

Trabajo de Final de Máster

**Impacto que ejerce el diagnóstico de Trastorno Mental Grave
sobre la participación en el sistema de cribado preventivo de
Cáncer Cervicouterino en la Comunidad Valenciana.**

Autora: Mireia Martin Roca

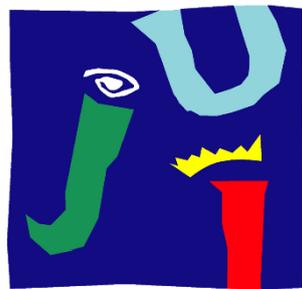
Tutor: Eladio Joaquín Collado Boira

Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaume I de Castellón

Curso académico 2021/2022

Fecha de lectura: 17 de octubre de 2022



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han formado parte de mi crecimiento profesional y me han animado a ser parte de esta gran comunidad. Gracias a todos los que me han acogido y acompañado durante el proceso, enseñándome a valorar la Salud Mental.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	9
1.1 CÁNCER DE CÉRVIX O CÁNCER CERVICOUTERINO	10
1.1.1. Definición y Epidemiología	10
1.1.2. Prevención del CCU.....	13
1.1.2.1. Prevención Primaria: Vacunación frente al VPH.....	13
1.1.2.2. Prevención Secundaria: Programas de tamizaje cervical	15
1.1.2.2.1. Programa de cribado del CCU en la Comunidad Valenciana	18
1.2. SALUD MENTAL	20
1.2.1. Trastorno Mental Grave: Definición y enfoque	20
1.2.2. La Salud Mental en datos	23
2. JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
3. OBJETIVOS Y FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	29
4. METODOLOGÍA	30
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	30
4.2. ÁMBITO	31
4.3. CRITERIOS Y PROCESO DE SELECCIÓN	31
4.3.1. Criterios de inclusión	31
4.3.2. Criterios de exclusión.....	32
4.3.3. Selección de participantes y cálculo del tamaño muestral: distribución de la muestra en casos y controles	32
4.4. RECOGIDA DE DATOS	35
4.4.1. Definición de variables sometidas a estudio y selección del método de recogida	35
4.4.2. Gestión de datos	44
4.4.3. Limitaciones y sesgos.....	45
4.5. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	45
4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
4.7. CRONOGRAMA / PLAN DE TRABAJO	48
5. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN	50
6. RESULTADOS ESPERADOS Y APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA.	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	58
ANEXO A. RESULTADO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	58
ANEXO B. ESCALA MEC DE LOBO	63
ANEXO C. TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA	64

ANEXO D. ENCUESTA HETEROAPLICADA Y CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS	65
ANEXO E. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIC) Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)	67

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategias de cribado del CCU en función del subgrupo de edad.....	17
Tabla 2: Disposición de los sujetos incluidos en un estudio de casos y controles. Tabla de contingencias 2 x 2.	34
Tabla 3. Variables dependiente e independiente.	36
Tabla 4. Variables sociodemográficas y de interés.	36
Tabla 5. Cálculo de la Odds Ratio.	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Definición de persona con Trastorno Mental Grave (TMG)	21
Figura 2: Casos confirmados de TMG según diagnóstico en el año 2019 a nivel mundial.	23
Figura 3. Pregunta de investigación según el modelo PICO	29
Figura 4: Distribución poblacional según el sexo en el Departamento de Salud de Valencia Clínico-Malvarrosa.....	32
Figura 5. Plan de trabajo.....	49

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TMG: Trastorno Mental Grave

CCU: Cáncer Cervicouterino

PAP: Prueba Papanicolaou

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

OMS: Organización Mundial de la Salud

ECIS: European Cancer Information System

VPH: Virus del Papiloma Humano

AEP: Asociación española de Pediatría

CAV: Comité Asesor de Vacunas

SNS: Sistema Nacional de Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

AEPCC: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

SEAP: Sociedad Española de Anatomía Patológica

SEC: Sociedad Española de Citología

CREAP: Centro de referencia estatal de atención Psicosocial

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edición 5

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión 11

ENSE: Encuesta Nacional de Salud en España

BHH: Hogares de Salud del Comportamiento (siglas en inglés)

CEEM: Centro especializado en Enfermedad Mental

AP: Atención Primaria

CAP: Centro de Atención Primaria

HIP: Hoja de Información al Paciente

CI: Consentimiento Informado

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

OR: Odds Ratio

SEEO: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

RESUMEN

Introducción: Se estima que las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) mueren entre 10 y 20 años antes que la población general. Estos datos, son atribuibles en la mayoría de los casos a enfermedades crónicas prevenibles que se detectan de forma tardía y no son tratadas de manera adecuada, como, entre ellas, el cáncer, segunda causa de muerte en el grupo de personas con TMG. Concretamente, en este trabajo de final de máster, nos centraremos en el cáncer cervicouterino (CCU), siendo que este se considera un cáncer de alta supervivencia gracias a los sistemas de cribado preventivo instaurados dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Objetivos: Conocer que impacto tiene tener un diagnóstico de TMG sobre la participación en los sistemas de cribado preventivos que ofrece el sistema de salud pública de la Comunidad Valenciana frente al CCU. Y, qué otras variables influyen sobre dicha participación.

Metodología: Se propone un proyecto de investigación basado en un estudio clínico de tipo casos y controles. El estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, hospital de referencia del Departamento de Salud Clínico – Malvarrosa de la C. Valenciana. Se pretende reclutar a 342 personas con útero diagnosticadas de CCU en los últimos 5 años (desde enero de 2017 hasta enero de 2022) que posteriormente serán distribuidas en dos grupos: casos, personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que SÍ han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico; controles, personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que NO han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.

Plan de trabajo: Se formará un equipo de cuatro integrantes para llevar a cabo el proyecto: dos enfermeras que se encargarán del reclutamiento y la recopilación de datos, una investigadora principal, también enfermera que, además de lo mencionado proporcionará formación y supervisión; y por último, un estadista que llevará a cabo el procesamiento y gestión de datos estadísticos, para que, finalmente la investigadora principal pueda llevar a cabo el análisis definitivo y la posterior divulgación del conocimiento científico generado.

PALABRAS CLAVE: Trastorno Mental Grave, Prevención del Cáncer Cervicouterino, Enfermería en Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction: It is estimated that people with Severe Mental Disorder (SMD) die between 10 and 20 years earlier than the general population. These data are attributable in most cases to preventable chronic diseases that are detected late and are not adequately treated, such as cancer, the second leading cause of death in the group of people with SMD. Specifically, in this master's thesis, we will focus on cervical cancer (CCU), since this is considered a cancer with high survival rates thanks to the preventive screening systems implemented within our National Health System.

Objectives: To determine the impact of having a diagnosis of MGT on participation in the preventive screening systems offered by the public health system of the Valencian Community in relation to cervical cancer. And what other variables influence this participation.

Methodology: A research project based on a case-control clinical study is proposed. The study will be carried out at the Hospital Clínico Universitario de Valencia, a reference hospital of the Department of Health Clínico - Malvarrosa of the Valencian Community. The aim is to recruit 342 individuals with uterus diagnosed with UCC in the last 5 years (from January 2017 to January 2022) who will subsequently be distributed into two groups: cases, individuals with uterus aged 25-65 years diagnosed with UCC who HAVE participated in pre-diagnosis UCC screening; controls, individuals with uterus aged 25-65 years diagnosed with UCC who HAVE NOT participated in pre-diagnosis UCC screening.

Work plan: A team of four members will be formed to carry out the project: two nurses who will be in charge of recruitment and data collection, a principal investigator, also a nurse who, in addition to the above, will provide training and supervision; and finally, a statistician who will carry out the processing and management of statistical data, so that, finally, the principal investigator can carry out the final analysis and subsequent dissemination of the scientific knowledge generated.

KEY WORDS: Severe Mental Disorder, Cervical Cancer Prevention, Mental Health Nursing.

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Se estima que las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG en adelante) mueren entre 10 y 20 años antes que la población general, tienen mayores tasas de mortalidad y una esperanza de vida más baja. Datos atribuibles, mayoritariamente, a peores condiciones de salud física: enfermedades crónicas prevenibles que se detectan de forma tardía y no son tratadas de manera adecuada, como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Son muchos los factores que contribuyen a este exceso de morbi-mortalidad: factores de comportamiento, estilos de vida poco saludables (hábitos tóxicos, alimentación inadecuada, inactividad física y conductas sexuales de riesgo), circunstancias socioambientales, y el acceso y la calidad de la atención médica. (Borrull et al., 2019; Weinstein et al., 2016)

Concretamente, si hablamos del cáncer, esta constituye la segunda causa de muerte dentro de este grupo, justo después de las enfermedades cardiovasculares. No obstante, las cifras relativas a la incidencia de cáncer son similares entre las personas con TMG y las personas sin TMG, por lo que es menos probable que las diferencias en cuanto a prevalencia de factores de riesgo (estilos de vida poco saludables, como comentábamos) sean la causa de mayor mortalidad. (Tuesley et al., 2019) Dicho esto, se sospecha que este exceso de mortalidad puede ser secundario a: retrasos en el diagnóstico, acceso deficiente a los servicios oncológicos, y/o una menor participación en los programas de cribado de cáncer. (Borrull et al., 2019; Murphy et al., 2020; Tuesley et al., 2019)

En España y a nivel mundial, el cáncer de cérvix o cuello uterino (CCU en adelante) representa el cuarto tumor más frecuente en las personas con útero en edad reproductiva del mundo, con un descenso significativo en la mortalidad gracias a los sistemas de prevención primaria, vacunación frente al VPH en adolescentes; y prevención secundaria; citologías o prueba Papanicolaou (PAP en adelante). En relación con esto último, es importante mencionar que, en España, no existen recomendaciones nacionales para el diseño de la estrategia de cribado del CCU, ya que su aplicación es competencia de cada comunidad autónoma; lo que significa que, no todas las comunidades cuentan con un programa poblacional que asegure que la prueba llega a todas las personas con útero de entre 25 y 65 años residentes en España. En la mayoría de las ocasiones, hablamos de un sistema de cribado oportunista, esto implica que, solo aquellas que voluntariamente soliciten la realización de la prueba tendrán acceso a la misma. Se conoce que las tasas

de realización de dicha prueba se reducen cuando hablamos de personas mayores de 45 años y/o que forman parte de grupos especialmente vulnerables, como es el caso de tener un diagnóstico de TMG. (Bladé et al., 2014; Borrull et al., 2019)

1.1 CÁNCER DE CÉRVIX O CÁNCER CERVICOUTERINO

1.1.1. Definición y Epidemiología

El cáncer de cérvix o también conocido como CCU, es considerado a nivel mundial un problema de Salud Pública, puesto que se reconoce como uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes. Según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), el CCU es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las personas con útero de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604.00 nuevos casos y 342.000 muertes en 2020 a nivel mundial. (Chrysostomou et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMSa], 2022)

Se trata de una enfermedad de las personas con útero en edad reproductiva que se inicia como consecuencia de una infección no resuelta de algunos genotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH en adelante). Múltiples estudios han evidenciado que el VPH es el agente causal de, prácticamente, todos de los casos de CCU y de sus lesiones precancerosas. Un número limitado de genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPHAR) está causalmente implicado; concretamente, los VPH 16 y 18 explican el 70% de los CCU y, otros 10 tipos (VPH 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51 y 39) explican el 25-35% de los casos restantes. Estos datos han permitido establecer un nuevo modelo de carcinogénesis basado en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursoras y CCU. (Bladé et al., 2014; Chrysostomou et al., 2018)

Los VPH son los virus de transmisión sexual más comunes y, según las estadísticas, aproximadamente el 80% de las personas sexualmente activas contraerán la infección a lo largo de su vida, sin embargo, la mayoría de los casos (más del 90%) serán infecciones transitorias y asintomáticas. Solo después de una infección persistente se puede conducir a una neoplasia intraepitelial cervical (NIC en adelante), que posteriormente, podría evolucionar a un CCU. (Chrysostomou et al., 2018; Marañón et al., 2017)

Si nos detenemos un momento en este punto, para comprender exactamente de que estamos hablando, decir que se diferencian cuatro fases fundamentales en el desarrollo del CCU: la infección por el VPH del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del VPH, la progresión clonal del epitelio persistentemente infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio. (Chrysostomou et al., 2018; Marañón et al., 2017)

El hecho de que se atribuya como factor causal principal y, prácticamente único, un agente infeccioso, ha permitido el desarrollo de una serie de pruebas de detección basadas en el VPH más sensible que han dado lugar a los programas de prevención secundaria que conocemos hoy en día; y, el desarrollo de vacunas que se utilizan como prevención primaria. (Marañón et al., 2017)

Por otro lado, es importante también, hablar de los factores de riesgo que se han identificado y relacionado directamente con la infección por VPH, entre ellos destacan principalmente tres: (Marañón et al., 2017)

- Inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana.
- Mal uso de los métodos anticonceptivos y de protección sexual.
- Elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes.
- Elevado número de parejas sexuales de tu propia pareja sexual.

Estos parámetros de comportamiento sexual se asocian a un mayor riesgo de CCU y un mayor riesgo de infecciones anales, y, tumores de ano y de pene relacionados también con el VPH (Marañón et al., 2017)

Las diferencias regionales son importantes y ponen de manifiesto el papel del entorno en la determinación de la conducta sexual y de las consecuencias que reporta esta para la salud. Los tabús, las leyes y las creencias morales y religiosas propias de cada sociedad, restringen y determinan la conducta sexual de sus ciudadanos. (Marañón et al., 2017)

Más del 90% de estos casos nuevos presentados en el primer párrafo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, la incidencia y mortalidad del CCU ha disminuido notablemente durante las últimas décadas en los países más desarrollados. Esto es debido al descubrimiento de la Prueba Papanicolaou en los años 40, una prueba que permite la identificación temprana de cambios en la morfología epitelial del cuello

uterino, por lo que asegura una actuación temprana. Los países con ingresos más bajos tienen más limitado el acceso a esas medidas preventivas, como se evidencia en las estadísticas mentadas (Chrysostomou et al., 2018; OMSa, 2022)

En nuestro país, España, las tasas de incidencia registradas se encuentran entre las más bajas de la Unión Europea, según los datos registrados por el ECIS (*European Cancer Information System*) para el 2020. Concretamente, en la Comunidad Valenciana, la incidencia de CCU es de 186 casos nuevos durante el 2020, con una tasa de 6,8 casos por 100.000 personas con sexo biológico femenino, datos que, comparados con las cifras estimadas desde el año 2007 (tasas de 9,9 por 100.000 personas con sexo biológico femenino), son indicadores de una tendencia estable. (Dirección General de Salud Pública [DGSP], 2022)

Si nos centramos en la C. Valenciana de nuevo, para hablar de cifras, es cierto que el CCU se encuentra entre los tumores menos frecuentes y representa sólo el 2% del total de tumores en personas con útero en el año 2020. Las estadísticas por edad nos indican que la edad media de aparición son los 54 años; la incidencia aumenta a partir de los 35 años de forma gradual, con una mayor agrupación de casos entre los 40-54 años. Sólo el 3% de los casos se dan en menores de 30 años. (DGSP, 2022)

En la C. Valenciana, en 2020, la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix fue de 3 muertes por 100.000 personas con sexo biológico femenino (77 muertes). Los años potenciales de vida perdidos fueron un 4,1%. Desde el año 2007, con 3,2 muertes por 100.000 personas con sexo biológico femenino (74 muertes), la tasa de mortalidad ha sufrido pocas oscilaciones, manteniéndose estable. Menos del 1% de las muertes se producen por debajo de los 40 años. No obstante, si volvemos a poner una mira más global, se evidencia que la magnitud de muertes prematuras, estimada como años de vida perdidos, es inversamente proporcional al nivel de ingresos del país. (DGSP, 2022; Marañón et al., 2017)

Es un tumor con una supervivencia relativa alta, aproximadamente del 80%. Se estima que a los 5 años el 69% de las personas con útero que fueron diagnosticadas están vivas. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas al comparar cohortes de personas con útero en series temporales desde 2004. En el análisis por estadios se observa que la supervivencia desciende hasta el 18% en el estadio IV (cáncer con metástasis a

distancia). En estadios inferiores (I-III), las tasas son superiores (estadio I: 91%, estadio II: 73%, estadio III: 66%). (DGSP, 2022)

1.1.2. Prevención del CCU

Como hemos comentado anteriormente, el CCU tiene un índice de supervivencia elevado, dado a que puede ser controlado de forma efectiva siempre y cuando sea detectado de forma precoz, se podría incluso decir que, las posibilidades de curación son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico y por ende inicio del tratamiento. (Marañón et al., 2017)

A día de hoy, según los avances científicos y las evidencias que aportan la literatura, existen cuatro componentes básicos para el manejo y control del CCU: la vacunación, la detección precoz con programas de tamizaje, el diagnóstico y tratamiento temprano, y, por último, los cuidados paliativos frente a una enfermedad ya avanzada. En otro concepto, estaríamos hablando de: prevención primaria, prevención secundaria y, prevención terciaria. La OMS declaró en el año 2018 que el CCU es un tumor maligno erradicable, e hizo un llamamiento global con el fin de que los diferentes países cumplieran y adoptaran las intervenciones pertinentes para prevenirlo: la vacunación frente al VPH, la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas o del CCU *in situ*. (Marañón et al., 2017; Luces et al., 2021.)

Para el desarrollo de este marco teórico nos centraremos en las dos primeras, ya que son las que nos acontecen pues están enfocadas al previo desarrollo de la enfermedad.

1.1.2.1. Prevención Primaria: Vacunación frente al VPH

La prevención primaria parte de la premisa de que la promoción de salud es una herramienta que permite reducir la exposición de la población a ciertos factores considerados de riesgo, a fin de reducir la incidencia de la enfermedad que se pretenda prevenir, en este caso el CCU, para ello, el punto fuerte es la educación para la salud y/o educación sexual. En este grupo de herramientas para la prevención primaria también se incluye la vacunación frente al VPH, vacuna aprobada por primera vez en 2006 e incluida

a día de hoy en el calendario vacunal infantil como vacuna profiláctica, segura y eficaz. (Marañón et al., 2017)

Las vacunas contra el VPH actúan produciendo títulos altos de anticuerpos neutralizantes IgG anti-VPH, con el objetivo de bloquear la entrada del virus en las células huéspedes generando así inmunidad. (Chrysostomou et al., 2018)

Según la información que nos ofrece la Asociación española de Pediatría (AEP) junto con el Comité Asesor de Vacunas (CAV), hablamos de una vacunación sistemática universal frente al VPH aplicable a los jóvenes de ambos sexos, a los 12 años, con dos dosis. Las vacunas disponibles en la actualidad son VPH2 (bivalente) y VPH9 (nonavalente). Las dos están autorizadas para el sexo masculino, aunque con VPH2 es aún escasa la experiencia en ellos. Las pautas de vacunación establecidas dependerán del preparado vacunal: con pauta de dos dosis (6 meses entre la primera y la segunda) si es administrada entre los 9 y 14 años; y, con pauta de tres dosis (1 o 2 meses entre la primera y la segunda, y 6 meses entre la segunda y la tercera) para casos donde la vacunación se ha producido pasados los 15 años de edad. (Chrysostomou et al., 2018; Comité Asesor de Vacunas [CAV] & Asociación Española de Pediatría [AEP], 2022)

Ahora bien, centrándonos en la C. Valenciana, el calendario vacunal nos indica que la pauta es: vacuna sistematizada e incluida a los 12 años para los adolescentes de sexo biológico femenino, con pauta de 2 dosis (VPH9 desde marzo de 2021) (CAV & EAP, 2022)

A pesar de su potencia para brindar protección contra la infección por VPH, las vacunas contra el VPH no son terapéuticas, ya que no son efectivas para curar las infecciones por VPH preexistentes. Por lo tanto, los programas actuales de vacunación contra el VPH deben estar dirigidos principalmente a ambos sexos antes del inicio de las relaciones sexuales, con el objetivo de reducir así la carga del cáncer de cuello uterino y otros tumores relacionados con el VPH, no solo en las personas vacunadas sino también en las no vacunadas gracias a la inmunidad colectiva. Dado que ambos sexos son responsables de la transmisión del VPH, ambos sexos deben vacunarse para compartir la carga de reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con el VPH, así como para tener el mismo acceso a los beneficios directos de la vacuna. Cada vez es más evidente que solo la vacunación neutral en cuanto al sexo biológico conducirá a un control de las

enfermedades relacionadas con el VPH tanto en el sexo biológico femenino como masculino. No obstante, como hemos indicado anteriormente, esto sigue siendo un sesgo y una barrera dentro del sistema de salud que se aplica en nuestra comunidad, la C. Valenciana. (Chrysostomou et al., 2018; CAV & EAP, 2022)

1.1.2.2.Prevencción Secundaria: Programas de tamizaje cervical

La prevención secundaria responde al conjunto de acciones que buscan un diagnóstico precoz de la enfermedad para un tratamiento temprano e inmediato, con esto lo que se consigue es aumentar la posibilidad de cura, mejorar la calidad de vida y reducir las tasas de mortalidad. (Marañón et al., 2017)

El cribado de personas con útero sanas mediante citología cervical ha demostrado una clara eficacia, puesto que su puesta en marcha de forma sistemática y coordinada en determinados países ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad por CCU. (Bladé et al., 2014)

A día de hoy existen dos tipos de pruebas diagnósticas para la detección de cuello uterino: la PAP y la prueba de VPH, ambas incluidas en la cartera común básica de servicios asistenciales dentro del Sistema Nacional de Salud español (SNS en adelante). (Bladé et al., 2014; Chrysostomou et al., 2018; Marañón et al., 2017; Luces et al., 2021)

Como ya hemos mencionado antes, en la década de 1940, gracias a las investigaciones de George N. Papanicolaou y HF Traut, la citología cervical se convirtió en el método pionero para la detección de CCU. Este proceso implica la exfoliación de las células del cuello uterino, que luego se fijan, se analizan y gracias a la tinción (proceso de diferenciación desarrollado para esta prueba) se interpretan a nivel morfológico. La citología cervical o PAP permite evaluar las alteraciones de la cromatina nuclear para discernir si se ha producido necrosis, degeneración celular y distinguir la madurez de las células epiteliales escamosas, en resumidas cuentas, detecta de forma precoz las lesiones de células precancerosas. (Chrysostomou et al., 2018)

A pesar de ser considerado el método principal para la detección del CCU, la prueba Papanicolaou tiene ciertas limitaciones que suponen un sesgo para la interpretación de los resultados: tiempo requerido, mala reproducibilidad, es vulnerable al oscurecimiento por

sangre o moco, fijación imperfecta y distribución celular no uniforme.(Chrysostomou et al., 2018)

Dicho esto, para subsanar esas limitaciones se desarrollaron varios métodos de citología cervical derivados de esta prueba: la técnica de tinción UltraFast, la tinción de Papanicolaou de corta duración, la tinción REAP y el método Enviro-PAP. Estas modificaciones mejoraron significativamente el rendimiento de la prueba de Papanicolaou convencional en términos de velocidad y costo, y también son más amigables con el medio ambiente. No obstante, hablaremos de todos estos métodos como uno solo, para simplificar la explicación: citología cervical o PAP. (Chrysostomou et al., 2018)

El segundo método, la prueba de VPH, persigue identificar las infecciones por tipos de VPH, las cuales pueden derivar en cáncer. (Bladé et al., 2014)

Las pruebas de detección del VPH constituyen un marcador muy sensible y precoz del riesgo de cáncer o lesiones precursoras, especialmente en personas con útero mayores de 30 años, dado que, dentro de este grupo de edad, la prevalencia de infecciones en sí mismas disminuye, pero el porcentaje de infecciones persistentes aumenta, lo que implica un mayor riesgo e incidencia aumentada de lesiones precancerosas a partir de esa edad. (Bladé et al., 2014)

En la última década, la mayoría de sociedades científicas han incorporado en sus recomendaciones las pruebas de detección del VPH en diferentes ámbitos de la prevención secundaria del CCU (prueba de elección ante citologías anormales, seguimiento postratamiento y cribado). En España, desde el año 2006, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO en adelante), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC en adelante), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP en adelante) y la Sociedad Española de Citología (SEC en adelante) han incluido de forma opcional en sus recomendaciones la utilización de la prueba de VPH en personas con útero mayores de 35 años, proponiendo dos posibles estrategias de cribado: combinación de citología y prueba de VPH (prueba conjunta o co-test) cada 5 años o citología exclusiva cada 3 años (Recomendaciones según la guía en la Tabla 1). (Bladé et al., 2014)

Como ya hemos comentado al inicio, el CCU se considera un problema de Salud Pública erradicable, y es por eso que en España existen diferentes estrategias de salud para combatirlo, no obstante, dichas estrategias no siguen un plan de acción a nivel nacional, sino que son aplicadas a criterio individual de cada comunidad autónoma. El resultado de esto es que, en la mayoría de territorios, se aplican programas de base oportunista y muy heterogéneos. El cribado oportunista, definido como: “actividad no sistemática que se suele realizar dentro de los servicios de salud a petición del interesado o aprovechando una consulta por otro motivo médico”; dificulta la obtención de una cobertura óptima y penaliza la equidad, explica que más del 60% de los CCU en nuestro país afecten a personas con útero sin previo cribado o cribado inadecuado. (Bladé et al., 2014; Luces et al., 2021)

Tabla 1: Estrategias de cribado del CCU en función del subgrupo de edad.

GRUPO DE EDAD	PRUEBA DE CRIBADO	INTERVALO	NIVEL DE EVIDENCIA
Antes de los 25 años	Ninguna		Nivel de evidencia moderada , recomendación fuerte a favor.
Entre los 25 y 30 años	Citología cervical o PAP	Cada 3 años	Nivel de evidencia alta , recomendación fuerte a favor.
Entre los 30 y 65 años	Prueba de VPH	Cada 5 años	Opción preferente , nivel de evidencia alta , recomendación fuerte a favor.

	Co-Test (citología y prueba VPH)	Cada 5 años	Nivel de evidencia bajo , recomendación débil a favor.
	Citología cervical o PAP	Cada 3 años	Opción aceptable, nivel de evidencia moderada , recomendación débil a favor.
A partir de los 65 años	Se finaliza el cribado, siempre que se cumpla con un cribado previo adecuado y negativo y no haya antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o CCU (20 años)		Nivel de evidencia moderada , recomendación fuerte a favor.

Fuente: Guía de cribado de cáncer de cuello de útero en España, 2014. (Bladé et al., 2014)

1.1.2.2.1. Programa de cribado del CCU en la Comunidad Valenciana

A fecha de hoy, el programa de cribado instaurado en la C. Valenciana es un cribado de base oportunista que se lleva a cabo mediante la realización de citología cervical; o bien a petición de la propia mujer o aprovechando la visita al servicio de obstetricia. (Bladé et al., 2014; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022)

La población diana sobre la que se aplica esta estrategia es: todas las personas con sexo biológico femenino asintomáticas y residentes en la comunidad que tengan o hayan tenido relaciones sexuales. Está estipulado el inicio del cribado a los 25 años, o a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales, y como fin, los 65 años. La prueba que se aplica, como ya hemos mencionado, es la citología cervical, con un intervalo de 3 años, después de dos citologías valorables con resultado negativo realizadas en el intervalo de un año. (Bladé et al., 2014)

Salvo en situaciones muy concretas, no se recomienda la realización de citologías en menores de 20 años, esas situaciones especiales, pueden ser: el inicio precoz de las relaciones sexuales, el haber tenido varias parejas sexuales y el sufrir de infecciones genitales de repetición. (Bladé et al., 2014)

Por otro lado, a aquellas personas con útero mayores de 65 años sin citologías en los últimos cinco, se les ofrece la realización de dos citologías consecutivas en el intervalo de un año antes de dar por finalizado el cribado. (Bladé et al., 2014)

Ahora bien, tras haber comentado las recomendaciones de la Guía de cribado del CCU y las limitaciones que plantea el sistema de cribado oportunista, es importante hacer mención a la última nota de prensa que ha publicado la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la C. Valenciana el pasado 25 de marzo de 2022, y es que se prevé que a finales de este año 2022 e inicios del próximo 2023, se implantará un nuevo programa de cribado frente al CCU, en este caso poblacional, en el que se combinará la citología y la prueba de detección del VPH. De esta forma todas las personas con útero recibirán de forma sistemática una invitación para realizarse las pruebas de tamizaje, siguiendo el modelo que ya tenemos instaurado para el cribado de cáncer de mama. (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022)

El plan previsto es que aquellas personas entre 25 y 34 años recibirán una invitación para acudir al centro sanitario a hacerse una citología vaginal, mientras que las comprendidas entre los 35 y 65 años recibirán un kit para tomarse una muestra vaginal que se utilizará para detectar la presencia del VPH. Se trata de un autotest similar a la autotoma que ya se usa en el cribado del cáncer de colon.(Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022)

La implantación de este nuevo modelo de cribado del CCU se realizará de forma progresiva, de manera que se prevé que la cobertura se aproximará al 100% (entendiendo la cobertura como la invitación a participar a toda la población diana) para el año 2029. El objetivo de este cambio es reproducir los beneficios obtenidos con el cribado de cáncer de mama, implantado en la comunidad hace ya treinta años. (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2022)

1.2. SALUD MENTAL

1.2.1. Trastorno Mental Grave: Definición y enfoque

Según el Centro de referencia estatal de atención Psicosocial (CREAP en adelante), el término TMG se refiere a: *«alteraciones psiquiátricas enmarcadas en el grupo diagnóstico de la psicosis, de duración prolongada (por consenso 2 años), y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción personal y social. Las personas con este trastorno han de ser atendidas en diversos recursos asistenciales de la red de atención sanitaria y social»*. (Centro de referencia estatal de atención Psicosocial [CREAP], 2022)

Las personas con TMG constituyen, dentro del conjunto de usuarios de la Salud Mental, un grupo minoritario pero muy importante y de referencia. La atención a este grupo se ve condicionada por el peso del estigma social y por el desarrollo histórico de los sistemas de atención establecidos. (López & Laviana, 2016)

Los modelos de atención comunitaria que rigen a día de hoy los procesos asistenciales, tratan de romper estas barreras a través de principios éticos, políticos y tecnológicos. Estos modelos tratan de formar el contexto idóneo que permita la integración de intervenciones intersectoriales. (López & Laviana, 2016)

Con todo, esta nueva orientación o paradigma, entiende que las personas con TMG forman parte de un grupo prioritario, con necesidades y posibilidades de atención distintas. Este grupo se caracteriza por presentar procesos clínicos de carácter psicótico o similar que cursan de manera prolongada en el tiempo (cronicidad) y que presentan diversas dificultades funcionales ligadas al concepto de discapacidad, valorado este ítem a través de escalas aplicadas. Hablamos de personas que presentan dificultades para llevar a cabo una vida satisfactoria y socialmente activa, necesitando de soporte en algunas áreas. (Figura 1) (López & Laviana, 2016; Espinosa, 2017)

Estas necesidades no son comunes ni generales en el grupo, sino que son individualizadas, lo que supone una mayor dificultad en el momento asistencial. Hablamos de necesidades variables en cuanto a persona y evolución temporal que deben ser cubiertas por los diferentes dispositivos de la Red Mínima de Servicios de Salud Mental que ofrece el SNS. Como resultado del nuevo paradigma de atención comunitaria se ha tejido una red en la

que entran servicios sanitarios, con diversos niveles y especialidades; y servicios sociales, en el amplio sentido de la palabra, incluyendo empleo, educación y justicia, pero también autocuidado y apoyo informal. (López & Laviana, 2016)

Figura 1. Definición de persona con Trastorno Mental Grave (TMG)

<i>Persona que:</i>	
Presenta sintomatología psicótica o prepsicótica que:	<ul style="list-style-type: none"> - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad. - Distorsiona la relación con otros. - Supone o puede suponer riesgo para su vida. - Repercute negativamente en distintas áreas de su funcionamiento personal.
Necesita un abordaje complejo y combinado:	<ul style="list-style-type: none"> - Atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación. - Atención intersectorial (social, laboral, educativa y/o judicial) - Intervenciones sobre el medio social y familiar.
Presenta una evolución prolongada:	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención.
Grupos diagnósticos incluidos:	<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia y otros trastornos relacionados. - Trastornos afectivos de carácter psicótico (Trastornos bipolares y Depresiones psicóticas) - Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite.

Fuente: La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con TMG. (López & Laviana, 2016)

Es importante mencionar que, aunque las etiquetas diagnósticas son generalizaciones y no dan información específica sobre la persona, aportan una gran cantidad de información genérica y sirven para las planificaciones asistenciales del sistema sanitario. Generalmente se utilizan los sistemas de clasificaciones internacionales DSM -5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revisión 5) o CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión 11) (Espinosa, 2017)

Dada la diversidad de servicios necesarios para la atención integrada, se requiere un equipo profesional igual de diverso. Dicho esto, se entiende que se ha de incidir en la coordinación para cumplir con el paradigma que articula la atención integrada y comunitaria. Se busca confluir coordinadamente en la atención concreta y de larga duración centrada en la persona y sus necesidades. (López & Laviana, 2016)

Ahora bien, entendiendo cómo se plantea el paradigma de la atención comunitaria, un aspecto clave a reseñar es el objetivo de esta actuación intersectorial, y aquí es donde aparece un nuevo concepto, el de “Recuperación”. (López & Laviana, 2016)

Existen muchas definiciones para este nuevo concepto, con muchos matices diferentes en función de quien lo plantee (profesionales o usuarios), sin embargo, la definición descrita por Helen Provencher, profesora canadiense de Enfermería en Salud Mental, puede servirnos como eje en este caso, cito: *«la superación o trascendencia de los síntomas, las limitaciones funcionales y las desventajas sociales derivadas de la enfermedad mental para permitir la emergencia de un nuevo sentido de la existencia, el desempeño de roles sociales significativos y un mejor sentido de bienestar y calidad de vida»*. (López & Laviana, 2016)

La integración de la atención y la rehabilitación psicosocial cobran un especial sentido a raíz de esta definición, pues se trata de ir un paso más allá de la atención de los síntomas, sustituyendo las aplicaciones paternalistas que regían los modelos médicos de intervención anteriores, por procesos de atención más igualitarios y cooperativos, basados en: decisiones compartidas y autonomía, reconociéndole un papel activo en su proceso evolutivo hacia la recuperación. (López & Laviana, 2016)

Para ello, uno de los aspectos centrales, entre otros, es el de la articulación entre los diversos sistemas de información para permitir el intercambio de la misma y su disponibilidad en cada etapa de cada proceso personal. (López Álvarez & Laviana, 2016)

1.2.2. La Salud Mental en datos

Según los datos que ofrece la última Encuesta Nacional de Salud en España para el 2017 (ENSE en adelante), publicada en 2018 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; una de cada diez personas de 15 años o más, declaró haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%). Las enfermedades o problemas de salud mental más frecuentes son la ansiedad y la depresión. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018)

El 6,7% de adultos (4,3% hombres y 9,1% mujeres) refiere padecer ansiedad crónica y otro 6,7% depresión (4% hombres y 9,2% mujeres), en ambos casos la prevalencia se duplica en si hablamos de las mujeres. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018)

Otro dato interesante obtenido de la ENSE 2017 es que el 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 4,8% antidepresivos o estimulantes (6,7% de las mujeres y 2,7% de los hombres). (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018)

Según los datos que ofrece la OMS, desde una perspectiva más global pero extrapolable, el número de personas con algún problema de salud mental ha aumentado considerablemente durante el pasado 2020 como consecuencia de la pandemia COVID-19, las estimaciones muestran un aumento del 26% y el 28% en cuanto a ansiedad y trastornos depresivos graves. (OMSb, 2022)

Por último, la OMS ofrece algunas cifras concretas que datan del año 2019 y que nos aportan una visión general de la epidemiología de algunos grupos diagnósticos. (Figura 2)

Figura 2: Casos confirmados de TMG según diagnostico en el año 2019 a nivel mundial.

Cifras estimadas de casos confirmados según los siguientes diagnósticos:

**TRASTORNOS DE
ANSIEDAD**

301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes.

DEPRESIÓN	280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes.
TRASTORNO BIPOLAR	40 millones de personas padecían trastorno bipolar.
ESQUIZOFRENIA	La esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas, es decir, a una de cada 300 personas
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	14 millones de personas padecían trastornos alimentarios, de los que casi 3 millones eran niños y adolescentes.
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO Y DISOCIAL	40 millones de personas, incluidos niños y adolescentes, sufrían un trastorno de comportamiento disocial.

Fuente: Elaboración propia. OMS a través del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). (OMSb, 2022)

2. JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Antes de plantear la metodología del proyecto de investigación se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva del conocimiento científico ya existente relativo al tema, se consultaron las siguientes bases de datos: CINHALL, PUBMED; PsycInfo y SCOPUS. Partiendo de los descriptores científicos, previamente consultados en la herramienta Mesh (*Medical Subject Headings*: el vocabulario controlado de la base de datos MEDLINE), y junto con los operadores booleanos pertinentes, se conjugaron las siguientes ecuaciones de búsqueda (se pueden consultar los resultados de la búsqueda en el ANEXO A):

- Mental disorders AND early detection AND cancer AND quality of life
- Mental disorders AND deleyed diagnosis AND cáncer AND quality of life
- Mental disorders AND delayed diagnosis AND cancer
- Severe mental illness/Mental disorders AND screening programs AND diagnosis of cancer
- Severe mental illness/ Mental disorders AND diagnosis AND Neoplasm staging

- Severe mental illness/ Mental disorders AND screening AND cervical cancer

Con todo, ya hemos mencionado en la introducción, existe una evidencia de que las personas con diagnóstico de TMG muestran cifras más elevadas de mortalidad por cáncer, sin embargo, cabe destacar también que este exceso de mortalidad afecta de manera desproporcionada a las personas con sexo biológico femenino. (Woodhead et al., 2016)

La problemática de la incidencia del cáncer y la mortalidad en personas con TMG es un tema que genera controversia, dado que, el conocimiento científico fruto de estudios epidemiológicos del que disponemos hasta la fecha, es abundante, pero a la vez complejo y contradictorio. Los informes respecto a la incidencia de cáncer se consideran inconsistentes, pues dichos estudios, varían ampliamente en muchas dimensiones, otorgando esa heterogeneidad que da lugar a la incerteza de los datos. Las cifras sugieren que, a mayor calidad del estudio a nivel metodológico (por ejemplo, aumentando la muestra), mayor rigor o consistencia adquiere el resultado, es por esto que, según la literatura, podemos abogar por una incidencia similar pero un mayor riesgo o muerte prematura para las personas con TMG, a pesar de la disponibilidad de intervenciones médicas y el acceso a exámenes de detección que prolongan la vida. (Weinstein et al., 2016; Solmi et al., 2020)

Estas tasas de mortalidad elevadas se suelen asociar a factores tanto individuales como contextuales: dificultades para el tratamiento (interacción farmacológica), acceso reducido a tratamientos especializados, hábitos de vida que actúan como factores de riesgo (hábito tabáquico, o sedentarismo entre otros), falta de integración entre la salud mental y los sistemas de atención médica, el estigma de la enfermedad mental, así como las circunstancias sociales y, el sesgo médico. (Weinstein et al., 2016; Solmi et al., 2020)

Existen datos significativos que indican grandes disparidades en la detección y el tratamiento del cáncer para esta población vulnerable en comparación con la población general. Las personas con TMG participan menos en los programas de detección temprana del cáncer y, tienen menos probabilidades de recibir un tratamiento óptimo después del diagnóstico, lo que supone un peor pronóstico y un menor tiempo de supervivencia. Concretamente, el Metaanálisis propuesto por Solmi et al. asegura que los programas de cribado de base oportunista, suponen un factor que disminuye la

participación de las personas con enfermedad mental. (Grassi & Ribas, 2020.; Solmi et al., 2020)

Ahora bien, es a partir de esta afirmación que construimos la hipótesis y pregunta de investigación para este proyecto, las personas con TMG participan menos en los programas de cribado de cáncer, siendo este uno de los factores por los que aumenta la mortalidad por cáncer en este grupo.

Ya que hemos hablado de, mayor exceso de mortalidad dentro del sexo biológico femenino, y de, cribados oportunistas en sí mismos como factor asociado a la disminución de la participación dentro de este grupo; hemos querido enfocar este proyecto de investigación en el CCU. Como ya hemos expuesto en el marco teórico, es un cáncer que se considera de alta supervivencia gracias a los programas de cribado preventivo que lo amparan, programa que, en nuestra comunidad es de base oportunista, y que, además, afecta en exclusiva a las personas con sexo biológico femenino.

En lo relativo a esto, se han encontrado pocos estudios analíticos llevados a cabo en el contexto español. El grosor de los resultados encontrados se enmarcan en estudios llevados a cabo en los Estados Unidos (EEUU en adelante), recordemos que EEUU cuenta con una sanidad de gestión privada, mientras que en España disponemos de un SNS público que asegura la asistencia sanitaria de la población en todos los niveles, incluidos la prevención. Es por esto, que los resultados de dichos estudios no son totalmente extrapolables a nuestro contexto.

Con todo, Borull Guardedeño et al. en su estudio llevado a cabo en España, único al que hemos podido acceder, confirma que solo el 27.2% de la muestra de análisis (personas diagnosticadas de TMG ingresadas en la unidad de psiquiatría de un hospital) se realizó la prueba de cribado PAP o VPH durante los cinco años previos, muy por debajo de las tasas de la población general (79,4%). (Borrull et al., 2019)

Las barreras que se conocen para la participación en programas de cribado entre personas con experiencia de enfermedad mental incluyen: la falta de contacto con atención primaria, la privación social y el estigma hacia las personas con TMG (creencias y aptitudes frente a la enfermedad mental), los factores relacionados con el tipo y la gravedad de la enfermedad mental, el conocimiento de los programas de detección en sí mismos por parte de los usuarios (recomendación médica), factores de prestación de

servicios de salud, estrés económico, eventos traumáticos, historia de abuso sexual, creencias y preocupaciones de los usuarios de salud mental acerca de la detección del cáncer y, cuestiones prácticas; barreras informáticas en cuanto a la comunicación entre profesionales (resultados de prueba, informes o incluso realización (o no) de la misma), vergüenza y, desplazamiento a los centros en cuestión. (Clifton et al., 2016; Rockson et al., 2016; Solmi et al., 2020; Woodhead et al., 2016)

Según el estudio de Rockson et al. la razón principal (55 %) por la cual los usuarios de salud mental no recibieron las pruebas de detección de cáncer recomendadas es: *“Mi médico no me dijo que me hiciera estas pruebas”*. La segunda razón principal (41%) informada fue: *“Mi psiquiatra no me dijo que completara estas pruebas”*. La tercera razón (31 %) fue: *“Tengo miedo de recibir tratamientos contra el cáncer”*. Otras razones detectadas fueron: *“No tengo un médico de atención primaria”* (26%), *“No quiero saber aunque tenga cáncer”* (25%) y *“No tengo transporte ir a hacerse estas pruebas”* (25%). (Rockson et al., 2016)

Según Woodhead et al. la frecuencia de consulta en AP aumentó la fuerza de la asociación negativa tal que las probabilidades de cribado reciente fueron casi de un 40% inferiores entre los diagnosticados con TMG. (Woodhead et al., 2016)

Estudios como el de Murphy et al., que trata de comparar las tasas de participación en base a la institucionalización en lo que ellos llaman: Hogares de Salud del Comportamiento (BHH, por sus siglas en inglés) un modelo de institución que integra los servicios médicos generales en entornos especializados de salud mental, lo que podríamos equiparar a un CEEM (Centros específicos de enfermedades mentales) recurso del cual sí disponemos en nuestra comunidad, y forma parte de la red mínima de recursos de salud mental; confirman que, los BHH han demostrado resultados prometedores para la detección y el tratamiento de enfermedades crónicas. Puntualiza un aumento en las tasas de participación en el cribado de cáncer de las personas con diagnóstico de TMG tras la inscripción a dispositivos como el BHH, este aumento no alcanza las tasas de detección de cáncer óptimas, es decir, todavía existen barreras que no se han abordado, pero es probable que ese aumento en las pruebas de detección se deba a las actividades de coordinación de la atención de BHH con AP. Diferentes ensayos aleatorizados, practicados con la misma población diana, estiman que este tipo de instituciones pueden

mejorar la calidad de la atención preventiva, incluida la detección del cáncer en el grupo de usuarios de salud mental.. (Murphy et al., 2020)

Otro estudio, enfocado en hallar las barreras que influyen sobre la menor participación del cribado de CCU concluye con: *“Es esencial que los profesionales de la atención primaria (AP en adelante) y secundaria, como los médicos de cabecera, las enfermeras, los psiquiatras y los responsables políticos, trabajen en colaboración para desarrollar un enfoque integrado para abordar las necesidades de esta población”*. (Clifton et al., 2016)

Por último, los estudios que investigan el cáncer en etapa avanzada en el momento del diagnóstico como posible explicación para el exceso de mortalidad por cáncer en personas con antecedentes de enfermedad mental no han sido concluyentes. Pues, los pacientes con diagnóstico de TMG anterior tenían un 55 % más de probabilidades de no presentar un estadio TNM en el momento del diagnóstico que los pacientes sin antecedentes de enfermedad mental. Este hecho, la ausencia de información diagnóstica, puede suponer graves consecuencias, puesto que puede interferir directamente sobre el tratamiento y el enfoque de la atención del cáncer. (Mahar et al., 2020)

Ahora bien, a partir de toda esta información recopilada construimos la estructura metodológica de nuestro proyecto de investigación, seleccionamos las variables de estudio y enfocamos el proyecto. Al tratarse de un cáncer con una incidencia reducida en nuestra comunidad, se ha decidido poner el punto de partida directamente en la población enferma de CCU y observar de forma retrospectiva que factores pueden haber influido hasta llegar a ese punto, es por esto que se decide llevar a cabo un estudio de tipo casos y controles retrospectivo.

La pregunta de investigación planteada para el desarrollo de este proyecto de investigación clínica, según el sistema PICO es (Figura 3):

Pregunta de investigación:

<< ¿Qué impacto tiene el diagnóstico de TMG sobre la participación en el cribado de CCU en personas con útero de entre 25 y 65 años, y por lo tanto, sobre la detección de CCU? >>

Puesto que la hipótesis base que articula el proyecto de investigación según la literatura recopilada es:

Hipótesis:

<< Las tasas de participación en el cribado preventivo de CCU son menores entre las personas con útero diagnosticadas de TMG; y, por lo tanto, la detección de CCU es más tardía. >>

Figura 3. Pregunta de investigación según el modelo PICO

P Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU	C
I Diagnostico de TMG	O Impacto sobre la participación en el cribado de CCU

Fuente: Elaboración propia

3. OBJETIVOS Y FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Conocer el impacto que tiene el factor diagnóstico de TMG sobre la participación en el proceso de realización del tamizaje cervical para prevenir el desarrollo del CCU en la C. Valenciana.
- Aumentar la conciencia sobre la importancia de la detección del CCU.

Objetivos específicos

- Determinar las tasas de participación en el cribado de CCU en personas con útero diagnosticadas de TMG.

- Conocer la proporción de casos de CCU confirmados en personas con útero diagnosticadas de TMG durante los últimos 5 años.
- Determinar si existe relación entre el factor institucionalización y la participación en el cribado de CCU.
- Determinar si existe diferencia entre la frecuencia del uso de preservativo durante las relaciones sexuales (ya sea preservativo de tipo masculino o femenino) entre personas con útero diagnosticadas de TMG y las personas con útero sin antecedentes de enfermedad mental.
- Determinar si existe diferencia entre la frecuencia de alta dependencia a la nicotina entre personas con útero diagnosticadas de TMG y las personas con útero sin antecedentes de enfermedad mental.
- Conocer en qué estadio se diagnostica el CCU en las personas con útero con TMG.
- Conocer las tasas de abandono del sistema de cribado de CCU en relación con la edad.
- Conocer si existe diferencia entre la frecuencia de abandono del sistema de cribado de CCU entre personas con útero diagnosticadas de TMG y las personas con útero sin antecedentes de enfermedad mental.
- Conocer si la frecuencia de contacto con AP explica diferencias en las tasas de participación del cribado entre personas con útero diagnosticadas de TMG y las personas con útero sin antecedentes de enfermedad mental.
- Conocer el estado de vacunación frente al VPH en las personas con útero diagnosticadas de TMG.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se pretende llevar a cabo un estudio de casos y controles; un estudio cuantitativo de tipo observacional analítico con carácter retrospectivo longitudinal, que permita, a través de una recopilación de datos ya existentes, evaluar y confirmar la hipótesis planteada.

4.2. ÁMBITO

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, hospital de referencia del Departamento de Salud Clínico – Malvarrosa, en el municipio de Valencia, perteneciente a la Comunidad Valenciana, España. Dicho Departamento de salud atiende de media, según la memoria de actividad redactada por la Conselleria de Sanitat y Salut Pública para el 2020, a un total de 348.137 personas, de las cuales 181.019 son mujeres (Figura 4). Concretamente, nos ubicaremos en el servicio de atención especializada de Oncología, englobando, tanto consultas externas como hospitalización. (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, s.f.)

4.3. CRITERIOS Y PROCESO DE SELECCIÓN

Población diana, sujetos a incluir en el estudio:

Personas con útero que hayan sido diagnosticadas de CCU en los 5 últimos años (desde enero de 2017 hasta enero de 2022), que formen parte del registro de pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valencia; y que, por otro lado, cumplan con los criterios de inclusión.

4.3.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión a aplicar serían:

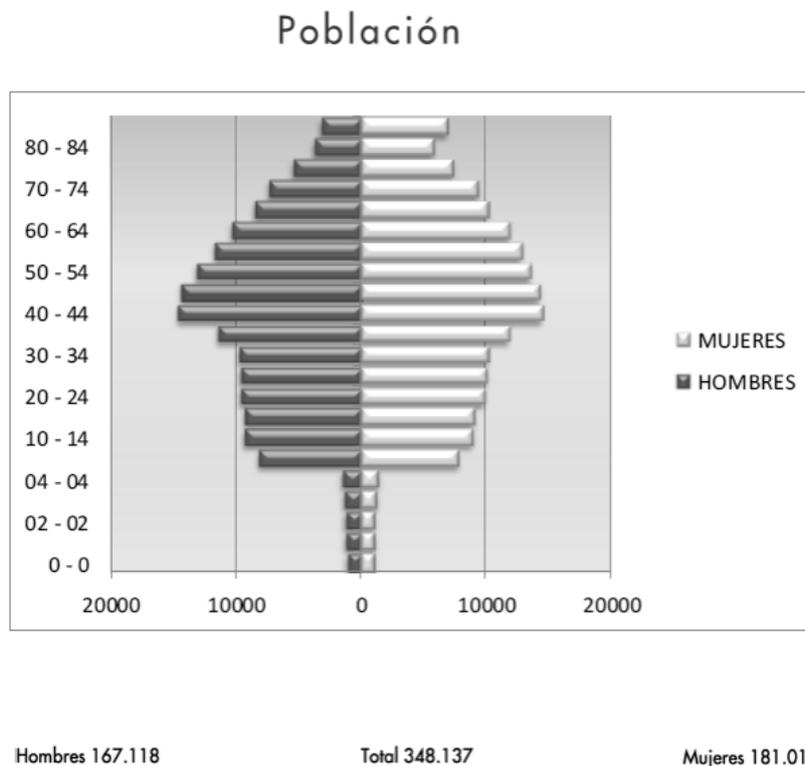
- Edad comprendida entre los 25 y los 65 años de edad.
- Capacidad para otorgar un consentimiento informado.
- Capacidad cognitiva preservada, evaluada a través de la puntuación en el MEC (mini examen cognoscitivo) de Lobo, versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein), superior a 27 puntos. (Esta se puede consultar en el ANEXO B)
- Vida sexual activa
- Diagnóstico de CCU como tumor original o primario.

4.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión a aplicar serían:

- Diagnóstico de cáncer en estadio avanzado en el que el CCU se consideraría un tumor metastásico.

Figura 4: Distribución poblacional según el sexo en el Departamento de Salud de Valencia Clínico-Malvarrosa.



Fuente: Memoria de actividades 2020. Departamento de Salud de Valencia Clínico-Malvarrosa.

4.3.3. Selección de participantes y cálculo del tamaño muestral: distribución de la muestra en casos y controles

El reclutamiento de sujetos se llevará a cabo mediante un muestreo aleatorio simple con emparejamiento 1:1 según el evento que se está estudiando (la participación o no en el cribado de CCU), hasta alcanzar la muestra mínima requerida, con el fin de obtener homogeneidad entre los casos y los controles.

Este proceso de selección de sujetos se llevará a cabo en primera instancia, a partir de los registros clínicos del hospital en cuestión, en este caso, la herramienta empleada como sistema de información clínico-asistencial es el programa *Orion Clinic*, un programa de largo alcance que permite compartir la información necesaria entre profesionales sanitarios. Hallada la población diana (recordemos que son todas las personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU en los últimos 5 años), se seleccionarán los casos y los controles, creando así dos grupos, según si estos hayan participado o no en el cribado de CCU previo al diagnóstico. Para ello, necesitaremos consultar los datos clínicos de esos sujetos a través de *Abucasis*, la aplicación informática que gestiona de forma integral la atención a los pacientes en los Centros de Atención Primaria (CAP en adelante).

Con todo, resumimos, el criterio empleado para la creación de los grupos es la participación (o no) en el sistema de cribado de CCU previo al diagnóstico, por lo que esta variable queda definida como evento y variable a estudio o dependiente. Por otro lado, el factor de exposición o variable independiente, equivaldría al diagnóstico (o no) de TMG.

Quedando así (Tabla 2):

- Casos: Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que SÍ han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.
- Controles: Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que NO han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.

Ahora bien, entendida la distribución de la muestra, pasamos al cálculo del tamaño muestral. Partiendo de la premisa de que el estudio tiene como fin determinar si existe relación significativa entre la exposición (diagnóstico de TMG) y la participación en el cribado de CCU, es necesario calcular un tamaño de muestra suficiente que permita contrastar la hipótesis y que, por tanto, obtenga una *Odds Ratio* (OR en adelante) mayor a 1.

Por lo que, aceptando una seguridad o riesgo de cometer un error de tipo I del 95% ($\alpha = 0,05$), un poder estadístico o riesgo de cometer un error de tipo II, del 80% ($\beta = 0,2$) y un tipo de contraste bilateral, se necesitan 171 casos y 171 controles para detectar una OR mínima de 2, según la aproximación de Poisson, hablamos de un total de 342 sujetos de

estudio. Para conseguir dicha estimación se ha asumido una tasa de pérdida de datos del 10% y se ha estimado que la tasa de expuestos en el grupo de controles será del 30% según los datos obtenidos de la literatura.

Tabla 2: Disposición de los sujetos incluidos en un estudio de casos y controles. Tabla de contingencias 2 x 2.

	CASOS	CONTROLES	
	Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que SÍ han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.	Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que NO han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.	
Diagnóstico de TMG SÍ (expuestos)	a	b	Total de EXPUESTOS: a + b
Diagnóstico de TMG NO (no expuestos)	c	d	Total NO EXPUESTOS: c + d
	Total CASOS: a + c 171	Total CONTROLES: b + d 171	n: 342

Fuente: Elaboración propia.

4.4. RECOGIDA DE DATOS

4.4.1. Definición de variables sometidas a estudio y selección del método de recogida

Atendiendo a los objetivos generales y específicos, se recogerán las variables descritas en las tablas 3 y 4.

Los datos relativos a estas variables se obtendrán mediante los instrumentos mentados: en primer lugar, como ya hemos introducido previamente, a través de la observación científica indirecta, es decir, con apoyo técnico de los registros clínicos. En el caso de atención hospitalaria, la herramienta informática de datos clínico-asistenciales *Orion Clinic*; y en el caso de atención primaria, *Abucasis*. Por otro lado, utilizaremos una encuesta estructurada de carácter heteroaplicado que tendrá la capacidad de recopilar el resto de variables sometidas a estudio; dentro de este cuestionario incluiremos la escala de Fagerström de dependencia a la nicotina.

Hablamos de una breve encuesta cerrada pre-codificada y de respuesta fija que nos permita recopilar principalmente las variables de: institucionalización, uso de preservativo durante las relaciones sexuales (ya sea preservativo de tipo masculino o femenino) y, hábito tabáquico. Al ser una encuesta tan escueta esta quedará incluida dentro del cuaderno de recogida de datos. (ANEXO D).

Esta encuesta se cumplimentará en la consulta que se lleve a cabo de forma presencial con los sujetos seleccionados; tras haber trasladado toda la información pertinente para que, de forma voluntaria, decidan o no participar en el proyecto y firmar el Consentimiento Informado (CI en adelante) (ANEXO E).

Tabla 3. Variables dependiente e independiente.

VARIABLE DEPENDIENTE O DE ESTUDIO	Haber participado en el sistema de cribado vigente para detectar el CCU.
VARIABLE INDEPENDIENTE O FACTOR DE EXPOSICIÓN	Diagnóstico de TMG

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Variables sociodemográficas y de interés.

VARIABLES SOMETIDAS A ESTUDIO	
Edad	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, acotado en cuatro grupos relevantes según el tema de estudio. Se transforma una variable cuantitativa de razón discreta (números enteros), en una nueva variable categórica</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: Menores de 25 años - 1: De entre 25 a 30 años - 2: De entre 30 a 65 años - 3: Mayores de 65 años <p>Definición operativa: Cualitativa nominal politómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Variable sociodemográfica recopilable a través de cualquiera de los instrumentos empleados.</p>
Participación en el sistema de cribado del CCU	<p>Tipo: Categórica</p>

	<p>Definición conceptual: Haber participado en el programa de cribado de CCU oportunista que proporciona el sistema de Salud Pública en la C. Valenciana al menos en una ocasión de forma previa al diagnóstico de CCU.</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: NO (ninguna vez) - 1: SÍ (1 o más veces) <p>Definición operativa: Cualitativa nominal dicotómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Abucasis</i>.</p>
<p>Seguimiento del sistema de cribado del CCU</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Haber participado al menos en una ocasión en el programa de cribado preventivo del CCU que proporciona la C. Valenciana, cumplido con las recomendaciones de seguimiento (tabla 1)</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: ninguna vez - 1: una única vez (abandono del cribado) - 2: más de una vez (seguimiento del cribado) <p>Definición operativa: Cualitativa nominal politómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Abucasis</i>.</p>
<p>Uso de los servicios de AP</p>	<p>Tipo: Numérica</p> <p>Definición conceptual: Número medio anual de visitas a AP (presenciales, telefónicas y domiciliarias) en el último año (enero de 2021 a enero de 2022)</p>

	<p>Nivel de medición: Números enteros</p> <p>Definición operativa: Cuantitativa de razón.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Abucasis</i>.</p>
<p>Estadio del CCU en el momento del diagnóstico (Bhatla et al., 2019)</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Fase en la que se encuentra el proceso cancerígeno. La determinación del estadio se basa en los resultados de un examen físico, las exploraciones por imágenes y las biopsias.</p> <p><u>Estadio I:</u> el cáncer se ha diseminado desde el revestimiento del cuello uterino hacia el tejido más profundo, pero todavía se encuentra únicamente en el útero. El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Estadio IA:</u> el cáncer se diagnostica solo observando el tejido o las células del cuello uterino con un microscopio. También se pueden utilizar pruebas por imágenes o evaluación de muestras de tejido para determinar el tamaño del tumor. <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Estadio IA1:</u> hay un área cancerosa de menos de 3 mm de profundidad. ○ <u>Estadio IA2:</u> hay un área cancerosa de 3 mm a menos de 5 mm de profundidad. • <u>Estadio IB:</u> en este estadio, el tumor es más grande pero todavía está confinado al cuello uterino. No hay diseminación distante. <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Estadio IB1:</u> el tumor mide 5 mm o más de profundidad y menos de 2 centímetros (cm) de ancho.

- Estadio IB2: el tumor mide 2 cm o más de profundidad y menos de 4 cm de ancho.
- Estadio IB3: el tumor mide 4 cm o más de ancho.

Estadio II: el cáncer se ha diseminado más allá del útero hacia áreas cercanas, como la vagina o el tejido cercano al cuello uterino, pero todavía está dentro del área pélvica. El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

- Estadio IIA: el tumor está limitado a los dos tercios superiores de la vagina. No se ha diseminado al tejido próximo al cuello uterino (que se denomina región parametrial).
 - Estadio IIA1: el tumor mide menos de 4 cm de ancho.
 - Estadio IIA2: el tumor mide 4 cm o más de ancho.
- Estadio IIB: el tumor se ha diseminado a la región parametrial. El tumor no llega a la pared pélvica.

Estadio III: el tumor compromete el tercio inferior de la vagina y/o se ha diseminado a la pared pélvica y/o causa hinchazón del riñón, denominada hidronefrosis, o impide que el riñón funcione y/o compromete los ganglios linfáticos regionales. No hay diseminación distante.

- Estadio IIIA: el tumor compromete el tercio inferior de la vagina, pero no ha crecido hasta el interior de la pared pélvica.
- Estadio IIIB: el tumor ha crecido dentro de la pared pélvica y/o afecta un riñón.
- Estadio IIIC: el tumor compromete los ganglios linfáticos regionales. Esto puede detectarse mediante pruebas por imágenes o anatomía patológica. Agregar

	<p>una “r” minúscula indica que se usaron pruebas por imágenes para confirmar el compromiso de los ganglios linfáticos. Una “p” minúscula indica que se usaron los resultados de la anatomía patológica para determinar el estadio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estadio IIIC1: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la pelvis. ○ Estadio IIIC2: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos paraaórticos. Estos ganglios linfáticos se encuentran en el abdomen cerca de la base de la columna vertebral y cerca de la aorta, una arteria principal que va del corazón al abdomen. <p>Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto, pero no a otras partes del cuerpo.</p> <p>Estadio IVB: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: estadio desconocido - 1: estadios IA1, IA2, IB1, IB2, IB3, - 2: estadios IIA1, IIA2, IIB - 3: estadios: IIIA, IIIB, IIIC, IIIC1, IIIC2 - 4: estadios IVA, IVB <p>Definición operativa: Cualitativa nominal politómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Orion Clinic</i>.</p>
<p>Vacunación frente a VPH (CAV & AEP, 2022)</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Cumplimiento de la pauta de vacunación completa frente al VPH recomendada por la</p>

	<p>Asociación española de Pediatría y el Comité asesor de Vacunas: 2 dosis a los 12 años de edad, con una separación de 5-6 meses (según la vacuna empleada).</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: NO - 1: SÍ <p>Definición operativa: Cualitativa nominal dicotómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Abucasis (registro vacunal)</i>.</p>
<p>Diagnóstico de TMG</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: aquellos diagnósticos incluidos en por lo menos una de las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-11 (enumeradas en la descripción de la siguiente variable).</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: NO - 1: SÍ <p>Definición operativa: Cualitativa nominal dicotómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Orion Clinic</i>.</p>
<p>Categoría diagnóstica de TMG (CREAP, 2022)</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: aquellos diagnósticos incluidos en por lo menos una de las siguientes categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-11</p> <p>Nivel de medición:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 1: Esquizofrenia y otros trastornos relacionados (Trastorno esquizotípico, Trastorno esquizoafectivo Trastornos delirantes: persistentes o inducidos) - 2: Trastornos afectivos de carácter psicótico (Trastornos bipolares y Depresiones psicóticas) - 3: Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite. <p>Definición operativa: Cualitativa nominal politómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Orion Clinic</i>.</p>
<p>Cronología del diagnóstico de TMG</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Momento en el que fue diagnosticada de TMG.</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1: antes de los 25 años de edad - 2: después de los 25 años de edad <p>Definición operativa: Cualitativa nominal dicotómica.</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Historial clínico de salud obtenido de la plataforma <i>Orion Clinic</i>.</p>
<p>Institucionalización</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Persona usuaria de un recurso residencial de la red de servicios de Salud Mental del departamento, ya sea este de gestión privada o pública.</p> <p>Nivel de medición: Cualitativa nominal dicotómica.</p> <p>Definición operativa:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 0: NO - 1: SÍ <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Cuestionario de elaboración propia.</p>
<p>Uso de preservativo durante las relaciones sexuales (ya sea preservativo de tipo masculino o femenino) (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia [AEPPC], 2018)</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: El uso de métodos anticonceptivos de barrera como conducta de sexo seguro, con el fin de reducir la posibilidad de contagio del VPH.</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: Siempre - 1: Casi siempre o más del 50% de las veces - 2: Casi nunca o menos del 50% de las veces - 3: Nunca <p>Definición operativa: Cualitativa nominal dicotómica</p> <p>Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Cuestionario de elaboración propia.</p>
<p>Hábito tabáquico</p>	<p>Tipo: Categórica</p> <p>Definición conceptual: Indicador de la dependencia a la nicotina.</p> <p>Nivel de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0: Dependencia baja - 1: Dependencia media - 3: Dependencia alta <p>Definición operativa: Cualitativa nominal polinómica</p>

	Instrumentos y/o métodos de obtención de datos: Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (detallado en ANEXO C).
--	--

Fuente: Elaboración propia

4.4.2. Gestión de datos

La calidad de los datos recogidos va a determinar los resultados de la investigación y, las conclusiones del estudio se basarán en dichos datos recogidos durante el trabajo de campo. Es por esto que se tienen que prever mecanismos para asegurar su calidad durante la recogida.

Se elaborará un manual de trabajo detallado y se prepararán los instrumentos adecuados para la recolección de datos. Todos los investigadores deben realizar un adiestramiento para manejar estas herramientas a la perfección.

Durante la etapa de recolección de datos conviene supervisar, la exhaustividad, calidad, veracidad y exactitud de los datos. Además, se debe asegurar la correcta codificación, cargado y procesamiento de los datos.

El equipo debe estar formado por, al menos, un investigador principal que se encargue de proporcionar formación y supervisión, diríamos que es el “encargado del proyecto”; y dos investigadores más, dos enfermeras, que de forma aislada se encarguen de la recopilación de datos. Por último, contaremos con un cuarto integrante, un estadista con formación y perfil profesional que asegure el correcto análisis estadístico de los datos recogidos.

Una vez recogidos los datos, estos deberán ser tratados, es decir, deberán ser sometidos a un sistema de codificación y procesamiento que los vuelque en la base de datos estadísticos que vayamos a utilizar, en este caso Statistical Package for the Social Sciences versión 28.0.1 (SPSS en adelante). Una vez recopilados y tratados todos los datos se podrá pasar al siguiente nivel, el análisis estadístico.

4.4.3. Limitaciones y sesgos

Las limitaciones que hemos encontrado a la hora de redactar este proyecto de investigación se han centrado principalmente en dos esferas:

- La atención ginecológica de gestión privada, es decir, todos los casos que no hayan sido directamente registrados en el sistema de Orion Clinic y/o Abucasis, no podrán tenerse en cuenta.
- El CCU es una enfermedad de alta supervivencia e incidencia reducida en nuestra comunidad (2%), por lo que se necesita un número total de muestra bastante elevado para obtener resultados con significancia estadística

4.5. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizará el programa estadístico SPSS versión 28.0.1

En primer lugar, trataremos la estadística descriptiva, y se procederá con un análisis univariante exploratorio de datos.

Para la única variable cuantitativa con la que trabajamos, primero realizaremos la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov (dado que hablamos de un tamaño muestral mayor de 50) y valoraremos la distribución normal (o no) de los datos. En caso de cumplir con los criterios de normalidad se procederá con el cálculo de la media y la desviación típica; mientras que, si no cumple con los criterios de normalidad, se calculará la mediana y el rango intercuartílico,

Respecto a las variables categóricas, queremos observar la distribución de frecuencias, proporciones y porcentajes; para ello un mecanismo práctico es a través de tablas que nos permitan una lectura global de los datos y análisis de su distribución.

En segundo lugar, centrándonos en la estadística inferencial, llevaremos a cabo un análisis bivariante que pretende buscar relaciones entre variables y contrastar hipótesis mediante pruebas estadística. Para ello, emplearemos diferentes pruebas según las variables con las que trabajemos.

En el caso de buscar relación entre variables categóricas emplearemos la prueba estadística Chi cuadrado.

Ante la situación de buscar relación entre la variable “Uso de los servicios de AP”, única variable numérica, con cualquier otra de nuestras variables, todas ellas de tipo categórico; hemos de tener en cuenta, en primer lugar, si cumple con los criterios de distribución normal. A raíz de este dato, decidiremos si hemos de emplear pruebas estadísticas de tipo paramétrico, en el caso de que si cumpla los criterios: T-student (si cruzamos la variable “Uso de los servicios de AP” con una variable categórica dicotómica) o ANOVA (si cruzamos la variable “Uso de los servicios de AP” con una variable categórica politómica); o en su defecto, una prueba estadística de tipo no paramétrico si no los cumple: U Mann Withney/Suma de rangos de Wilcoxon (si cruzamos la variable “Uso de los servicios de AP” con una variable categórica dicotómica) o Kruskal-Wallis (si cruzamos la variable “Uso de los servicios de AP” con una variable categórica politómica).

Para valorar la relación entre variables según las pruebas mencionadas asumimos un nivel de significación o valor de P menor a 0,05, para afirmar que los resultados de la prueba son estadísticamente significativos.

Por otro lado, si hablamos de asociación, es decir, si queremos valorar la fortaleza de esa relación entre variables, en este caso ambas categóricas dicotómicas (tabla de contingencia 2x2), la prueba que hemos de utilizar es la OR o razón de probabilidades. A través de esta prueba, pretendemos averiguar si el factor de exposición (diagnóstico de TMG) se está comportando como un factor de riesgo ($OR > 1$) o como un factor protector ($OR < 1$) frente al evento en sí mismo (participación en el cribado de CCU), asumiendo un Índice de Confianza (IC) del 95% ($\alpha = 0,05$). En el caso de obtener una $OR = 1$ significaría que no existe asociación entre variables (Tabla 5).

Una vez finalizado el análisis bivariado de la asociación, es necesario a nivel metodológico considerar la posibilidad de que sean otras variables “extrañas” las que estén provocando el evento resultado, enmascarando así la relación entre la variable de interés y dicho evento. A esto se le llama “confusión”, y es posible controlarla mediante un análisis multivariado ajustado. Para solventar la “confusión” emplearemos el modelo de la regresión logística que nos permitirá someter a estudio múltiples factores de forma

simultánea. Además, gracias a este modelo de análisis podremos tratar los resultados de forma más ajustada según los diferentes diagnósticos de TMG recopilados en la variable “Categoría diagnóstica de TMG”.

Tabla 5. Cálculo de la Odds Ratio.

		CASOS	CONTROLES
		Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que SÍ han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.	Personas con útero de entre 25 y 65 años diagnosticadas de CCU que NO han participado en el cribado de CCU previo al diagnóstico.
Diagnóstico de TMG SÍ (expuestos)	de	A	B
Diagnóstico de TMG NO (no expuestos)	de	C	D

OR: $A \times D / C \times B$

- **OR > 1** → Tener un diagnóstico de TMG actúa como “factor de riesgo” frente a la realización del cribado de CCU
- **OR < 1** → Tener un diagnóstico de TMG actúa como “factor de protector” frente a la realización del cribado de CCU
- **OR = 1** → No existe asociación entre variables.

Fuente: Elaboración propia.

4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se llevará a cabo bajo los principios de la Declaración de Helsinki (2013) y las guías de buena práctica clínica, respetando los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se solicitará consentimiento al comité de ética de la institución: CEIm del Hospital Clínico de Valencia, al cual, se remitirá el proyecto y se aportará toda la documentación necesaria:

- Solicitud de evaluación de proyecto
- Hoja de Información al paciente (HIP) y Consentimiento Informado (CI) (ANEXO E)
- Memoria económica
- Conformidad de servicios implicados
- Compromiso de Investigador y Colaboradores
- Conformidad del Director de Servicio

Los datos de los participantes se tratarán asegurando la protección de datos mediante disociación y anonimización, siendo recogidos y conservados conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, o en su defecto al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de datos personales y la libre circulación de los mismos.

Se garantizará a los pacientes participantes el ejercicio de los derechos ARCO de acceso, rectificación, supresión, oposición y derechos a la limitación del tratamiento y derecho a la portabilidad, contemplados en la LO 3/2018.

Se requerirá CI por escrito al paciente tras proporcionar la información debida al mismo.

4.7. CRONOGRAMA / PLAN DE TRABAJO

Se plasma el plan de trabajo en la figura 4, donde se resumen todos los eslabones del proyecto de forma resumida y se muestran de forma llamativa y visual. Entendiendo

que es un proceso dinámico donde las diferentes etapas pueden verse solapadas en el tiempo.

Figura 5. Plan de trabajo.

ETAPAS	TIEMPO EN MESES (2023-2024)												
	1m En	2m Fb	3m Mz	4m Ab	5m My	6m Jn	7m Jl	8m Ag	9m Sp	10m Oc	11m Nv	12m Dc	13m En
PLANIFICACIÓN													
Revisión de literatura científica													
Elaboración del proyecto													
ORGANIZACIÓN													
Formación y adiestramiento del equipo													
Entrega del proyecto al CEIm y Carta al director del Hospital Clínico de Valencia													
Aceptación de permisos													
EJECUCIÓN													
Reclutamiento de casos y controles													

Recogida de datos														
ANÁLISIS DE DATOS														
Procesamiento de los datos y análisis de los resultados														
INFORME FINAL														

En: Enero, Fb: Febrero, Mz: Marzo, Ab: Abril, My: Mayo, Jn: Junio, Jl: Julio, Ag: Agosto, Sp: Septiembre, Oc: Octubre, Nv: Noviembre, Dc: Diciembre

Fuente: Elaboración propia.

5. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

Una vez finalizado el estudio, se pretende que los resultados formen parte de la producción científica y del cuerpo de conocimientos de la disciplina enfermera.

Este nuevo conocimiento está destinado principalmente a los profesionales sanitarios, y más concretamente, a los profesionales sanitarios dedicados al área de la salud mental y/o la oncología. No obstante, los resultados del estudio también son información útil para todos aquellos implicados en la comunidad de la salud mental: usuarios, cuidadores (formales e informales), etc.

El plan de difusión se pondrá en marcha, en primera instancia, con la defensa del estudio ante el tribunal académico. Posteriormente, se iniciará el proceso de envío del dossier a las revistas científicas del área de conocimiento implicado, como, por ejemplo: “Journal of psychiatry and mental health nursing”, una revista internacional que publica artículos académicos y de investigación que promueven el desarrollo de políticas, prácticas, investigación y educación en todos los aspectos de la enfermería de salud mental; y

“Cancer Nursing” una revista de referencia que aborda todo el espectro de problemas que surgen en la atención y el apoyo de los pacientes con cáncer.

El conocimiento ha de compartirse tanto en el área de la salud mental como de la oncología ya que el fin es visibilizar una problemática y conseguir una coordinación entre ambas esferas que asegure el cumplimiento de las estrategias de prevención del cáncer.

Por último, se elaborarán comunicaciones orales y en formato póster para ser remitidas a los congresos próximos, como podría ser el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y/o el Congreso nacional de la SEEO (Sociedad Española de Enfermería Oncológica)

6. RESULTADOS ESPERADOS Y APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA.

Estudios de características similares anuncian que las tasas de participación en las pruebas de detección cervical fueron casi un 60% más bajas entre las pacientes con diagnóstico de TMG, Del mismo modo, afirma que, a partir de análisis de modelos más ajustado; el diagnóstico de esquizofrenia y la recepción de antipsicótico depot (inyectable), se asociaban con una probabilidad más baja de detección de CCU. Las características del TMG más allá del diagnóstico se asociaron diferencialmente con la detección de CCU. (Woodhead et al., 2016)

Algunos autores destacan la relevancia de un papel activo del equipo de salud mental en la prevención del cáncer. Las enfermeras de salud mental podrían ser los profesionales óptimos para promover la prevención primaria del cáncer no solo a través de la educación sobre estilos de vida y la promoción de conductas sexuales seguras, sino que también pueden abordar la prevención secundaria al mismo tiempo que aumentan el conocimiento de los diferentes métodos de detección del cáncer disponibles y ayudan con la reserva de citas si es necesario. (Borrull et al., 2019)

A nivel práctico, viendo los resultados de otros estudios y apelando al nuevo paradigma de atención integrada y comunitaria, se sobre entiende que la hipótesis queda confirmada, las tasas de participación en los cribados preventivos de CCU son menores entre la población con diagnóstico de TMG; todavía existen barreras que mantienen a la salud

mental al margen de la atención médica, y por tanto al margen de la detección temprana de cáncer.

A través de la creación de conocimiento científico veraz se debe de promover la creación de estrategias específicas que permitan el acceso y uso de servicios para mejorar el estado de salud y bienestar de las personas con TMG. Estas estrategias deberían involucrar a los departamentos de salud mental, los médicos generales y los departamentos de prevención y atención primaria.

Existe un vacío innegable en la atención de la salud de las personas usuarias de salud mental. La propia OMS indica acciones tales como: “crear protocolos para las necesidades de salud física y mental de los pacientes en las áreas de prevención, identificación, evaluación y tratamiento; mejorar el acceso a los servicios generales de salud a través de la integración de los servicios de salud física y mental; trabajando para superar el estigma asociado a la enfermedad mental y la discriminación.” (Grassi & Riba, 2020.)

BIBLIOGRAFIA

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). (2018) Guía de práctica clínica: métodos anticonceptivos, infección VPH, y lesiones premalignas de cuello uterino. 1-47.

<https://www.aepcc.org/aepcc-guias/>

Bhatla, N., Berek, J. S., Cuello, M., Denny, L. A., Grenman, S., Karunaratne, K., ... Natarajan, J. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 145(1), 129–135.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.12749>

Bladé, A. T., Saladrígues, M. del P., Gimferrer, M. C., Quitllet, F. A., Ortiz, D. A., Piqué, X. C., ... Sebastià, J. P. (2014). Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57, 1–53.

[https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(14\)73068-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(14)73068-7)

Borrull-Guardeño, J., Domínguez, A., Merizalde-Torres, M. H., & Sánchez-Martínez, V. (2019). Cervical cancer screening in women with severe mental disorders: An approach to the Spanish context. *Cancer Nursing*, 42(4), 31–35.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000608>

Centro de referencia estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave (CREAP). (2022, April). Trastorno Mental Grave.

https://creap.imserso.es/creap_01/tmg/index.htm

Chrysostomou, A. C., Stylianou, D. C., Constantinidou, A., & Kostrikis, L. G. (2018). Cervical cancer screening programs in Europe: The transition towards HPV vaccination and population-based HPV testing. *Viruses*. 10(12):729.

<https://doi.org/10.3390/v10120729>

Clifton, A., Burgess, C., Clement, S., Ohlsen, R., Ramluggun, P., Sturt, J., ... Barley, E. A. (2016). Influences on uptake of cancer screening in mental health service users: a qualitative study. *BMC Cancer*. 16(257).

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1505-4>

Comité Asesor de Vacunas (CAV) & Asociación Española de Pediatría (AEP). (2022, March). Calendario Vacunal: Comunidad Valenciana.

<https://Vacunasaep.Org/Profesionales/Calendario-Vacunas/Valencia>.

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2022, 23 de marzo). Sanidad extiende el modelo de cribado de cáncer de mama a la detección precoz del cáncer de cuello de útero en mujeres de 25 a 65 años. [Comunicado de Prensa].

https://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa?id=992493

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (s.f). Memoria de actividad 2020: Departamento de Salud València - Clínico – Malvarrosa [Archivo PDF].

<https://clinicomalvarrosa.san.gva.es/memorias-departamento>

Dirección General de Salud Pública y Adicciones. (2022, 26 de marzo). El cáncer de cérvix en la Comunidad Valenciana [Comunicado de prensa].

http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/2022DM_CdeCervix_cas.pdf

Espinosa-López, E. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?

EduPsykhé: revista de psicología y educación.16(1), 1-14.

Grassi, L. & Riba, M. (2020) Cancer and severe mental illness: Bi-directional problems and potential solutions. *Psycho-Oncology*, 29, 1445-1451.

<https://doi.org/10.1002/pon.5534>

Kaerlev, L., Iachina, M., Trosko, O., Qvist, N., Møller Ljungdalh, P., & Mertz Nørgård, B. (2018). Colon cancer patients with a serious psychiatric disorder present with a more advanced cancer stage and receive less adjuvant chemotherapy: A Nationwide Danish Cohort Study. *BMC Cancer*. 12(1050).

<https://doi.org/10.1186/s12885-018-4879-3>

López Alvarez, M., & Laviana Cuetos, M. (2016). La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastornos mentales graves. *Enfermería Clínica*, 26(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.006>

Lucas Lago, A., Mosquera Pan, L., López Folgueiras, B., & Tizón Bouza, E. (2021). Nuevo enfoque en el programa de cribado para la detección precoz del cáncer de cérvix en Galicia. *Rev Esp Salud Pública*. 95.

Mahar, L. Kurdyak, P. Hanna, T. Coburn, N. & Groome, P. (2020). Cancer staging in individuals with a severe psychiatric illness: a cross-sectional study using population-based cancer registry data. *BMC Cancer*. 20(474).

<https://doi.org/10.1186/s12885-020-06943-w>

Marañón Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., Flores Barroso, Y., Vaillant Lora, L., Landazuri Llago, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico de Holguín*. 21(1):187-203.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018, Julio). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, Serie informes monográficos [Archivo PDF]. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Murphy, K. A., Daumit, G. L., Bandara, S. N., Stone, E. M., Kennedy-Hendricks, A., Stuart, E. A., ... Mcginty, E. E. (2020). Association Between the Maryland Medicaid Behavioral Health Home Program and Cancer Screening in People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services, 71*, 608–611.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900299>

Organización Mundial de la Salud (OMSa) (2022, 20 de enero). Cáncer cervicouterino: datos y cifras [Comunicado de prensa].

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Organización Mundial de la Salud (OMSb). (2022, 8 de junio). Trastornos mentales: datos y cifras [Comunicado de prensa].

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Rockson, L. E., Swarbrick, M. A., & Pratt, C. (2016). Cancer Screening Among Peer-Led Community Wellness Center Enrollees. In *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 54*(3).

<https://doi.org/10.3928/02793695-20160219-06>

Solmi, M., Firth, J., Miola, A., Fornaro, M., Frison, E., Fusar-Poli, P., ... Correll, C. U. (2020). Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *The Lancet Psychiatry, 7*(1), 52–63.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30414-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30414-6)

Tuesley, K. M., Jordan, S. J., Siskind, D. J., Kendall, B. J., & Kisely, S. (2019). Colorectal, cervical and prostate cancer screening in Australians with severe mental illness: Retrospective nation-wide cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(6), 550–558.

<https://doi.org/10.1177/0004867418814945>

Weinstein, L. Stefancic, A. Cunningham, A. Hurley, K. Cabassa, L. & Wender R.
(2016). Cancer screening, prevention, and treatment in people with mental illness.
CA: A Cancer journal for Clinicians, 66(2), 133-151
<https://doi.org/10.3322/caac.21334>

Woodhead, C., Cunningham, R., Ashworth, M., Barley, E., Stewart, R. J., & Henderson,
M. J. (2016). Cervical and breast cancer screening uptake among women with
serious mental illness: A data linkage study. *BMC Cancer*, 16(1), 819–819.
<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2842-8>

ANEXOS

ANEXO A. RESULTADO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

<i>BASES DE DATOS</i>	<i>ECUACIÓN DE BÚSQUEDA</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS*</i>	<i>TEXTOS ÚTILES</i>	<i>TEXTOS ÚTILES DESCARTANDO LOS DUPLICADOS</i>
<i>CINAHL</i>	Mental disorder AND early detection of cancer AND quality of life	2	1	1	1
<i>CINAHL</i>	Mental disorders AND delayed diagnosis AND cancer	7	5	3	3
<i>CINAHL</i>	Mental disorders AND Delayed diagnosis AND cáncer AND quality of life	0	0	0	0
<i>CINAHL</i>	Mental disorders AND Diagnostic Screening Programs AND cancer	0	0	0	0
<i>CINAHL</i>	Severe mental illness AND Screening Programs AND cancer	1	0	0	0
<i>CINAHL</i>	Severe mental illness AND	3	3	2	2

	diagnosis AND Neoplasm staging				
<i>CINAHL</i>	Mental disorders AND screening AND cervical cancer	28	16	8	7

<i>BASES DE DATOS</i>	<i>ECUACIÓN DE BÚSQUEDA</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS*</i>	<i>TEXTOS ÚTILES</i>	<i>TEXTOS ÚTILES DESCARTANDO LOS DUPLICADOS</i>
-------------------------------	---------------------------------	-------------------	---	--------------------------	---

<i>PUBMED</i>	Mental disorder AND early detection of cancer AND quality of life	60	31	3	2
---------------	--	----	----	---	---

<i>PUBMED</i>	Mental disorders AND delayed diagnosis AND cancer	341	137	4	2
---------------	--	-----	-----	---	---

<i>PUBMED</i>	Mental disorders AND Delayed diagnosis AND cáncer AND quality of life	25	13	1	0
---------------	--	----	----	---	---

<i>PUBMED</i>	Mental disorders AND Diagnostic Screening Programs AND cancer	16	10	1	1
---------------	--	----	----	---	---

<i>PUBMED</i>	Severe mental illness AND Screening	240	88	8	6
---------------	--	-----	----	---	---

	Programs AND cancer				
<i>PUBMED</i>	Severe mental illness AND diagnosis AND Neoplasm staging	134	30	4	2
<i>PUBMED</i>	Mental disorders AND screening AND cervical cancer	44	17	6	0

<i>BASES DE DATOS</i>	<i>ECUACIÓN DE BÚSQUEDA</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS*</i>	<i>TEXTOS ÚTILES</i>	<i>TEXTOS ÚTILES DESCARTANDO LOS DUPLICADOS</i>
-----------------------	-----------------------------	-------------------	---	----------------------	---

<i>PsycInfo</i>	Mental disorder AND early detection of cancer AND quality of life	19	6	1	0
<i>PsycInfo</i>	Mental disorders AND delayed diagnosis AND cancer	33	6	0	0
<i>PsycInfo</i>	Mental disorders AND Delayed diagnosis AND cáncer AND quality of life	3	1	0	0
<i>PsycInfo</i>	Mental disorders AND Diagnostic Screening Programs AND cancer	23	4	0	0

<i>PsycInfo</i>	Severe mental illness AND Screening Programs AND cancer	8	3	1	0
<i>PsycInfo</i>	Severe mental illness AND diagnosis AND Neoplasm staging	4	3	2	0
<i>PsycInfo</i>	Mental disorders AND screening AND cervical cancer	83	22	9	4

BASES DE DATOS ***ECUACIÓN DE BÚSQUEDA*** ***RESULTADOS*** ***RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS**** ***TEXTOS ÚTILES*** ***TEXTOS ÚTILES DESCARTANDO LOS DUPLICADOS***

<i>SCOPUS</i>	Mental disorder AND early detection of cancer AND quality of life	53	16	2	0
<i>SCOPUS</i>	Mental disorders AND delayed diagnosis AND cancer	105	34	2	1
<i>SCOPUS</i>	Mental disorders AND Delayed diagnosis AND cáncer AND quality of life	11	4	0	0

<i>SCOPUS</i>	Mental disorders AND Diagnostic Screening Programs AND cancer	35	10	2	1
<i>SCOPUS</i>	Severe mental illness AND Screening Programs AND cancer	16	11	5	0
<i>SCOPUS</i>	Severe mental illness AND diagnosis AND Neoplasm staging	25	15	7	1
<i>SCOPUS</i>	Mental disorders AND screening AND cervical cancer	75	28	14	4
<i>TOTAL, DE TEXTOS ÚTILES A CONSULTAR</i>					37

* Filtros aplicados:

- Tipo de documento: Artículo científico
- Acceso: Texto completo/Full text-Open Access
- Fecha de publicación: desde 2016 hasta 2022.
- Idioma: inglés y/o español.

ANEXO B. ESCALA MEC DE LOBO

AREA DE PSICOLOGIA MINI EXAMEN COGNOSCITIVO O MEC DE LOBO

1. ORIENTACIÓN	PUNTOS
¿En que año estamos?	1
¿En que estación del año estamos?	1
¿En que día de la semana estamos?	1
¿Qué día es hoy (número)?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿En qué piso nos encontramos?	1
¿En qué distrito nos encontramos?	1
2. FIJACIÓN	
Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuada, si no los ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que se los aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.	3
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me da 3, cuántas le quedan? Y si me da 3 (hasta 5 restas)	5
Repita estos números 5, 9, 2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en N° y orden)	3
4. MEMORIA	
¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?	3
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo. ¿qué es esto?	1
Mostrar un reloj. ¿qué es esto?	1
Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS"	1
Una manzana y una pera son frutas, verdad? ¿Qué son un gato y un perro?	1
¿Y el rojo y el verde?	1
Ahora haga lo que le digo: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA (1 punto por cada acción correcta)	3
Muéstrele la hoja que dice "CIERRE LOS OJOS" y dígame: "haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	1
Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel. (le da un papel)	1
Copiar un dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados.	1

Puntuación máxima es de 35 puntos.

- A. Pacientes geriátricos mayores de 65 años, punto de corte 23/24, es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso".
- B. Pacientes no geriatricos, punto de corte 27/28. 27 o menos es igual a "caso" y 28 ó más igual a "no caso".

ANEXO C. TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	>30 cig. /día	3
	21-30 cig. /día	2
	11-20 cig. /día	1
	<11 cig. /día	0
¿Cuánto se demora en fumar el primer cigarrillo al levantarse?	<5 min	3
	De 6 a 30 min	2
	De 31 a 60 min	1
	>60 min	0
¿Qué cigarrillo le es más difícil dejar?	El primero	1
	Otro	0
¿Fuma más en la mañana?	SÍ	1
	NO	0
¿Le es más difícil no fumar donde está prohibido?	SÍ	1
	NO	0
¿Fuma si está enfermo en cama todo el día?	::SÍ	1
	NO	0
PUNTUACIÓN TOTAL:		

- De 0 a 3 puntos: Dependencia baja
- De 4 a 6 puntos: Dependencia media
- De 7 a 10 puntos: Dependencia alta

ANEXO D. ENCUESTA HETEROAPLICADA Y CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS GENERALES	
ID PACIENTE	<i>Fecha de Registro</i>
PROFESIONAL	
CAP al que pertenece	
DATOS RECOPIRADOS A TRAVES DE LA CONSULTA EN ABUCASIS Y ORION CLINIC	
Número de visitas registradas por el CAP (presenciales, telefónicas y domiciliarias) en el último año (enero 2021-enero 2022)	
Edad	
Diagnóstico de CCU	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Estadio de CCU en el momento de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Estadio desconocido <input type="checkbox"/> Estadio IA1, IA2, IB1, IB2 o IB3 <input type="checkbox"/> Estadio IIA1, IIA2 o IIB <input type="checkbox"/> Estadio IIIA, IIIB, IIIC, IIIC1 o IIIC2 <input type="checkbox"/> Estadio IVA o IVB
Diagnóstico de TMG	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Categoría diagnóstica de TMG	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia y otros trastornos relacionados (Trastorno esquizotípico, Trastorno esquizoafectivo Trastornos delirantes: persistentes o inducidos) <input type="checkbox"/> Trastornos afectivos de carácter psicótico (Trastornos bipolares y Depresiones psicóticas) <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite.
Cronología del diagnóstico de TMG	<input type="checkbox"/> Antes de los 25 años de edad

	<input type="checkbox"/> Después de los 25 años de edad
Participación en el cribado preventivo de CCU	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Seguimiento del programa de cribado preventivo de CCU, número de PAP realizadas	<input type="checkbox"/> No ha realizado ninguna PAP <input type="checkbox"/> Solo se ha realizado una PAP de forma aislada (abandono del cribado) <input type="checkbox"/> Se ha realizado más de una PAP según las recomendaciones en función de la edad (seguimiento)
Vacunación frente a VPH	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**DATOS OBTENIDOS A TRAVES DE UN CUESTIONARIO
HETEROAPLICADO EN LA PRIMERA CONSULTA**

Institucionalización	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Uso de preservativo durante las relaciones sexuales (masculino o femenino)	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre o más del 50% de las veces <input type="checkbox"/> Casi nunca o menos del 50% de las veces <input type="checkbox"/> Nunca
Dependencia tabáquica*:	<input type="checkbox"/> Dependencia baja <input type="checkbox"/> Dependencia media <input type="checkbox"/> Dependencia alta

* Test de Fagerström.

ANEXO E. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (HIC) Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

Nos ponemos en contacto con ud. Para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El mismo ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación (CEIm del Hospital Clínico de Valencia), de acuerdo con la legislación vigente: el RD 1090/2015 de 4 de diciembre y el Reglamento Europeo 536/2014 de 16 de abril, por los que se regulan los ensayos clínicos. La intención es que reciba la información pertinente y suficiente para que pueda decidir aceptar o no participar en el estudio. Debe conocer que la participación en el mismo es voluntaria y que puede decidir NO participar. En caso de que decida participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello suponga perjuicio en la atención sanitaria que reciba.

Objetivo y descripción del estudio:

- Estudio sobre el impacto que supone tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) sobre la participación en el cribado preventivo de Cáncer Cervicouterino (CCU) y por tanto sobre su detección y desarrollo.
- El objetivo es conocer si, tener un diagnóstico de TMG, influye sobre la realización del tamizaje o cribado del CCU.
- Se prevé que participen en torno a 342 personas, distribuidas en dos grupos de estudio, el grupo de casos y el de controles. La inclusión en un grupo u otro no será aleatoria, dependerá de la variable de estudio: “Haber participado o no en el programa de cribado preventivo del CCU”.
- Se recogerán diferentes variables relacionadas con el proyecto de investigación, parte de ellas a través de un cuestionario heteroaplicado al que ud. debe responder tras firmar el Consentimiento Informado (CI). Todo este proceso de recogida de datos se prevé que durará cerca de cuatro meses.

Responsabilidad de las participantes:

- Cumplir con la veracidad de las respuestas durante el proceso de recopilación de datos.
- Cumplir con la visita programada.

Riesgos y molestias derivadas de la participación en el estudio:

- El estudio NO supone ningún riesgo para salud de los participantes, ya sea física o mental.
- Siendo rigurosos, se ha de mencionar el impacto emocional que puede generar sobre las personas el resultado que se espera.
-

Posibles beneficios:

- Es posible que NO obtenga ningún beneficio directo para su salud, no obstante, este estudio va a aumentar el conocimiento científico sobre un área concreto, por lo que a la larga pretende formar parte de una evolución en el trato de la patología oncológica en personas con diagnóstico de TMG.

Contacto:

- SI durante la participación en el estudio tiene dudas o necesita que se le proporcione algo de información adicional, puede ponerse en contacto con la investigadora principal Mireia Martín Roca, a través del correo electrónico: al407977@uji.es

Protección de datos personales:

- La investigadora principal y el resto de profesionales que van a formar parte del proyecto se asegurarán de que se cumplan los principios contemplados en la normativa de protección de datos nacional y europea.

Yo, D/D^a _____ con DNI _____, que pertenezco al Centro de Atención Primaria (CAP) _____, sito en _____,

DECLARO:

- He recibido información clara y sencilla sobre el estudio, sus objetivos y su procedimiento.

He entendido la información facilitada, y he tenido la oportunidad de realizar preguntas y resolver dudas.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria, y que puedo, sin dar explicación y en cualquier momento, retirarme del estudio sin que ello tenga una repercusión en el desarrollo de los cuidados que se me ofrecen.

Con todo, OTRGO MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.

Paciente

Fdo.

Enfermera responsable

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mi salud.

