limitándose diversos puntos de vista que podrían aportar una mejor manera de comprender el conocimiento y llevarlo prontamente a la práctica. En conjunto

tomándose en cuenta el contexto cultural y geográfico de la población, entendiendo mejor el porqué de los factores de riesgo que se tratan de modificar (9-11).

No hay referencia en la literatura nacional o local sobre programas de intervenciones educativas alternativas enfocadas al VPH y su prevención en adolescentes, así que nuestro estudio sería la primera intervención educativa alternativa en materia de VPH.

Justificación de la Investigación

La infección por VPH es el principal factor para desarrollar el CaCu, en México es la segunda causa de muerte en mujeres por cáncer, es prevenible y curable si es detectado a tiempo. Debido a que la edad de inicio de vida sexual activa en la población mexicana se ha ido disminuyendo, se han presentado casos de infección por VPH y de CaCu en población más joven de lo habitual, relacionado con el número de parejas sexuales y a la falta de medidas de prevención.

México, primordialmente es una sociedad que es dependiente del matriarcado, en que las mujeres son las que llevan el rol de crianza y desarrollo de los hijos dentro del ámbito familiar y toma de decisiones importantes para la subsistencia de los integrantes de la familia; por lo que, cuando existe una pérdida parcial de la salud, o se presenta una carencia en la productividad dentro de la familia en el rol antes mencionado, impacta en la cabeza de la familia mexicana. Aunque sus implicaciones socioculturales son en gran medida variables y profundas; madre que presenta CaCu, determina la pérdida del miembro que ayuda a generar nuevos individuos sanos para la sociedad.

La población adolescente de México está constantemente influenciada por medios de comunicación e ideologías que promueven actitudes de riesgo. Se propone comprobar la deficiencia de información en prevención y así se puedan implementar medidas apropiadas a la población actual de adolescentes y evitar que el impacto del VPH y su desarrollo a CaCu sea disminuido a largo plazo. Comprender mejor la dinámica juvenil actual al respecto del tema en México, en una de sus ciudades más importantes y polifacéticas, será beneficioso para adoptar medidas educativas adecuadas al grupo de riesgo. Determinar las relaciones entre variables que influyen en conocimiento de manera preventiva sobre VPH en nuestra población, auxiliara a este propósito. La intervención educativa que se propone es factible, de fácil acceso económico, con grupos ya existentes en alto riesgo y se puede realizar en corto periodo de tiempo.

Planteamiento del Problema

Debido a la primicia que el CaCu es prevenible, y la infección por VPH es algo que se puede evitar con las medidas sanitarias por parte de la población sexualmente activa; esto orilla a considerar que a pesar de que se cuenta con una infraestructura en educación para la ciudadanía, no se considera de manera adecuada la instrucción en sexualidad y prevención de ITS o no se realiza eficazmente. Se atribuye de misma manera, aspectos geográficos, como son carencia de servicios sanitarios accesibles, donde la población pueda recibir no solo atención en salud, sino también educación para la prevención.

En cuestión social, se infiere que por el acceso a la información con la cual se cuenta actualmente, por medios de comunicación masivos, llámese internet, televisión, radio y medios impresos, esto por orden de alcance en lo que se considera en la población adolescente; este grupo de la sociedad tendría tanto acceso como noción sobre la prevención de la infección por VPH y su relación con CaCu, pero se carece de pruebas fehacientes de este mismo hecho. De igual manera, a pesar de existir programas educativos a este sector de la población, con el fin de no solo prevenir ITS, sino otros aspectos en materia sanitaria ¿por qué motivo no se ve un cambio en las conductas sexuales? ¿Existirá carencia en el modelo tradicional de impartirse la educación en salud?

Considerando esto, se muestra la necesidad de conocer un tanto más a la población que está en riesgo de presentar el contacto con VPH y de la misma manera evaluarse las características de la educación que se realiza de manera cotidiana en los programas de prevención; esto para determinar de qué manera podría realizarse una intervención que generará un impacto real en el comportamiento de la sociedad y en su actitud frente a la sexualidad en el grupo etario del adolescente. Ante lo anterior nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa alternativa en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes?

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar el efecto de una estrategia educativa alternativa en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos Específicos:

- Determinar las características clínicas y sociodemográficas de los adolescentes que participarán en la estrategia educativa.
- Determinar nivel de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) en adolescentes del programa de JuvenIMSS, pre y post intervención educativa.

Hipótesis

De Trabajo:

La estrategia educativa basada en metodología pedagógica alternativa “Dialogo de Saberes” tendrá un incremento en el conocimiento sobre el VPH en adolescentes de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nula:

La estrategia educativa basada en metodología pedagógica alternativa “Dialogo de Saberes” no tendrá no incremento el conocimiento sobre el VPH en adolescentes de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y Métodos

Diseño de Investigación: Por clasificación de investigación es mixto; con alcance o finalidad del estudio como explicativo, debido a que se pretende determinar el efecto de una estrategia educativa basada en métodos pedagógicos alternativos sobre el conocimiento acerca del VPH; por cronología de los hechos, prospectivo. El diseño del estudio (control de la asignación de los factores de estudio) es dentro de los márgenes del Cuasi-experimento según categorías de Campbell y Stanley (27), se realizó una intervención educativa en grupos de personas intactos previamente existentes al estudio (grupos de jóvenes que acuden a JuvenIMSS). Por secuencia temporal: longitudinal, debido a que se realizó medición antes y después a la intervención educativa.

Población de estudio: Adolescentes que cursen bachillerato y acuden a los grupos del programa JuvenIMSS de la UMF No. 27.

Periodo de Estudio: De Agosto a Diciembre del 2018.

Lugar de Realización: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California.

Tamaño de la muestra

Formula de tamaño de muestra para diferencias entre 2 medias.

$$n = \frac{K(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n= tamaño de la muestra que se requiere

σ= Variabilidad

μ= Magnitud mínima importante de la diferencia.

K= $(Z\alpha + Z\beta)^2$

Tabla 1. Cálculo de la constante de la fórmula (K)

Nivel significación dos colas	Poder				Nivel significación una cola
	50%	80%	90%	95%	
0.1	2.7	6.2	8.6	10.8	0.05
0.05	3.8	7.9	10.5	13.0	0.025
0.025	5.4	10.0	13.0	15.8	0.01
0.01	6.6	11.7	14.9	17.8	0.005

La constante K se eligió con base a un poder estadístico de 95% con un intervalo de confianza de 95% en un estudio a una cola, lo que da como resultado una constante K=10.8

σ_1 = Variabilidad en el grupo al inicio de la estrategia educativa; según lo encontrado por Paredes-Cruz y cols., en una estrategia educativa sobre el conocimiento de VPH en Perú, se encontró una variabilidad de 10.

σ_2 = Variabilidad en el grupo al final de la estrategia educativa; según lo encontrado por Paredes-Cruz y cols., en una estrategia educativa sobre el conocimiento de VPH en Perú, se encontró una variabilidad de 10.

$\mu_1 - \mu_2$ = Se estima una magnitud mínima importante entre el grupo al inicio y al final de 5 puntos según lo encontrado por Paredes-Cruz y cols., en una estrategia educativa sobre el conocimiento de VPH en Perú, se encontró una magnitud mínima importante de 5 puntos.

Despeje de la fórmula:

$$n = K \frac{(\sigma_1 + \sigma_2)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = n = \frac{(10.8) (10+10)^2}{(5)^2} = \frac{(10.8) (200)}{25} = 81.6$$

N= 82 pacientes

Tamaño de la muestra= 82 + 20% por pérdidas de datos= **100 pacientes**

Muestreo: No probabilístico por casos consecutivos.

Criterios de Selección.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de ambos sexos, que acuden a los grupos educativos de JuvenIMSS de la UMF No. 27, que acepten realización de estudio por medio de asentimiento informado y consentimiento informado por sus padres o tutores.

Criterios de no inclusión:

- No requiere.

Criterios de eliminación:

- Información incompleta, que el participante falte a dos sesiones o más de la intervención educativa.

Descripción de las Variables:

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre el VPH.

Variables independientes: Estrategia educativa sobre el conocimiento de VPH.

Variables clínicas y sociodemográficas: edad, género, comportamiento sexual de riesgo, ciudad de origen.

Variable.	Definición Conceptual.	Definición Operacional.	Indicador.	Valores Finales.	Tipo de Variable.
Conocimiento sobre VPH.	Conocimiento: conjunto de datos o noticias relacionados con algo, especialmente conjunto de saberes que se tienen de una materia o ciencia concreta.	Conjunto de datos al respecto de la infección por VPH y su prevención.	<i>Cuestionario de conocimiento sobre Papillomavirus Humano.</i>	Alto 11-16; medio 6-10; Bajo: 0-5.	Cualitativa Ordinal.
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos a la fecha del estudio.	Edad.	Años.	Cuantitativa continua.
Género.	Categoría o clase nominal del humano.	Categoría al respecto del sexo.	Género.	Masculino. Femenino.	Cualitativa Nominal.

Comportamiento Sexual de Riesgo.	Manera de funcionamiento de un individuo para asociarse a otros con el fin de formar relaciones, mostrar deseo sexual y coito.	Funcionamiento de relación sexual con otros individuos que se considera con características con riesgo en la salud, como lo son sin uso de preservativo y/o bajo influencia del alcohol u otras sustancias o drogas que alteran el juicio.	Hoja de Recolección de Datos Sociodemográficos	Con factores de riesgo (relaciones sexuales sin uso de preservativo o bajo influencia de alcohol y otras drogas). Sin factores de riesgo.	Cualitativa nominal.
Ciudad de origen	Lugar de nacimiento de un individuo determinado por límites geográficos oficiales según el país.	Se determinará con base a la ciudad y estado de nacimiento del individuo.	Ciudad y estado de origen.	Ciudad y estado de origen.	Cualitativa nominal politómica.

Plan de Análisis.

Los datos obtenidos se integraron a las hojas de recolección de datos (anexos 1 y 2) y se analizaron mediante el programa SPSS versión 21 en español. Se realizó estadística descriptiva; para variables cualitativas utilizaremos frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media, mediana y desviación estándar. Se utilizó prueba de Wilcoxon para determinar la diferencia entre el conocimiento antes y después de la estrategia educativa. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas. Se considera una $p < 0.05$ como significativa.

Instrumento de Medición:

Se utilizará un cuestionario validado que consta de 16 preguntas con respuestas cerradas politómicas. Este instrumento se encuentra validado al español con un Coeficiente de Confiabilidad de Kuder-Richardson de 0.767 (28). Conformado por 16 preguntas que se separa en dos aspectos: “*conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH*” y “*conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH*”, 10 y 6 preguntas respectivamente; cuantificados con escala dicotómica, sea correcta o no la respuesta; para determinar el nivel de conocimiento se utiliza el puntaje global, el cual se divide en bajo conocimiento (0-5 puntos), medio (6-10 puntos) y alto (11-16 puntos). En cuanto al parámetro “*conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH*” el puntaje de conocimiento es el siguiente, bajo (0-3 puntos), medio (4-7 puntos) y alto (8-10 puntos). En cuanto al parámetro

“conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH” el puntaje se divide en bajo (0 puntos), medio (1-5 puntos) y alto (6 puntos).

Procedimiento:

Se solicitó la evaluación del CLIS y CLIE para su aprobación y autorización al director de la UMF No. 27 para su desarrollo operativo. Se realizó con los jóvenes que participan en los grupos de JuvenIMSS (tanto turno matutino como vespertino), se aplicó una estrategia educativa en los grupos, siendo del tipo pedagógica alternativa, y así se evaluó el nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión al inicio y al término de las sesiones. Esto con previa autorización por asentimiento informado de los participantes y consentimiento informado de los padres o tutores en su defecto. El material educativo estaba basado en la información proporcionada por parte de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, al respecto en su página de internet (29) del tema sobre Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cérvicouterino, que consta de 5 temas: 1. ¿Qué es el Cáncer Cérvicouterino?, 2. El Virus del Papiloma Humano, 3. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, 4. Pruebas de Detección Temprana de Cáncer Cérvicouterino y 5. Tratamientos del Cáncer Cérvicouterino.

La estrategia educativa que se aplicó en los participantes, estaba basada en aspectos pedagógicos alternativos al modelo tradicional, con respecto a las bases del modelo humanista “Diálogo de Saberes”. Se realizó la intervención formada en siete sesiones, de aproximadamente 90 minutos cada una. Fueron sesiones por día hábil consecutivo. Solicitándose previamente a los participantes busquen información del tema a tratar, y al estar en la sesión se discutirá lo encontrado en grupos de 3 a 5 personas, posteriormente se compartió en el grupo por un representante del equipo y se complementó con la información de base que se tenía para el grupo.

El programa operativo fue el siguiente:

Sesión	Tema	Características y Puntos Clave	Estrategia educativa	Materiales
1	Encuadre Evaluación Previa	Se presento al equipo de trabajo, el proyecto y finalidad del mismo, iniciando con la aplicación del instrumento de medición y la hoja de recolección de datos. Se explico la dinámica que se llevaría en cada sesión y los temas a tratar.	Evaluación Diagnostica	Instrumento de medición y hoja de recolección de datos.
2	Tema 1 - ¿Qué es el Cáncer Cérvicouterino?	Se reviso de manera introductoria a el Virus del Papiloma Humano y su relación con el Cáncer Cérvicouterino, se hizo enfoque además en las medidas preventivas.	Phillips 66´	“Pintarrón” Plumones de colores para “pintarrón”
3	Tema 2 – El Virus del Papiloma Humano	Se reviso a mayor profundidad el VPH, enfocándose en las características del agente infeccioso, los tipos y lesiones que originan, métodos de prevención del contagio específicos y tratamiento por lesiones.	Corrillo	“Pintarrón”. Plumones de colores para “pintarrón”. Hojas blancas y bolígrafos.
4	Tema 3 – Vacuna contra el VPH	Se retomo el VPH, enfocándose en la prevención por inmunizaciones, hablando de la utilidad y las	Discusión	“Pintarrón”. Plumones de colores para

		características de la población que se ve beneficiada de su aplicación, efectos secundarios y seguimiento.		"pintarrón".
5	Tema 4 – Pruebas de Detección Temprana de Cáncer Cérvicouterino	Se enfocó en las pruebas de detección temprana, hablando de las edades de inicio recomendadas, que significan los resultados de estas y el seguimiento que se debe de tener; se introdujo a terapias de lesiones pre-cancerígenas.	Corrillo	"Pintarrón". Plumones de colores para "pintarrón". Hojas blancas y bolígrafos.
6	Tema 5 – Tratamientos del Cáncer Cérvicouterino	Se repasaron los puntos importantes al respecto del VPH y el CaCu, enfocándose en las opciones de tratamiento de un CaCu invasivo y el seguimiento que se deberá tener.	Lluvia de Ideas	"Pintarrón" Plumones de colores para "pintarrón"
7	Evaluación Final	Se realizó prueba posterior a la estrategia educativa: Cuestionario de Conocimiento al VPH. Se dio tiempo de discusión de nuevas interrogantes que surgieron después de la segunda prueba. Se dio cierre a las sesiones y se agradeció a los participantes por su cooperación.	Evaluación Final	Instrumento de medición.

Aspectos Éticos.

Se realizó con apego a la Declaración de Helsinki con respecto a la actualización

del año 2013 realizada en Brasil; al artículo 98 de la Ley general de salud en relación a la investigación en seres humanos, conforme a los lineamientos de los proyectos de investigación en salud del IMSS; y fue sometido a aprobación por el Comité Local de Investigación del IMSS y bajo la autorización del director de la UMF en cuestión. Se solicitó consentimiento informado de los participantes y consentimiento informado de los padres o tutores, respectivamente (anexo 3 y 4).

El estudio tiene clasificación II, riesgo mínimo según el riesgo del estudio, ya que éste estudio es una intervención para aumentar el conocimiento del VPH en un grupo vulnerable como los adolescentes. Se respetó en todo momento la confidencialidad del paciente. El protocolo respeta los principios de la bioética como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, ya que se respetó en todo momento la confidencialidad del paciente, se tomó siempre en consideración la decisión del paciente de ingresar al estudio, se le otorgó un beneficio para su salud y no se le hizo ningún daño.

El estudio tiene como objetivo otorgar un beneficio al adolescente que consiste en aumentar su conocimiento y herramientas para prevenir la infección por VPH y en caso de padecerla acudir al lugar indicado para iniciar tratamiento, además de ser una investigación enfocada a la prevención de una de las ITS más común a nivel mundial con repercusión sociales importantes. Por lo anterior, el balance riesgo-beneficio se inclina claramente hacia el beneficio. La confidencialidad del paciente se respetó en todo momento al ser sesiones privadas en grupos pequeños con un espacio determinado para llevar a cabo la sesión. El consentimiento informado fue solicitado y llenado por el investigador principal que también fue el encargado de impartir la estrategia educativa.

Recursos, Financiamiento y Factibilidad.

Factibilidad: Viable, por ser un estudio tipo intervención educativa. Recursos: la unidad cuenta con recursos humanos y físicos suficientes para desarrollar las

actividades de la investigación, por lo que es factible su implementación. Financiamiento: fue a cargo de los investigadores. No represento problema con la bioseguridad.

Cronograma de Actividades

Actividad	Agosto del 2017 a Mayo del 2018	Junio del 2018	Junio a Julio del 2018	Agosto a Octubre del 2018	Noviembre del 2018	Noviembre a Diciembre del 2018	Diciembre del 2018
Elaboración del protocolo	xxx						
Registro del protocolo		xxx					
Aprobación del protocolo			xxx				
Desarrollo del protocolo				xxx			
Resultados					xxx		
Análisis de resultados y discusión						xxx	
Reporte final de la investigación							xxx

Resultados

Características Socio-demográficas				
			Frecuencia	Porcentaje
Edad	Válidos	14	8	8.7
		15	60	65.2
		16	20	21.7
		19	4	4.3
		Total	92	100.0
Genero	Válidos	Masculino	56	60.9
		Femenino	36	39.1
		Total	92	100.0
Ciudad de Origen	Válidos	Tijuana	60	65.2
		Otra Ciudad	32	34.8
		Total	92	100.0
Inicio Relaciones Sexuales Activas	Válidos	Si	12	13.0
		No	72	78.3
		No Contesto	8	8.7
		Total	92	100.0
Pareja Actualmente	Válidos	Si	32	34.8
		No	56	60.9
		No Contesto	4	4.3
		Total	92	100.0
Mas de una Pareja Sexual	Válidos	Si	4	4.3
		No	80	87.0
		No Contesto	8	8.7
		Total	92	100.0
Relaciones Sexuales Sin Preservativo	Válidos	Si	4	4.3
		No	80	87.0
		No Contesto	8	8.7
		Total	92	100.0
Relaciones Sexuales Bajo Influencia de Sustancias	Válidos	No	80	87.0
		No Contesto	12	13.0
		Total	92	100.0

Se invitaron a participar al estudio a 120 adolescentes del grupo JuvenIMSS, de los cuales 92 continuaron en el estudio hasta el final, siendo el motivo de deserción del mismo el no tener el consentimiento y asentimiento firmado de manera oportuna y no poder incluirlos en la intervención educativa. De los 92 participantes, fueron 56 de genero masculino y 36 del femenino (60.9% y 39.1% respectivamente); el rango de edad fue de 14-19 años, con la moda de 15 años (mediana 15, media 15.3); 60 de los participantes eran originarios de la ciudad de Tijuana, B.C. (65.2%); 12 adolescentes ya habían iniciado su vida sexual activa, mientras 4 seleccionaron la opción “no contestar” (13% y 8.7% respectivamente); 32 participantes comentaron tener pareja actualmente, y 4 seleccionaron “no contestar” (34.8% y 4.3%); 4 adolescentes señalaron haber tenido mas de una pareja sexual a la fecha, 8 seleccionaron “no contestar” (4.3% y 8.7% respectivamente); de igual manera, 4

mencionaron haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo sin uso de preservativo, 8 seleccionaron “no contestar” (4.3% y 8.7%); sin embargo, 12 seleccionaron la opción “no contestar” en la pregunta de haber tenido relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias, y el resto negarlo (13% y 87%).

En el “Cuestionario de conocimiento sobre Papillomavirus Humano”, en la evaluación previa a la intervención educativa, reporto en conocimiento global, en nivel bajo 8.7%, medio 56.5% y alto 34.8% de los participantes, en el apartado de “conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH” un nivel bajo de 13%, medio de 52.2% y alto 34.8%, y en la sección de “conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH” nivel bajo de 4.3%, medio 73.9% y alto 21.7%; posterior a la intervención educativa alternativa basada en el Dialogo de Saberes, se reportaron en conocimiento global, nivel bajo 0%, medio 4.3% y alto 95.7%; en el apartado de “conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH” nivel bajo 0%, medio 13% y alto 87%; y en la sección de “conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH” nivel bajo 4.3%, medio 47.8% y alto 47.8%.

Comparación de grupos Pre y Post-Intervención Educativa por resultados y genero.						
	Alto		Medio		Bajo	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
“Cuestionario de conocimiento sobre Papillomavirus Humano” Pre-Intervención	22.2%	42.8%	66.6%	50.0%	11.1%	7.1%
“Cuestionario de conocimiento sobre Papillomavirus Humano” Post-Intervención	100.0%	92.8%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%
“Conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH” Pre-Intervención	22.2%	42.8%	55.5%	50.0%	22.2%	7.1%
“Conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH” Post-Intervención	88.8%	85.7%	11.1%	14.2%	0.0%	0.0%
“Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH” Pre-Intervención	11.1%	28.5%	88.8%	64.2%	0.0%	7.1%
“Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH” Post-Intervención	66.6%	35.7%	33.3%	57.1%	0.0%	7.1%

Al realizar la comparación de grupos Pre y Post-Intervención educativa con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, se encontró en el nivel global de conocimiento un valor de $Z = -6.773$ con $p = 0.000$; en la comparación de la sección “conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH”, $Z = -6.158$, $p = 0.000$; en la comparación de “conocimientos sobre el

diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH", $Z = -3.207$, $p = 0.001$, basados en los rangos negativos resultantes del estudio.

Resultados de la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon			
	Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Post-Intervención - Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Pre-Intervención	Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Post-Intervención - Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Pre-Intervención	Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Post-Intervención - Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Pre-Intervención
Z	-6.773 ^b	-6.158 ^b	-3.207 ^b
Signif. asintót. (bilateral)	.000	.000	.001

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Post-Intervención - Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Pre-Intervención	Rangos negativos	4 ^a	28.50	114.00 ^a
	Rangos positivos	60 ^b	32.77	1966.00 ^b
	Empates	28 ^c		
	Total	92		
Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Post-Intervención - Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Pre-Intervención	Rangos negativos	4 ^d	22.50	90.00 ^d
	Rangos positivos	52 ^e	28.96	1506.00 ^e
	Empates	36 ^f		
	Total	92		
Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Post-Intervención - Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Pre-Intervención	Rangos negativos	16 ^g	28.50	456.00 ^g
	Rangos positivos	40 ^h	28.50	1140.00 ^h
	Empates	36 ⁱ		
	Total	92		

a. Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Post-Intervención < Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Pre-Intervención

b. Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Post-Intervención > Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Pre-Intervención

c. Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Post-Intervención = Nivel de Conocimiento sobre la infección por Virus del Papiloma Humano Pre-Intervención

d. Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Post-Intervención < Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Pre-Intervención

e. Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Post-Intervención > Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Pre-Intervención

f. Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Post-Intervención = Conocimiento sobre Definición, Transmisión y Consecuencias de la Infección por VPH Pre-Intervención

g. Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Post-Intervención < Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Pre-Intervención

h. Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Post-Intervención > Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Pre-Intervención

i. Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Post-Intervención = Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por VPH Pre-Intervención

Discusión

En este estudio encontramos que desde un inicio hubo una falta de interés por la población de estudio, el hecho de no cumplir con el requisito de consentimiento y asentimiento informado, motivo de la pérdida de 23.3% de la muestra total que se intentó estudiar tomando en cuenta la característica culturalmente conocida de la población adolescente de tener falta de interés en la educación; a pesar de ser una pérdida > 20%, se cumple el criterio de más del mínimo calculado aceptable de 82 participantes.

Tomando en consideración el género, hubo una mayoría masculina (60.9%), que no parece acorde por el tema abordado que principalmente afecta a la mujer a nivel mundial, encontrándose que fue este el mismo género que mostró un nivel de conocimiento global al inicio del estudio más alto (42.8% vs. 22.2% respectivamente); no obstante, el género femenino tuvo un cambio más notorio a nivel de conocimiento global sobre el tema al final de la intervención (100% vs. 92.8% respectivamente). Viendo desde otra perspectiva, la población femenina que participó en el estudio fue menos (39.1%); al final, el investigador le atribuye este cambio de nivel de conocimiento como una respuesta positiva por ser una patología primordial para dicha población.

Con respecto a los apartados del instrumento de medición, *“Conocimientos sobre definición, transmisión y consecuencias de la infección por VPH”* y *“Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por VPH”*, proporcionalmente en el primer apartado, el género masculino resultó con mayor nivel de conocimiento que el femenino (42.8% vs. 22.2%, respectivamente), aunque al término resultaron con un nivel proporcional similar (85.7% vs. 88.8%, respectivamente). En el segundo apartado, se repite el mismo resultado (género masculino 28.5% vs. género femenino 11.1%); no obstante, al término de la intervención hubo una diferencia notoria dependiente de un nivel proporcional mayor por parte del género femenino (66.6% vs. 35.7%), considerando que debido a que la información que se distribuye para lo que es el tratamiento sobre el VPH se enfoca más en la mujer

que en el hombre, puede influir en que la mayoría de los jóvenes del género masculino no le tomaran la debida importancia, sino solo a la definición, transmisión y consecuencias de infección, siendo este el apartado que menos cambios tuvo después de la intervención educativa.

La recopilación de las características demográficas nos muestra que la población adolescente es en casi mas de un tercio foránea (34.8%), esto puede influir en el bagaje cultural que llevan los jóvenes en cuestión, incluso el contexto en el que se desenvuelven a pesar de llevar largo tiempo residiendo en Tijuana; considerando que la ciudad tiene una gran población flotante y otra que ya esta bien asentada pero que es de áreas del país que son considerados como “conservadores”, situación que hace considerar que el hablar en familia sobre la prevención de ITS sea un tabú, especialmente en el subsistema conyugal, por lo cual exista repetición de patrones, que la madre padezca CaCu y posteriormente su descendencia.

La encuesta muestra que es poca la población que ya inicio VSA (13%), aunque la opción colocada en el cuestionario “no contesto” fue seleccionada por un porcentaje bajo (8.7%); con esto puede concluirse que a la media de edad de la población de estudio de 15.3 años, un 34.5% tienen pareja, que se puede aumentar a 39.1% tomando en cuenta a la población que por tabú o miedo a ser juzgados, omiten comentarlo; así mismo, el 13% de los jóvenes ya iniciaron VSA y que puede aumentarse a un 21.7%, por los motivos antes comentados, y que 4.3% han tenido mas de una pareja sexual, pudiéndose aumentar hasta un 13.0%; que en mismo porcentaje (4.3%) han tenido sexo sin preservativo en alguna ocasión, aumentándose hasta 13.0%; terminando que ninguno ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia, pudiéndose aumentar a un 13.0%, el mismo que los dos apartados anteriores.

La comparación de los resultados por la prueba de los signos de Wilcoxon, nos muestra por rangos una diferencia notoria con rangos positivos de 60, 52 y 40, respectivamente a la prueba global y sus dos apartados; no obstante, la prueba de

Wilcoxon se basa en los rangos negativos, es decir, los resultados de las encuestas de conocimiento que tuvieron un nivel menor Post-Intervención al Pre-Intervención, siendo 4, 4 y 16 respectivamente, que da un nivel de valor Z de -6.773, -6.158 y -3.207 con valor de p 0.000, 0.000 y 0.001 respectivamente en los apartados comentados, concluyendo en una diferencia estadísticamente significativa, dando valor a la hipótesis de trabajo, que se esperaba con un valor de p menor de 0.05, encontrándose con mayor diferencia al valor esperado. Esto nos hace pensar en la importancia de una intervención educativa, de bajo costo, asequible en recurso material y humano, que puede implementarse de manera sencilla en las instituciones de salud y en las de educación pública, a sabiendas de las limitaciones sociales, pero considerando también que la población de la que se habla esta bajo riesgo no solo por la falta de información, sea por estar al alcance o conforme a un contexto cultural adecuado al de ellos, también por no tener el enfoque adecuado, es decir, que como personal de salud, no considerar al paciente (sea derechohabiente o cliente en el aspecto de la práctica privada) como solo algo que tenemos que revisar y corregir, sino como el ser humano, consciente y que se puede responsabilizar de sus actos, aunando a que puede modificar sus actitudes diarias y así evitar riesgos inmediatos o futuros, sea en el o en su familia y sociedad en al que se desenvuelve.

Las limitaciones encontradas en el estudio, son principalmente la falta de participación o interés en un inicio por parte de la población adolescente, que como ya se comento, se tomo en cuenta desde antes de comenzar el estudio; que esto fue modificándose por parte de los participantes del estudio que al termino de las sesiones se expresaron como agradecidos y con iniciativa de llevar dicha información a sus familias y áreas donde radican. Otro aspecto se basa en el grupo JuvenIMSS de la UMF no. 27, que solo esta formado por adolescentes de un solo plantel de bachillerato de la ciudad de Tijuana, este siendo publico, tomando en consideración que se cuenta con gran numero de planteles (tanto públicos como privados y de diferentes enfoques educativos) en el sector de atención de población derechohabiente de la misma UMF; esto limitando la

perspectiva de los resultados solo a la población que no puede acceder a educación particular o de paga, o de un enfoque educativo distinto.

Conclusiones

La intervención basada en una estrategia educativa de metodología pedagógica alternativa, como lo es el modelo “Dialogo de Saberes”, tiene un incremento en el conocimiento sobre el VPH en adolescentes.

La educación en salud es la piedra angular de la Prevención Primaria, la medida con mejor relación costo-beneficio de intervención hacia una cambio en estilo de vida que pueda modificar los riesgos hacia la salud; el inconveniente real es la aceptación de estas medidas de cambio por la escasez de conocimiento asequible al publico en general adecuada al nivel cultural o educativo, aparte el no tener un sistema de educación que instruya al educando a preguntarse sobre su entorno o tomarlo como un individuo libre, autónomo y responsable de su persona, sino como un recipiente que solo tiene que ser llenado de información no razonada por el individuo, como si se tratare de un requisito de mínimo esfuerzo.

Cabe mencionar que al inicio del estudio, el gran porcentaje de la población resulto con niveles de conocimiento medio, poco fue el resultado que cayo en el nivel bajo, esto tomando en consideración la premisa del Dialogo de Saberes, cada persona lleva consigo información recopilada de manera diaria, que ha ido recolectando no solo de instituciones de educación, sino de la sociedad y cultura en la que se desenvuelve, por lo cual es importante considerar el punto de que la población puede que tenga un nivel medio de información al respecto del VPH y su contexto, pero esta incompleta o tiene ideas erróneas que se pueden modificar con un dialogo adecuado y con las medidas comentadas al inicio de este estudio.

El mismo estudio podría ampliarse a tomar en consideración la tipología de la familia de origen de la población participante, esto para definir las características de la misma con factores de riesgo para actitudes negativas a la salud de sus integrantes, esto en el contexto de la ciudad de Tijuana, que es considerada por el común popular como insegura y sobre poblada, o como una ciudad inadecuada para criar adolescentes.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer Cervicouterino: Guía de Prácticas Esenciales. Washington, DC:OPS; 2016. p 1-432.
2. Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Rodríguez-Iglesias M et al. Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. Enferm Infec Microbiol Clin 2016; 30(1):1-10.
3. Hernández-Lozón A, Sánchez-Pascual M, Muñoz-Arberas L et al. Relación entre la infección por el virus del papiloma humano y Chlamydia trachomatis. Clin Invest Ginecol Obstet 2016; 30(1):1-7.
4. Comes M, Oncíns R, Clemente E et al. Prevalence of human papillomavirus and genotype distribution in women undergoing cervical cancer screening in the area of Barbastro, Spain. Rev Esp Patol 2016; 49(4):208-213.
5. Paz-Zulueta M, Fernández-Feito A, Amparán-Ruiz M et al. Prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en Cantabria. Aten Prim 2016; 48(6):347-355.
6. López-Hernández D, Beltrán-Lagunes L, Brito-Aranda L et al. Infección por el virus del papiloma humano y su correlación con situaciones ginecológicas u obstétricas de relevancia clínica: estudio transversal. Med Clin (Barc) 2016; 147(3):101-108.
7. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. NOM-014-SSA2-1994. Jueves 31 de mayo de 2007, Diario Oficial de la Federación.
8. Secretaria de Salud. Guía de Practica Clínica: Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención,

Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaria de Salud; diciembre de 2011.

9. Bastidas-Acevedo M, Pérez-Becerra F, Torres Ospina J et al. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm* 2009; 27(1):104-111.
10. Pérez-Luna E. La Evaluación como Hermenéutica Colectiva en el Diálogo de Saberes. *EDUCERE* 2008; 12(43):815-823.
11. Pérez-Luna E. Diálogo de Saberes y Proyectos de Investigación en la Escuela. *EDUCERE* 2008; 12(42):455-460.
12. Bermudez A, Bhatla N, Leung E. FIGO Cancer Report 2015 Cancer of the Cervix Uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2015; 131:88-95.
13. Ramos S, Garcés I. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2013; 31(3):311-318
14. Tamayo-Acevedo L, Gil-Cano P, Tamayo-Acevedo E. Lo que no se ve, no existe: percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en jóvenes universitarios, Medellín, Colombia, 2014. *Aquichan* 2015; 15(2):253-270.
15. Skinner S, Davies C, Cooper S et al. HPV.edu study protocol: a cluster randomized controlled evaluation of education, decisional support and logistical strategies in school-based human papillomavirus (HPV) vaccination of adolescents. *BMC Public Health* 2015; 15(896):1-10.
16. Abiodun O, Olu-Abiodun O, Sotunsa J et al. Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical screening uptake among adult women in rural communities in Nigeria. *BMC Public Health* 2014; 14(814):1-9.

17. Kester L, Shedd-Steele R, Dotson-Roberts C et al. The effects of a brief educational intervention on human papillomavirus knowledge and intention to initiate HPV vaccination in 18-26 year old young adults. *Gynecol Oncol* 2014; 132(1):9-12.
18. Reiter P, Stubbs B, Panozzo C et al. HPV an HPV Vaccine Education Intervention: Effects on Parents, Healthcare Staff, and School Staff. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(11):2354-2361.
19. García-Rueda A, Fajardo-Peña M, Caballero-Badillo M et al. Resultados de la citología cervicovaginal en población universitaria. Un estudio descriptivo. *EG* 2016; 15(2):1-13.
20. Herrera-Ortiz A, Arriaga-Demeza C, Conde-González C et al. Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano, y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. *Gac Med Mex* 2013; 149:16-26.
21. Martínez-Valle A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35(4):264-269.
22. Ochoa-Carrillo F, Guarneros-DeRegil D, Velasco-Jiménez M. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *GAMO* 2015; 14(3):157-163.
23. Tejada-Tayabas L, Hernández-Ibarra L, Pastor-Durango M. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. *Gac Sanit* 2012; 26(4):311-316.
24. Hernández-Márquez C, Salinas-Urbina A, Cruz-Valdez A et al. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Rev Salud Pública* 2014; 16(5):697-708.

25. Givaudan M, Leenen I, Pick S et al. Incremento en el uso de los servicios de prevención de cáncer cérvicouterino en zonas rurales de Oaxaca, México. Rev Panam Salud Pública 2008; 23(2):135-143.
26. Perkins R, Langrish S, Stern L et al. A community-based education program about cervical cancer improves knowledge and screening behavior in Honduran women. Rev Panam Salud Pública 2007; 22(3):187-193.
27. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: McGraw-Hill; 2010.
28. Valdez-Castillo EG. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarias del centro de salud “chancas de Andahuaylas” de santa Anita, primer semestre del 2015. [Tesis]: Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2015.
29. Organización Panamericana de la Salud. El Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cérvicouterino Washington, DC: OPS. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568%3Avph-y-cancer-cervicouterino&catid=1872%3Acancer&Itemid=40602&lang=es

Anexos

Anexo 1. Hoja de Recolección de Datos (previa a la estrategia educativa)

Instrucciones: A continuación se presentará una serie de preguntas; le agradecemos sean respondidas con la mayor sinceridad de su parte. Recuerde que sus respuestas son de carácter anónimo.

Datos Sociodemográficos y Antecedentes Personales:

1- Edad: _____ 2- Genero: M__ F__

3- Ciudad de origen: _____

4- ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?
a) Si b) No c) No contesto

5- ¿Tiene pareja usted actualmente?
a) Si b) No c) No contesto

6- ¿Ha tenido más de una pareja sexual?
a) Si b) No c) No contesto

7- ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales sin uso de preservativo?
a) Si b) No c) No contesto

8- ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia (alcohol o alguna otra droga)?
a) Si b) No c) No contesto

Anexo 2. Instrumento de Medición (previo y posterior a la estrategia educativa)

Cuestionario de conocimiento sobre infección por Virus del Papiloma Humano:

Instrucciones: Subraya la opción correcta de cada pregunta a continuación, solo existe una respuesta correcta para cada pregunta, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Qué es el virus del papiloma humano?

- a) Es el virus que produce infección de las vías urinarias.
- b) Es el virus del VIH/SIDA.
- c) Es el virus que produce una infección de transmisión sexual.
- d) Es un tipo de cáncer.

2. En cuanto a los tipos de virus papiloma humano:

- a) Todos producen cáncer.
- b) Algunos desarrollan solo verrugas y otras lesiones que pueden causar cáncer.
- c) Ninguno es cancerígeno
- d) Todos producen lesiones benignas (que se pueden curar).

3. ¿El virus del papiloma humano se contagia por?

- a) Transfusiones sanguíneas.
- b) Relaciones sexuales penetrativas (vaginal, anal).
- c) El sudor
- d) Un abrazo o beso.

4. ¿El virus papiloma humano lo pueden contraer?

- a) Solo los hombres que tienen sexo con hombres.
- b) Las trabajadoras sexuales.
- c) Los adolescentes.
- d) Cualquier persona sea hombre o mujer.

5. ¿Un riesgo para el contagio del virus de papiloma humano es?

- a) No tener relaciones sexuales.
- b) El tener una sola pareja sexual.
- c) Tener muchas parejas sexuales.
- d) Alimentarse con carbohidratos.

6. El virus papiloma humano se puede transmitir al bebé por una madre infectada a través de:

- a) La sangre.
- b) La placenta.
- c) La lactancia materna
- d) El contacto con piel lesionada, ocasionadas por el virus (Verrugas).

7. ¿Otra forma arriesgada para el contagio del Virus papiloma humano puede ser?

- a) El contacto directo con los genitales infectados.
- b) El uso de jabón por personas infectadas.
- c) Uso de calzados.

d) El uso de los utensilios de cocina.

8. ¿Una manifestación de la infección por el virus papiloma humano en el cuerpo es?

- a) Verrugas en la vagina, ano y pene.
- b) Heridas en la vagina y ano
- c) Manchas en la piel.
- d) Manchas en la boca y en la lengua.

9. ¿Una de las complicaciones de tener infección por virus de papiloma humano es?

- a) Condilomas o verrugas genitales.
- b) Dolor de cabeza.
- c) Dolor en el estómago.
- d) Cáncer a la piel.

10. Otra de las consecuencias asociadas al virus papiloma humano son:

- a) Cáncer de cuello uterino.
- b) Cáncer al estómago.
- c) Cáncer de piel
- d) Cáncer de mama.

11. ¿Las formas de diagnóstico del virus del papiloma humano es mediante?

- a) Examen de sangre
- b) Examen de orina
- c) Ecografía transvaginal.
- d) Prueba de Virus de Papiloma Humano.

12. ¿Una de las formas de diagnosticar el virus papiloma humano en hombres, cuando no hay verrugas genitales, es?

- a) Mediante pruebas de VPH.
- b) Por examen de sangre.
- c) Examen clínico (revisión o evaluación médica).
- d) No se puede diagnosticar el VPH en hombres.

13. ¿El tratamiento contra el virus del papiloma humano es?

- a) No existe cura pero se puede tratar las complicaciones.
- b) Óvulos
- c) Pastillas
- d) Inyecciones.

14. Las verrugas genitales que aparecen producto del virus papiloma humano se pueden tratar mediante:

- a) Uso de medicamentos para infecciones por hongos.
- b) Cirugías laser u otros mecanismos que eliminen las verrugas.
- c) Uso de antibióticos.
- d) Uso alcohol yodado.

15. ¿Una de las formas para prevenir el contagio del virus del papiloma humano?

- a) El uso de T de cobre.
- b) Fidelidad mutua o tener solo una pareja sexual.
- c) Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- d) Utilizar el preservativo de vez en cuando.

16. La vacuna contra el virus del papiloma humano sirve para:

- a) Para prevenir el cáncer a la piel.
- b) Para causar el cáncer de cuello uterino.
- c) Para prevenir el cáncer de cuello uterino.
- d) Para prevenir el SIDA.

Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado (Menores de edad y personas con discapacidad)

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Efecto de una Estrategia Educativa Alternativa en el Conocimiento del Virus del Papiloma Humano en Adolescentes
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.
Número de registro:	(--pendiente--)
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el efecto de una estrategia educativa sobre el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social
Procedimientos:	Se me ha explicado que se aplicará una encuesta, antes y después de que mi hijo(a) participe en una serie de sesiones educativas en grupo, en conjunto a las actividades del programa al acude.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas y sesiones educativas.
Posibles beneficios al participar:	Mi hijo(a) recibirá información actualizada y proporcionada por las instituciones de salud internacionalmente reconocidas, al respecto de la prevención y transmisión del Virus del Papiloma Humano.
Información sobre resultados y alternativas:	Se informará al participante el resultado del estudio. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas adecuadas para las poblaciones en riesgo.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo(a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se identificará a mi hijo(a) en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores de riesgo encontrados.
Investigador Responsable:	Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano Médico Familiar; Matrícula: 98020772 con adscripción a la UMF No. 27, Tijuana, Baja California. Teléfono: 6641231814. Correo electrónico: dralindaavidal@gmail.com
Colaboradores:	Dr. Erick Jesús Valle Covarrubias Médico Residente y Tesista; Matrícula: 98024503 con adscripción a la UMF No. 27, Tijuana, Baja California. Teléfono: 646-124-05-72. Correo electrónico: ictihus135@gmail.com Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Médico Familiar. Matrícula: 98020718 con adscripción a la UMF 33, Tijuana, Baja California. Teléfono: 664-329-8837. Correo electrónico: dra.vbermudezmf@gmail.com

Dr. Diego Hazael Ramírez Leyva Médico Familiar; Matrícula: 98263156 con adscripción a la UMF No. 37, Los Mochis, Sinaloa. Teléfono: 6672526625. Correo electrónico: diegooram@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 comiteeticainv.imss@gmail.com	
_____ Nombre y firma del padre, madre, sujeto o tutor	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo #1 Nombre, dirección y firma	_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma



Anexo 4.

**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

Folio: _____

**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

Registro Institucional el comité Local de Información y Ética en investigación en
Salud:

Por medio de la presente, acepto participar en el protocolo de investigación
titulado:

**“Efecto de una Estrategia Educativa Alternativa en el Conocimiento del Virus del
Papiloma Humano en Adolescentes”**

El objetivo determinar el efecto de una estrategia educativa alternativa en el
conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes de la Unidad de
Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hola mi nombre es Erick Jesús Valle Covarrubias y trabajo en el Instituto
Mexicano del Seguro Social. Actualmente el Instituto está realizando un estudio
para conocer el efecto de una estrategia educativa alternativa en el conocimiento
del Virus del Papiloma Humano en adolescentes, y solicito tu participación en
dicho estudio.

Tu participación en el estudio consistiría en acudir a un taller de 7 sesiones, que
tendrá diversas dinámicas con énfasis a la estrategia educativa alternativa
“Dialogo de Saberes”, con un cuestionario al inicio y al final del taller, y una
encuesta de características sociodemográficas al inicio del mismo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá
hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no.
Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas
que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún
problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco
habrá problema.

Toda la información que nos proporciones y las mediciones que realicemos nos ayudarán con el estudio y poderte aportar la información adecuada y oportuna con respecto al tema del mismo.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados del cuestionario), solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(X)** en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna **(X)**, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar ☐

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Anexo 5.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Tijuana, B.C. Junio 2018

Dr. Abraham Martínez.
Director de UMF No. 27

PRESENTE:

Por medio de la presente se solicita su autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

“Efecto de una Estrategia Educativa Alternativa en el Conocimiento del Virus del Papiloma Humano en Adolescentes”

El cual consiste en determinar el efecto de una estrategia educativa alternativa en el conocimiento del Virus del Papiloma Humano en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente:

Valle Covarrubias Erick Jesús

Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina Familiar.

Autorizó:

Testigo

Testigo
