

11 226
2ej.
14

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA
SERVICIOS MEDICOS

"GRADO DE ACEPTACION DEL PROGRAMA DE DETECCION OPORTUNA DEL
CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES EN EDAD FER
TIL , DE LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR # 16 DE PUEBLO NUEVO".

T E S I S

Para obtener el título de postgrado en la especialidad de Me-
dicina Familiar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pagina
I INTRODUCCION	
Panorama General	1
Relevancia y Relación con la Especialidad	3
Antecedentes Históricos.....	4
Planteamiento del Problema.....	8
Objetivos	9
Planteamiento de Hipótesis.....	10
Universo de Trabajo.....	11
II MATERIAL Y METODOS.....	12
III PRESENTACION DE RESULTADOS.....	16
IV ANALISIS DE HIPOTESIS Y CONCLUSIONES..	31
V SUGERENCIAS	37
VI BIBLIOGRAFIA.....	38

PANORAMA GENERAL.

El carcinoma de cuello uterino constituye en la mayoría de los países de América Latina la primera causa de morbi-mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres. Las evidencias actuales ponen de manifiesto que el cáncer cervicouterino puede ser resultado en amplia medida, siempre que los programas masivos de detección citológica sean seguidos de la confirmación diagnóstica el tratamiento pronto y adecuado y el seguimiento permanente de citologías sospechosas y positivas.

En México el cáncer cervicouterino un problema de Salud real y actual; el número de casos al igual que en otros países va en continuo aumento, condicionado por el incremento de la esperanza de vida en la población y la participación de algunos factores relacionados con la vida moderna, que determinan o simplemente predisponen al cáncer.

Es posible contrarrestar el cáncer cervicouterino, ya que alrededor del 75% de los casos pueden ser diagnosticados en etapa temprana, hecho aceptado por la OMS; existen alteraciones premonitorias de la malignidad invasora, que son las displasia cervical y el cáncer in situ; estas alteraciones son curables en el 100% de los casos. Respecto al cáncer cervical ya invasor diagnosticado en etapa temprana (estadio I) es curable por los medios actuales: cirugía y radioterapia.

Lo anterior es posible gracias al desarrollo de la Medicina que nos proporciona los recursos técnicos suficientes, destacando por su importancia la Citología de Papanicolaou. De ahí que la de

tección y diagnóstico de cancer por citología reviste una gran importancia, ya que permite llegar a conocer el cáncer en forma temprana.

Por tales motivos este estudio debe practicarse en toda vida sexual activa, así como en embarazadas.

RELEVANCIA Y RELACION CON LA ESPECIALIDAD.

Todos los que participamos en la elaboración de este trabajo planeamos el contenido de la tesis pensando en que sea una fuente confiable de información para todo el equipo de salud, deseando que aumenten los conocimientos de las causas que intervienen en la aceptación del programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, lo mismo que sea una inspiración para continuar investigando.

Hemos intentado esclarecer nuestras hipótesis dentro de una sencillez científica para una identificación adecuada y un aprovechamiento objetivo.

Esta investigación guarda estrecha relación con nuestra especialidad debido a que los programas de salud, tal el de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino tienen su principal aplicación en el primer nivel de atención, en el que la prevención juega un papel fundamental y donde el médico Familiar encuentra su campo de acción por su contacto directo y frecuente con el derechohabiente, tiene la oportunidad de orientar y motivar para así lograr una verdadera práctica preventiva y aumentar la esperanza de vida en las mejores condiciones posibles.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

El Citodiagnóstico de las lesiones malignas es uno de los más importantes aportes que ha tenido la Oncología. La presencia de células neoplásicas descamadas era un hecho conocido desde el siglo pasado. En 1928 Papanicolaou y Babes describieron casos de carcinomas de cuello uterino diagnosticados por medio de la observación microscópica de los exudados vaginales. Con el paso del tiempo se ha comprobado que el estudio citológico es útil en casos en donde se sospecha una neoplasia subclínica o clínica, sobre todo del cuello uterino por lo que se le utiliza como el procedimiento de elección en los programas de Salud Pública.

En el año de 1934 se efectuó por primera vez una campaña en gran escala para la detección del cancer cervical por Von Mickuliez Radecki en Prusia Oriental, debido a los malos resultados que se obtuvieron en el tratamiento del carcinoma de cuello uterino cuando no se usaba la citología exfoliativa.

En 1946 se inició en Finlandia la campaña de detección de cancer cervicouterino al utilizar por primera vez el método citológico en exámenes de mas 7,000 mujeres.

Las campañas Nacionales de Detección de carcinoma cervicouterino en las cuales se emplea este método, han hecho posible en América Latina el tratamiento del problema del cancer por procedimientos de Salud Pública.

El programa de Detección Oportuna de Cancer Cervicouteri-

no ha venido realizándose en el Instituto Mexicano del Seguro Social a partir del 12 de noviembre de 1962 en el Distrito Federal, y meses después en algunos estados del país.

En la Delegación de Baja California esta técnica ya se utilizaba desde el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, practicándose solamente en pacientes problema. No fue sino el año de 1972 cuando se implanta la Detección Oportuna de cancer como un programa prioritario de salud; en la Unidad de Medicina Familiar #16 de Pueblo Nuevo, se inicia este programados años mas tarde.

Actualmente el programa del D.O.C. es desarrollado por el Departamento de Medicina Preventiva contando con un personal constituido por un médico responsable del Servicio, un pasante de Medicina, una enfermera general, una pasante de enfermería, y una auxiliar de enfermería. La difusión y promoción del programa es realizada por el propio personal y contando con la colaboración del Departamento de Trabajo Social.

El número de detecciones practicadas a partir de julio de 1979 a diciembre de 1980 es de 3327; su distribución por grupos de edad se muestra en el cuadro siguiente.

DOC TOMADOS EN UMF #16

CUADRO NO. 1

Grupo de edades	Num. de D.O.C.	%
15 - 19	66	1.9
20 - 24	354	10.6
25 - 29	526	15.8
30 - 34	444	13.3
35 - 39	421	12.6
40 - 44	425	12.7
45 - 49	364	10.6
50 y mas	727	21.8
TOTALES	3327	100.00

En el cuadro No. 2 se muestran los resultados del D.O.C.- por grupos de edad practicados en la U.M.F. #16 de Pueblo Nuevo, en el período de 1979 a 1980, en Mexicali B. Cfa. Ver gráficas No. 1 y No. 2.

RESULTADOS DE DOC EN UMF #16
CUADRO No. 2

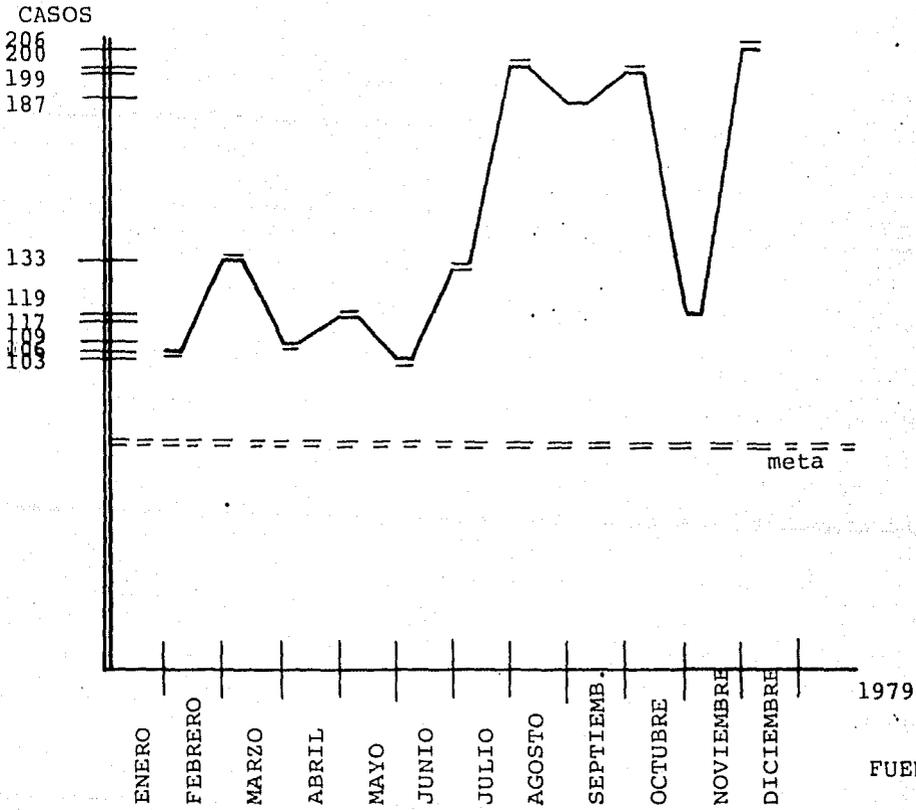
Gpo. de edades	Clase				
	I	II	III	IV	V
15-19	20	24			
20-24	84	184	1		
25-29	128	296	3		
30-34	69	268			
35-39	107	238	1		
40-44	91	236	5		2
45-49	77	212	1		2
50 y +	116	446	2		6
TOTALES	692	1904	13		10
%	20.7	57.5	0.3		0.3

Exámenes con reporte de resultado: 2619

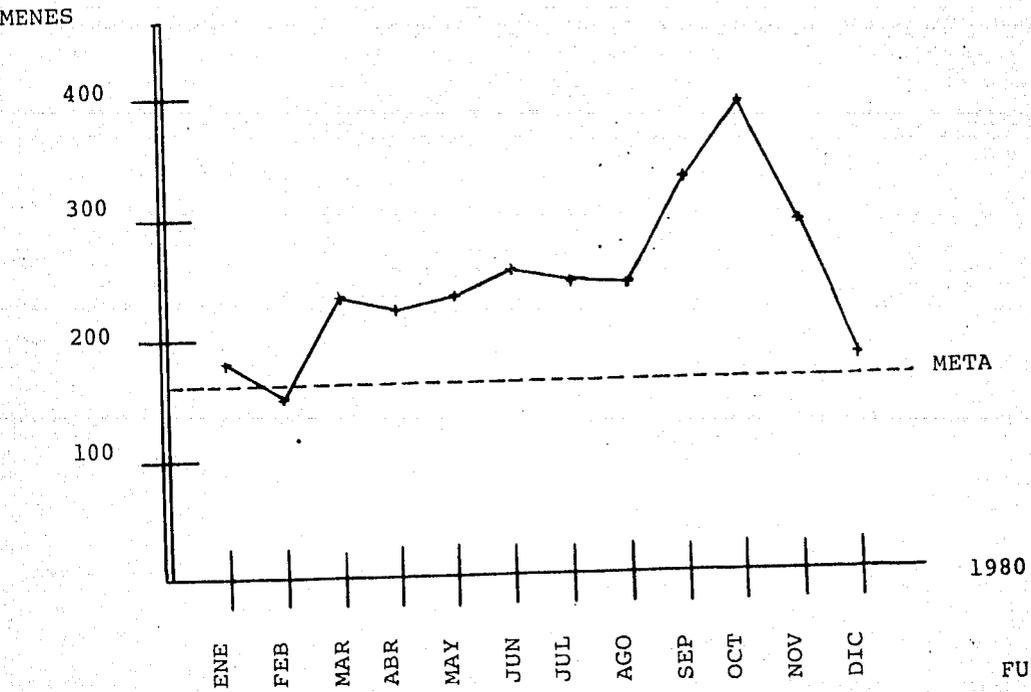
Exámenes sin reporte de resultado: 708

Fuente; libros de registro de Medicina Preventiva de la
U.M.F. #16 de Pueblo Nuevo.

GRAFICA No. 1
 DETECCION DE PADECIMIENTOS CRONICOS
 CANCER CERVICOUTERINO



GRAFICA No. 2
DOC PRACTICADOS EN LA U.M.F No.16



FUENTE: DEPART
MEDICI

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La inquietud que hizo surgir este estudio parte de la observación de la frecuencia cada vez mayor del cancer cervicouterino en nuestro medio, así como el hecho de que algunas pacientes acuden al hospital para su manejo en estadios avanzados en donde es poco lo que se puede hacer por ellas, y por ende su pronóstico es muy malo. Por otra parte, llama la atención la presencia de esta patología en mujeres cada vez mas jóvenes.

Durante nuestro adiestramiento de especialización y al paso por los servicios de consulta externa, nos hemos dado cuenta de la poca participación del Médico Familiar en los programas de Salud, entre ellos el de D.O.C..

Como sabemos, la mayor posibilidad de curar un cancer es - triba en su descubrimiento y manejo antes de que produzca síntomas. Esto se logra, en el caso específico del carcinoma cervicouterino a través del estudio citológico de Papanicolaou, al ser practicado en forma masiva a la población femenina susceptible - aparentemente sana. De ahí la importancia del programa de Detección oportuna del Cancer Cervicouterino para nosotros.

OBJETIVOS.

I. GENERAL.

Determinar el grado de aceptación del programa de Detec
ción Oportuna del Cancer Cervicouterino en la población
femenina en edad fértil adscrita a la Unidad Médico Fami
liar #16 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en -
Pueblo Nuevo, Mexicali, Baja California.

II. TERMINALES.

Determinar el papel que juegan algunos factores en el -
desarrollo pleno del programa de Detección Oportuna del
Cancer Cervicouterino en la Unidad Médico Familiar #16,
tales como:

- a) Escolaridad
- b) Nivel Económico
- c) Promoción y difusión
- d) Participación del Médico Familiar
- e) Conceptos Falsos y/o prejuicios

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

- I.
 - a) A mayor promoción y difusión por parte del IMSS sobre el programa de D.O.C. mayor aceptación.
 - b) A menor promoción y difusión por parte del IMSS sobre el programa de D.O.C. menor aceptación.

- II.
 - a) A mayor nivel económico mayor aceptación del programa de D.O.C.
 - b) A menor nivel económico menor aceptación del programa de D.O.C.

- III.
 - a) A mayor escolaridad mayor grado de aceptación del programa de D.O.C.
 - b) A menor escolaridad menor grado de aceptación del programa de D.O.C.

- IV.
 - a) Los falsos conceptos o prejuicios no intervienen en la población expuesta para la práctica de D.O.C.
 - b) Los conceptos falsos o prejuicios sí intervienen en la población expuesta para la práctica de D.O.C.

- V. Los médicos Familiares constituyen un factor importante de motivación en la práctica de D.O.C.

UNIVERSO DE TRABAJO.

De acuerdo a las características de nuestro estudio, se to
mó como universo de trabajo a la población femenina en edad fértil (15 a 49 años) adscrita a la Unidad Médico Familiar #16, de Pueblo Nuevo, en Mexicali, Baja California, sumando un total de 8288.

Se seleccionó como muestra estadísticamente significativa el 21.21% de la población, que corresponde a 1758 mujeres.

Cabe mencionar que nuestro universo de trabajo se encuentra distribuido en una área de afluencia que comprende a 40 colonias, con un nivel económico bajo, y medio bajo.

MATERIAL Y METODOS.

1. Materiales.

1.1 Recursos materiales:

- Tarjetas de adscripción a Médico Familiar.
- Libretas de registro del Programa de D.O.C. de Medicina Preventiva de la UMF #16 de Pueblo Nuevo.
- Un instrumento de trabajo.

1.2 Recursos Humanos:

- Población Femenina en edad fértil adscrita a la UMF #16 de Pueblo Nuevo.

2. Métodos.

Para determinar el Universo de Trabajo se realizó una revisión retrospectiva de las tarjetas de adscripción a Médico Familiar, obteniéndose datos sobre edad y sexo de cada uno de los derechohabientes de la Unidad.

De la población femenina se tomó una muestra que fuese estadísticamente significativa de las mujeres en edad fértil, entre los 15 y los 49 años, siendo la cifra de 1758, el 21.2% del total.

Para acopio de información se elaboró un instrumento de trabajo el cual consistió en un cuestionario formado por 6 reactivos con respuesta de opción múltiple, bajo nivel de dificultad. Este cuestionario fue aplicado en forma individual a las mujeres consideradas en nuestro universo -

de trabajo, que acudían a la clínica a consulta o por cualquier otro motivo. La aplicación de los cuestionarios se efectuó básicamente en la sala de espera, abarcando un período de tiempo de dos meses con el propósito de lograr una mayor variedad entre las mujeres entrevistadas. El tiempo efectivo de aplicación de cuestionarios fué de 60 horas. Cuando se encontró el caso de una mujer analfabeta, el entrevistador recogió la información verbal y transcribió inmediatamente.

Se acudió a los registros de Medicina Preventiva de la Unidad para obtener información relativa al programa de D.O.C. durante el tiempo que lleva en funciones.

Se efectuó un análisis de los resultados primeramente de la población en general y posteriormente se dividió ésta en dos grupos: uno, que correspondió a las mujeres con práctica de una o más detecciones (1), u otro, con mujeres que por algun motivo nunca se han practicado un examen (2). El objetivo fue obtener información de ambos grupos en forma separada para después confrontarlos.

Para el análisis estadístico de las hipótesis se utilizó la distribución de "chi" cuadrada (χ^2) con grados de libertad. A continuación se muestra el instrumento de trabajo tal y como se aplicó:

CUESTIONARIO

MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA.

Edad _____

Estado Civil: Soltera _____

Casada _____

Divorciada _____

Unión Libre _____

Viuda _____

1.- Alguna vez se ha hecho la prueba del cancer?

a) Nunca _____

b) Una vez _____

c) Dos veces _____

d) Más de dos veces _____

2.- Cual de las siguientes formas la convenció para asistir a -
la prueba del cancer?

a) Pláticas en su clínica _____

b) Información de su médico _____

c) Radio, cine, televisión _____

d) Información de familiares,
vecinos o amigas _____e) Folletos, cartelones, re-
vistas _____

3.- Si no se ha practicado la prueba del cancer es porque?

a) No sabía que existiera _____

b) Porque le da pena o miedo _____

c) Se lo impide su esposo _____

d) No le interesa _____

e) Le teme al resultado _____

4.- El ingreso mensual de mi familia es de:

a) Menos de \$5,000 (salario mínimo) _____

b) De \$5,000 a \$12,000 _____

c) Más de \$12,000 _____

5.- Mis estudios son de:

a) Primaria incompleta _____ Primaria completa _____

b) Secundaria incompleta _____ Secundaria completa _____

c) Preparatorio incompleta _____ Preparatoria completa _____

d) Profesional _____

e) Otros _____

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Análisis General de la Población.

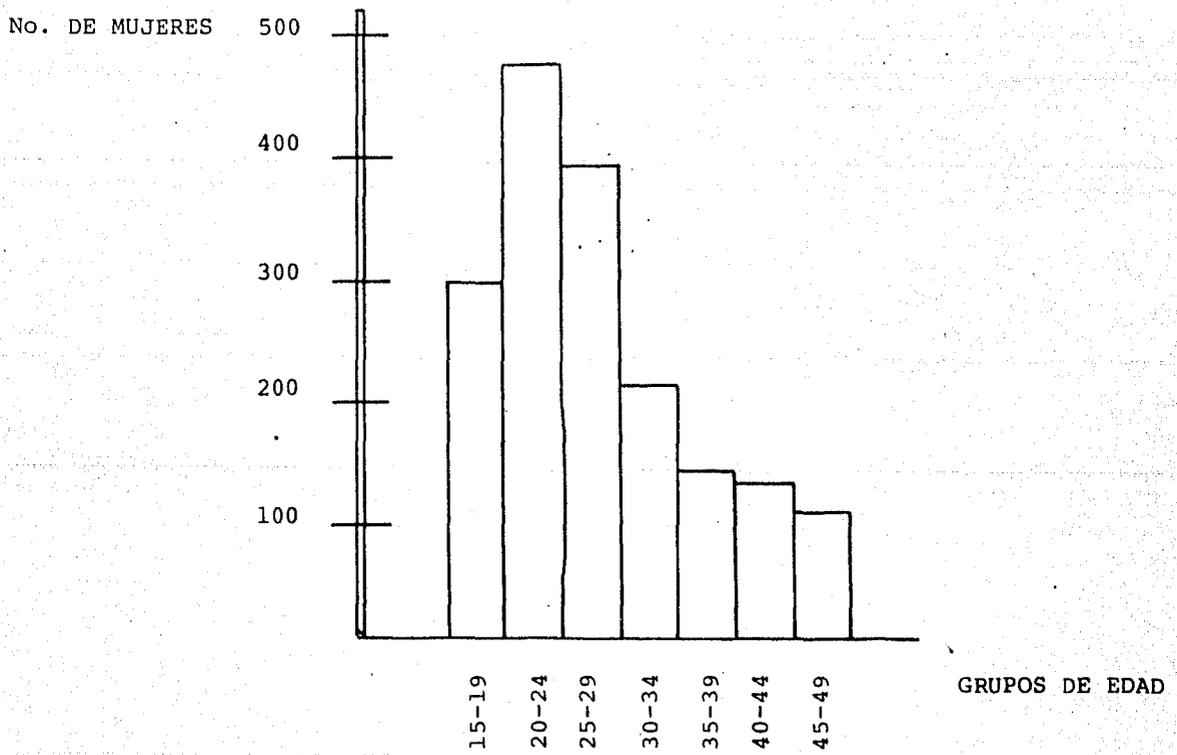
La muestra estudiada fué de 1758 mujeres que representan - el 21.2% de la población femenina en edad fértil de la UMF #16- de Pueblo Nuevo.

La distribución de las mujeres por grupos de edad nos muestra que las adultas jóvenes predominaron en forma significativa con 1738 (78.3%), mientras que las adultas en edad media alcanzaron un número de 380 (21.6%); por lo anterior concluimos que nuestra población es fundamentalmente joven. Ver cuadro y gráfica - No. 3

CUADRO No. 3

Grupos de edad	Número de mujeres	%
15-19	1791	21.60
20-24	1820	21.95
25-29	1556	18.77
30-34	1049	12.65
35-39	760	9.16
40-44	661	7.97
45-49	651	7.85
TOTAL	8288	100.00

GRAFICA No. 3
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPOS
DE EDAD



El estado civil que predominó en la población investigada - fué el de casada con 1154 (65.6%). Le siguieron en orden de frecuencia las solteras con 297 (16.8%), unión libre 234 (13.3), divorciada con 59 (3.3%) y por último, viudez con 14 mujeres con un porcentaje del 0.7%. Ver cuadro y gráfica No. 4

CUADRO No. 4

Estado Civil	Número de mujeres	%
Solteras	297	16.8
Casadas	1154	65.6
Divorciadas	59	3.3
Union Libre	234	13.3
Viudez	14	0.7
TOTAL	1758	100.00

GRAFICA No. 4
 ESTADO CIVIL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

DE MUJERES 300

250

200

150

100

50

15-19

20-24

25-29

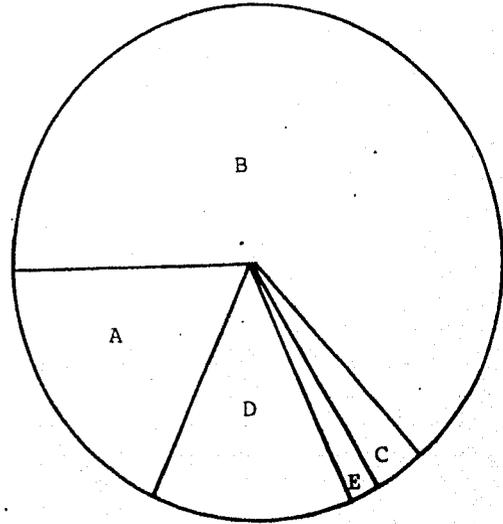
30-34

35-39

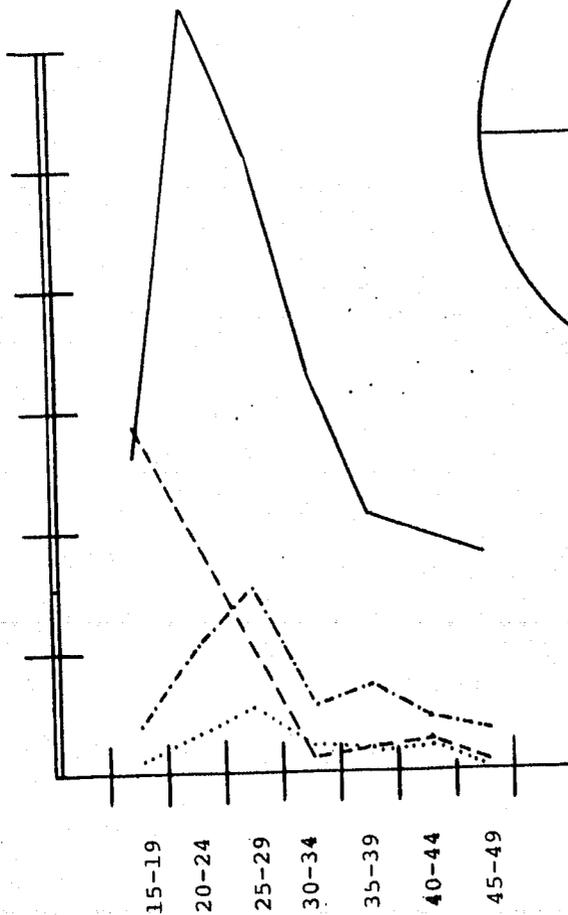
40-44

45-49

GRUPOS DE EDAD



- A= SOLTERA (16.8%)
- B= CASADA (65.6%)
- C= DIVORCIADA (3.3%)
- D= UNION LIBRE (13.3%)
- E= VIUDA (0.7%)



De la muestra investigada, 802 mujeres (45.7%) manifestaron nunca haberse practicado una detección de cancer cervicouterino; de ellas, 750 (93.5%) corresponden a adultas jóvenes, mientras que 52 (6.5%) restantes son adultas en edad media.

Con respecto a las mujeres que se han efectuado una o más detecciones, su número asciende a 956 (54.3%). Ver cuadro No.5

CUADRO No. 5

Número de detecciones	Número de mujeres	%
Nunca	802	45.7
Una vez	399	22.6
Dos Veces	232	13.1
Más de dos	325	18.4
TOTAL	1758	100.00

Se obtuvieron 1216 respuestas respecto a la motivación para la práctica de DOC, predominando las pláticas en la clínica con un número de 485 (39.8%). El segundo factor de motivación correspondió a la información proporcionada por el médico familiar con 393 (32.3%). En forma conjunta las dos anteriores respuestas representan el 72% del total.

Algunos otros factores tales como los medios de comunicación, la difusión mediante material informativo con cartelones, folletos, etc., y la transmisión de información por familiares, amigas o vecinos representó el porcentaje restante (37.9%). Ver cuadro No. 6

CUADRO No. 6

Motivación	Número de Mujeres	%
Pláticas en la clínica	485	39.8
Información del M. F.	393	32.3
Radio, cine y t.v.	110	9.0
Información de familiar, vecino o amigas	166	13.6
Folletos, cartelones y revistas	62	5.0
TOTAL	1216	100.00

La cifra final se vio incrementada por las respuestas de mujeres que conociendo el programa no se han practicado una detección.

Se obtuvieron 802 respuestas de mujeres que no se han practicado una detección. Predominó con 374 respuestas (46.6%) el miedo o pena; el segundo lugar el desconocimiento del programa; en tercer lugar se encuentra la apatía hacia la práctica del examen; posteriormente el temor al descubrimiento de un probable cancer.

Con una frecuencia mínima se hizo alusión a la oposición del cónyuge, embarazo y otros más.

En este grupo existen 297 mujeres solteras que no manifiestan vida sexual activa y que obviamente no se han practicado una detección, por lo que nuestro total final es de 505. *

CUADRO No. 7

Interfieren con DOC	No. de mujeres	%
No sabía que existiera	135	16.8
Pena o miedo	374	46.6
Se lo impide el cónyuge	7	0.8
No le interesa	130	16.2
Le teme al resultado	128	15.7
TOTAL	802 *	100.00

Como era de esperarse, dadas las características de nuestra población, el 63.5% de ella percibe un ingreso mensual que corresponde al salario mínimo (\$5,000); el 26.5% tiene un ingreso mensual familiar entre \$5,000 y \$12,000; el grupo restante, 9.84% obtiene más de \$12,000 mensuales. Ver cuadro No. 8

CUADRO No. 8

Ingreso mensual	Número de mujeres	%
- \$5,000	1118	63.5
\$5,000 a \$12,000	467	26.5
+ de \$12,000	173	9.8
TOTAL	1758	100.00

Para fines de tabulación hemos agrupado los grados de escolaridad de la siguiente manera: educación elemental (primaria incompleta y completa), educación media (secundaria incompleta y completa), educación media superior (preparatoria incompleta y completa) y educación superior o profesional.

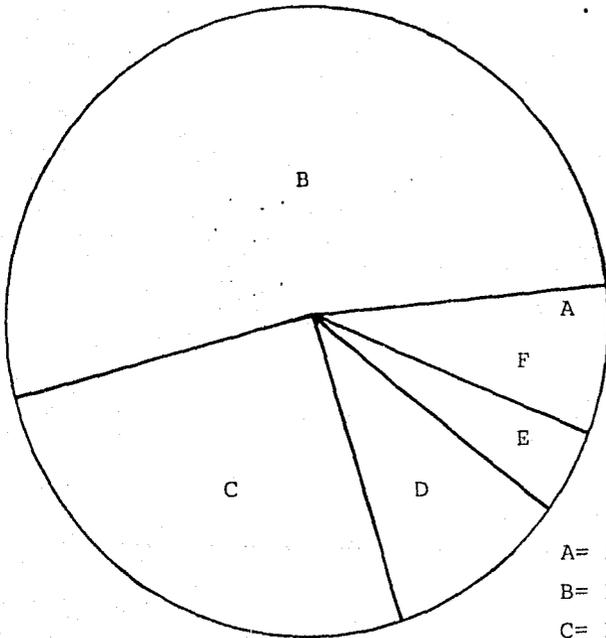
La educación elemental alcanzó una elevada proporción: 52% (923). La instrucción fue el 25.1% (443); la educación media superior llegó al 10% (175). Con respecto a la educación superior está una baja incidencia, el 4.3% (76). La educación complementaria del tipo secretariado, técnicos etc. representó el 6% -- con 107 personas. El analfabetismo estuvo presente en un mínimo porcentaje, 1.9% (34). Ver cuadro No. 9 y gráfica No. 5

CUADRO No. 9

Escolaridad	Número de mujeres	%
Analfabetismo	34	1.9
E. Elemental	923	52.0
E. Media	443	25.1
E. Media superior	175	10.0
E. Superior	76	4.3
Otros	107	6.0
TOTAL	1758	100.0

GRAFICA No. 5

ESCOLARIDAD GENERAL EN LA MUESTRA.



A= ANALFABETAS (1.9%)

B= EDUCACION ELEMENTAL (52.5%)

C= EDUCACION MEDIA (25.1%)

D= EDUCACION MEDIA SUPERIOR (9.9%)

E= EDUCACION SUPERIOR (4.3%)

F= OTROS (6%)

GRUPO No. 1

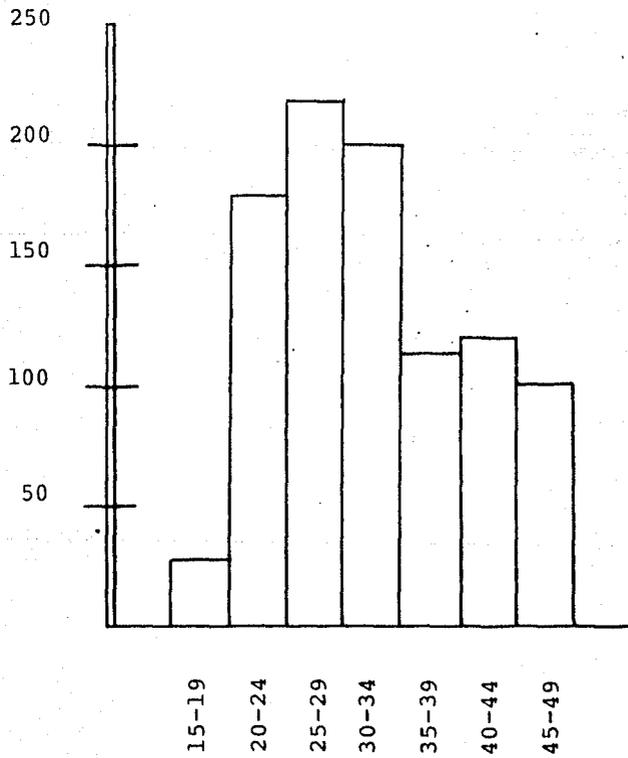
A continuación se muestra la distribución de mujeres por grupos de edad, que se han practicado uno o más DOC - en alguna época de su vida. Ver cuadro No. 10 y gráfica No.6

CUADRO No. 10

Grupos. de edad	Número de mujeres	%
15 - 19	27	2.82
20 - 24	177	18.51
25 - 29	216	22.59
30 - 34	200	20.92
35 - 39	111	11.61
40 - 44	127	13.28
45 - 49	98	10.25
TOTAL	956	100.00

GRAFICA No. 6
DISTRIBUCION DE MUJERES CON DOC

DE MUJERES



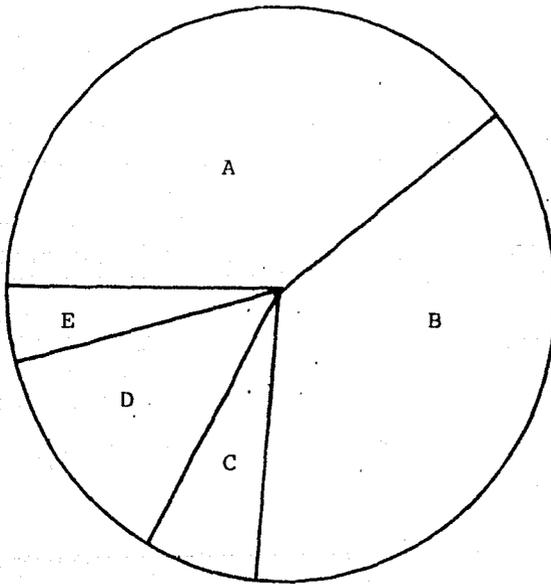
GRUPOS DE EDAD

Dentro de la motivación para la práctica de DOC prevaleció el convencimiento a través de las pláticas en la clínica con 373 respuestas (39%). En segundo lugar se encuentra la información proporcionada por el médico familiar, con 353 respuestas (36.9%) La información por familiares, vecinos o amigas tuvo 34 respuestas (14.0%) y por último, los medios de comunicación como radio, cine y televisión, folletos cartelones y revistas tuvieron un total de 96 respuestas (9.98%). Ver cuadro No. 11 y gráfica No.7

CUADRO No 11

Motivación	Número de mujeres	%
Pláticas en la clínica	373	39.0
Información del M.F.	353	36.92
Radio, cine y t.v.	62	6.48
Información por familiar, vecinos etc.	134	14.01
Folletos, cartelones revistas	34	3.5
TOTAL	956	100.00

GRAFICA No. 7
FACTORES QUE MOTIVARON LA PRACTICA DE DOC



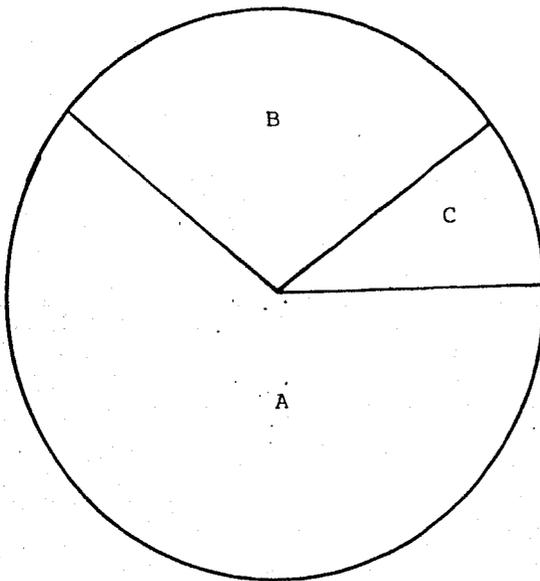
A = PLATICAS EN SU CLINICA
B = INF. POR SU M. FAMILIA
C = RADIO, CINE Y TV (6.
D = FAMILIARES, VECINOS (
E = FOLLETOS, CARTELONES

En lo que respecta al ingreso económico en las mujeres que se han practicado una detección, se observa el grupo mayor dentro del ingreso mínimo con 586 mujeres (61.29%); se encontraron 272 (28.55%) mujeres con un ingreso entre \$5,000 y \$12,000. Por último 98 mujeres (10.25%) refirieron un ingreso mayor de --- \$12,000 pesos. Ver cuadro No. 12 y gráfica No. 8

CUADRO No. 12

Ingreso	Número de mujeres	%
- de \$5,000	586	61.29
\$5,000 a \$12,000	272	28.55
+ de \$12,000	98	10.25
TOTAL	956	100.00

GRAFICA No. 8
INGRESO FAMILIAR EN MUJERES CON DOC



A= MENOS DE \$5,000 (61)

B= DE \$5,000 A \$12,000 (26)

C= MAS DE \$12,000 (13)

Según el grado de escolaridad, se observó que 647 mujeres solo han cursado la instrucción elemental (67.67%); 177 mujeres (18.5%) han cursado la instrucción media, y 68 mujeres (7.11%) con instrucción media superior, se encontró un bajo índice con educación superior siendo 34 (3.55%), y un grupo con escolaridad diferente (técnica, manual etc.), con 6 personas (0.62%), por último el analfabetismo fue detectado en 24 mujeres (2.5%).

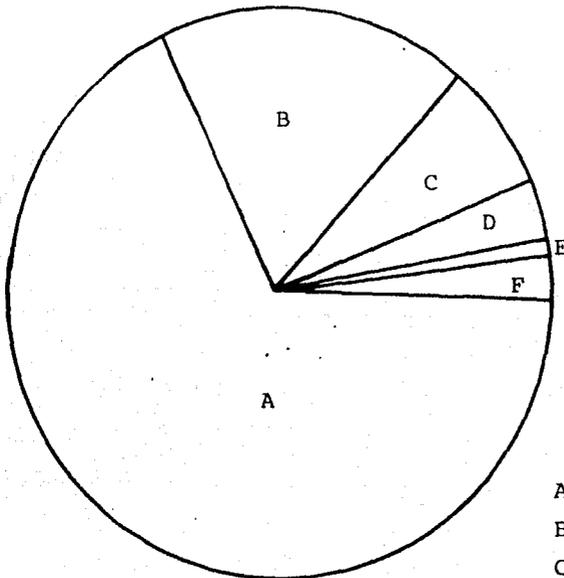
Ver cuadro No. 13 y gráfica 9

CUADRO No. 13

Escolaridad	Num. de mujeres	%
Analfabetismo	24	2.5
E. Elemental	647	67.67
E. Media	177	18.5
E. Media Superior	68	7.11
E. Superior	34	3.55
Otros	6	0.62
TOTALES	956	100.00

GRAFICA No. 9

ESCOLARIDAD EN MUJERES CON DOC



- A= EDUCACION ELEMENTAL (67.6%)
- B= EDUCACION MEDIA (18.51%)
- C= EDUCACION MEDIA SUPERIOR (3.5%)
- D= SUPERIOR (0.6%)
- E= OTROS (0.6%)
- F= ANALFABETAS (2.5%)

GRUPO No. 2

Se encontró en este grupo un número de 505 mujeres con vida sexual que por una u otra causa no se han practicado una detección de cancer cervicouterino.

En este grupo no se han incluido las mujeres solteras, cuyo número ascendió a 297.

De la tabulación de la información obtenemos los siguientes resultados: la distribución de las mujeres que no se han practicado un detección de cancer y que tienen o han tenido vida sexual se encuentra fundamentalmente entre los grupos de edad joven, -- con un total de 439 (86.9%), mientras que las mujeres en edad me dia constituye una minoría con 66 (13.0%) Ver cuadro No. 14 y -- Gráfica No. 10

CUADRO No. 14

Grupos de edad	Número de mujeres	%
15 - 19	119	23.5
20 - 24	200	39.6
25 - 29	120	23.2
30 - 34	28	5.5
35 - 39	28	5.5
40 - 44	6	1.1
45 - 49	4	0.7
TOTALES	505	100.00

GRUPO No. 2

Se encontró en este grupo un número de 505 mujeres con vida sexual que por una u otra causa no se han practicado una detección de cancer cervicouterino.

En este grupo no se han incluido las mujeres solteras, cuyo número ascendió a 297.

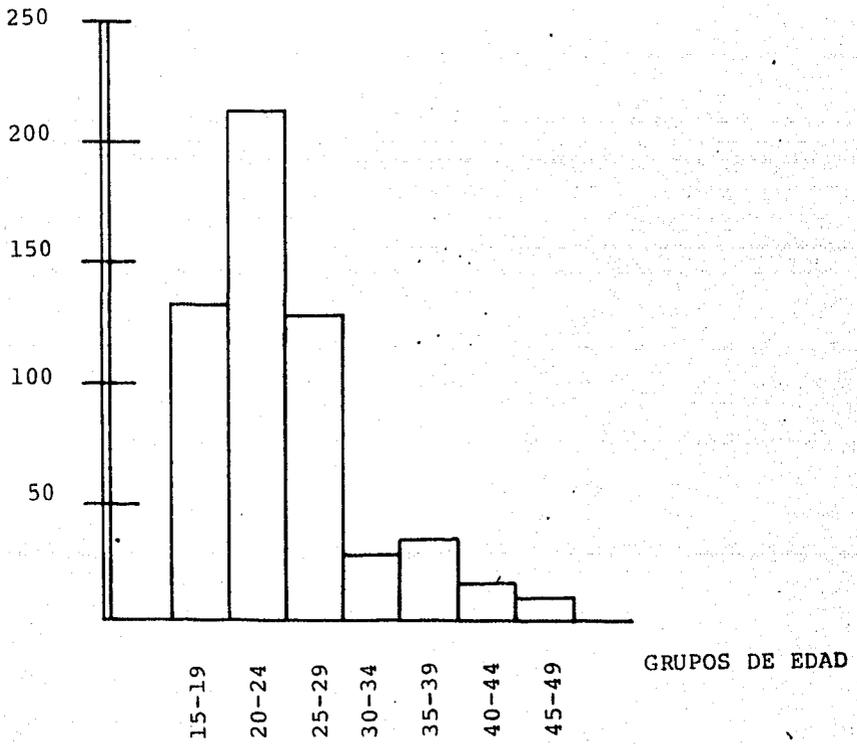
De la tabulación de la información obtenemos los siguientes resultados: la distribución de las mujeres que no se han practicado un detección de cancer y que tienen o han tenido vida sexual se encuentra fundamentalmente entre los grupos de edad joven, -- con un total de 439 (86.9%), mientras que las mujeres en edad media constituye una minoría con 66 (13.0%) Ver cuadro No. 14 y -- Gráfica No. 10

CUADRO No. 14

Grupos de edad	Número de mujeres	%
15 - 19	119	23.5
20 - 24	200	39.6
25 - 29	120	23.2
30 - 34	28	5.5
35 - 39	28	5.5
40 - 44	6	1.1
45 - 49	4	0.7
TOTALES	505	100.00

GRAFICA No. 10
MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN DOC

DE MUJERES



Los motivos que aduce este grupo de mujeres para no haberse practicado una detección de cancer cervicouterino son, en primer lugar la pena y/o miedo a la práctica del examen en 239 mujeres (47.3); 144 mujeres (28.5%) manifestaron no tener interés en esta prueba. Las dos causas anteriores suman un total de 383 personas (75.8%) y constituyen los motivos principales.

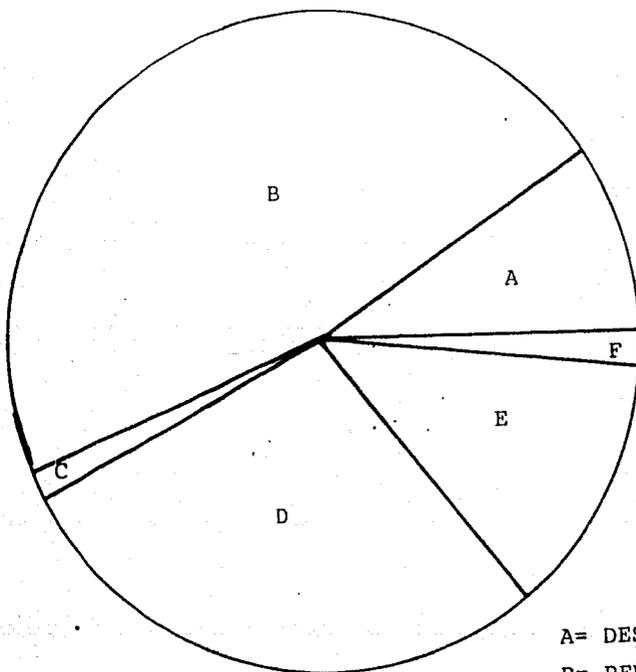
Con cifras menores se encuentran otras causas. 62 mujeres (12.2%) respondieron tener temor a descubrirseles la presencia de alguna neoplasia; 48 manifestaron no tener conocimiento de la prueba y del programa representando el 9.5%; los cónyuges de 4 mujeres se opusieron a la práctica del examen (0.7%); otros motivos tales como embarazo, ser recién casada, etc. sumaron un número de 8, esto es el 1.5%. Ver cuadro No. 15 y Gráfica No. 11

CUADRO No. 15

Interfirieron en DOC	Número de mujeres	%
Desconocimiento del programa	48	9.5
Pena y/o miedo	239	47.3
Oposición del cónyuge	4	0.7
No le interesa	144	28.5
Temor al resultado	62	12.2
Otros	8	1.5
TOTAL	505	100.00

GRAFICA No. 11
FACTORES QUE INTERFIRIERON EN LA PRACTICA DEL

DOC



A= DESCONOCE EL PROGRAMA (9.5%)
B= PENA O MIEDO (47.3%)
C= SE OPONE EL CONYUGE (0.7%)
D= NO LE INTERESA (28.5%)
E= TEMOR AL RESULTADO (12.2%)
F= OTROS (1.5%)

La instrucción elemental constituye el grupo más numeroso con 226 mujeres (44.7%). La instrucción media le sigue en frecuencia con 152 mujeres (30.0%), ambas representan la instrucción fundamental de este grupo. La instrucción media superior tuvo 61 personas (12.0%) y la superior a 30 (5.9%). Bajo el título de otros se agrupan todas aquellas mujeres que cursaron instrucción técnica, manual, etc., sumando un total de 24 (4.7%). En este grupo se detectaron 12 mujeres analfabetas. Ver cuadro -- No. 16 y Gráfica No. 12

CUADRO No. 16

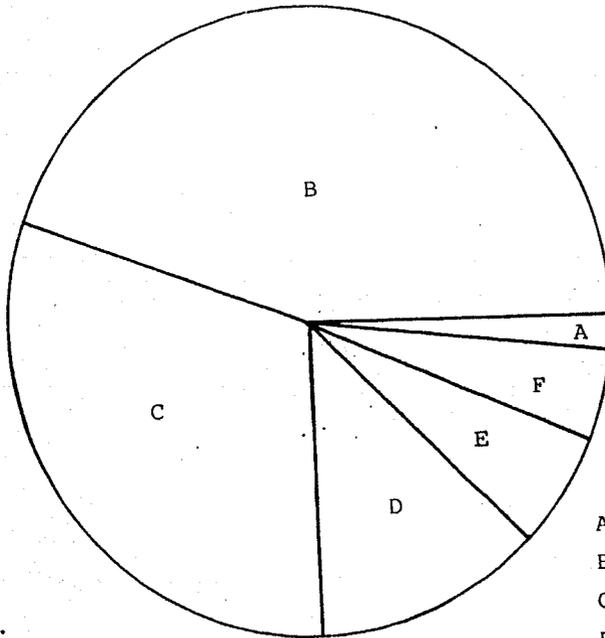
Escolaridad	Num. de mujeres	%
Analfabetismo	12	2.3
E. Elemental	226	44.7
E. Media	152	30.0
E. Media Superior	61	12.0
E. Superior	30	5.9
Otros	24	4.7

TOTAL

505

100.00

GRAFICA No. 12
ESCOLARIDAD EN MUJERES SIN DOC



A= ANALFABETAS (2.3%)
B= EDUCACION ELEMENTAL (40.7%)
C= EDUCACION MEDIA (30%)
D= EDUCACION MEDIA SUPERIOR (12.3%)
E= EDUCACION SUPERIOR (5.7%)
F= OTROS (4.7%)

El ingreso económico familiar mensual en este grupo corresponde al salario mínimo en la gran mayoría de las mujeres entrevistadas, con un número total de 332 (65.7%); el segundo grupo con ingreso entre \$5,000 y \$12,00 pesos, comprende un total de 131 mujeres (23.9%), mientras que los ingresos mayores de \$12,000 pesos suman un total de 52 (10.0%) Ver cuadro No. 17 y Gráfica No. 13

CUADRO No. 17

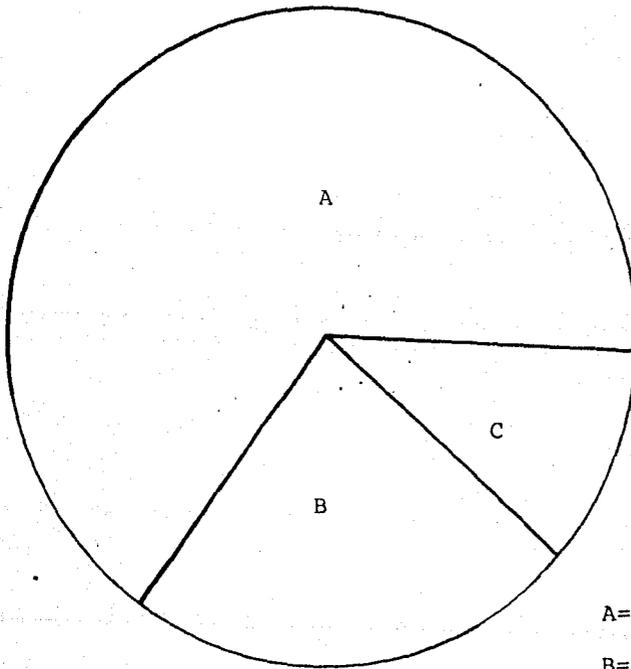
Ingreso	Número de mujeres	%
- de \$5,000	332	65.7
\$5,000 a \$12,000	121	23.9
\$12,000 y +	52	10.0

TOTAL

505

100.00

GRAFICA No. 13
INGRESO FAMILIAR MENSUAL EN MUJERES SIN DOC



A= MENOS DE \$5,000 (65.7%)

B= DE \$5,000 A \$12,000 (23.9%)

C= MAS DE \$12,000 (10.2%)

ANALISIS DE HIPOTESIS Y CONCLUSIONES.

Somos los primeros en hacer notar que derivada de nuestra in-experiencia en este tipo de actividad, cometimos una serie de errores que nos han dificultado el análisis y manejo adecuado de las hipótesis planteadas, tales como el no haber previsto sus características, el ser unilaterales y difícilmente medibles -- por un cuestionario que no reunió la información que hubieramos considerado ideal.

No obstante, siendo optimistas y tomado en cuenta que todo trabajo de investigación científica se lleva a cabo sobre el ensayo-error-ensayo.

Aprovechamos los resultados de nuestra investigación para analizar las hipótesis de la siguiente manera:

Hipótesis No. 1

"A mayor promoción y difusión por parte del Instituto Mexicano-del Seguro Social, sobre el programa de DOC, mayor aceptación."

"A menor promoción y difusión por parte del Instituto Mexicano-del Seguro Social, sobre el programa de DOC, menor aceptación".

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre la motivación para práctica de DOC en el grupo de mujeres con detecciones, la promoción y difusión intramuros en la UMF #16 resultó ser el factor más importante con una cifra de 726 respuestas (75.9%). Este dato no puede ser confrotado con el grupo que no se practicó de-tecciones, aun cuando conocían el programa.

Por este motivo nuestra hipótesis no puede ser aprobada - ni rechazada. No obstante, consideramos significativo la cifra - de respuestas y podemos inferir que la promoción y difusión in- tramuros puede ser un factor determinante en la aceptación del -- programa.

Hipótesis No. II

"A mayor nivel económico, mayor aceptación del programa de DOC"

"A menor nivel económico, menor aceptación del programa de DOC"

Ya que el ingreso económico mensual de los dos grupos fue básicamente el salario mínimo, no nos es posible demostrar la influencia de este factor sobre la practica de DOC, por lo cual recurrimos a las técnicas estadísticas utilizando la distribución de "chi" cuadrada (χ^2) con grados de libertad para limitar nuestros datos y así obtener un resultado confiable.

Teniendo que:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - t)^2}{t} \quad \text{donde } O = \text{a lo observado y } t = \text{a lo esperado.}$$

$$\chi^2 = 3.43$$

$$v = (c - 1) (r - 1) \quad \text{donde } v = \text{grado de libertad, } c = \text{num. de columnas y } r = \text{num. de renglones.}$$

$$v = 2$$

$$\text{entonces: } \chi^2_{0.95} = 5.99 \quad \therefore \chi^2 < \chi^2_{0.95}$$

$$\therefore 3.43 < 5.99$$

Ya que el grado de significancia buscado es menor que el grado de significancia a 0.95 concluimos que el factor económico no tiene influencia en la práctica de DOC. En base de lo anterior rechazamos esta hipótesis.

Esto tal vez obedece a que nuestra población tiene una característica en común, el de ser derechohabiente con igual posibilidad de recibir los beneficios que ofrece el Instituto, independientemente del ingreso económico.

Hipótesis No. III

"A mayor escolaridad, mayor grado de aceptación del programa de DOC"

"A menor escolaridad, menor grado de aceptación del programa de DOC".

Al igual que en la hipótesis anterior nos es necesario utilizar técnicas estadísticas de distribución de χ^2 con grados de libertad, para investigar si el factor escolaridad es significativo, ya que el análisis porcentual de los grupos guarda poca diferencia.

Teniendo que:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-t)^2}{t}$$

$$\chi^2 = 91.6$$

$$v = (c-1)(r-1)$$

$$v = 5 = 11.1$$

$$\therefore \chi^2 > \chi^2 \text{ a } 0.95$$

$$\therefore 91.6 > 11.1$$

Debido a que el grado de significancia buscado es mayor - que el grado de significancia al 0.95, concluimos que la escolaridad juega un papel importante en la práctica de DOC, aunque - sin poder precisar si su influencia es favorable o negativa. Por lo tanto esta hipótesis no puede ser aprobada ni disprobada.

De las cifras numéricas observadas, el total de mujeres con escolaridad superior que se practicaron una detección de cáncer - fué menor al número teórico esperado, esto nos da pauta para establecer una nueva Hipótesis:

"A mayor escolaridad, menor aceptación del programa de DOC"

El planteamiento anterior obedece al razonamiento deductivo de que una persona con mayor escolaridad exige una atención médica mas individual, tolerando en menor grado su manejo en forma masiva, en contraposición con aquellas personas con baja escolaridad.

Hiptesis No. IV

"Los conceptos falsos o prejuicios no intervienen en la población expuesta para la práctica de DOC"

"Los conceptos falsos o prejuicios si intervienen en la población expuesta para la práctica de DOC"

Es demostrativo en los resultados la importancia que tienen la participación de los prejuicios y falsos conceptos en la práctica de DOC, cuando menos en el grupo que no se ha efectuado una detección.

Aunque no podemos aprobar o rechazar estadísticamente la hipótesis, consideramos importante nuestros resultados para normar una opinión general sobre el papel que juegan estos factores y que en un momento dado pueden ser determinantes e influenciar negativamente en la aceptación del programa.

Es difícil modificar el pensamiento y las conductas muy particulares de la población, ya que forman parte de su idiosincracia; aún en ciertas personas con nivel de preparación elevado persisten tales conceptos formando parte de su cultura.

Tal vez la evolución de nuestra sociedad en el aspecto cultural logre en un futuro superar la serie de obstáculos que encuentra acciones como la detección del cancer y así cumplir el objetivo para el que fué creado.

HIPOTESIS No. V

" Los Médicos Familiares constituyen un factor importante de motivación en la práctica de DOC"

Consideramos que es primordial la participación del Médico Familiar en la aceptación del programa de DOC, ya que en el grupo de mujeres que se han practicado una o más detecciones se le refiere como el segundo factor de motivación.

El hallazgo anterior pone de relieve la importancia de que el médico familiar este conciente de su situación como promotor de Salud y de que puede ser factor de cambio en la magnitud del-

problema del cancer cervicouterino.

Por la relevancia porcentual de los resultados, consideramos valedera esta hipótesis.

SUGERENCIAS.

- 1) Mantener un nivel constante en el logro de los objetivos, evitando la disminución del interés inicial.
- 2) Elevar el nivel de preparación y adiestramiento del personal encargado de la promoción y práctica del programa.
- 3) Pugnar por que los recursos materiales necesarios cubran siempre la demanda del servicio, y evitar así la deserción de derechohabientes ya convecidas.
- 4) Que la entrega de los resultados sea realizada en menor tiempo.
- 5) Extender el programa de DOC, al igual que se ha hecho -- con otros programas, a los centros de trabajo con el objeto de lograr una mayor cobertura.
- 6) Que el programa de DOC, lo mismo que otros programas prioritarios de salud se lleven a cabo en forma conjunta, armónica y congruente, de acuerdo a las necesidades reales de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA.

1.- ALVAREZ Alva Rafael

"Programa del IMSS para el descubrimiento oportuno de cancer cervicouterino"

Revista médica del IMSS.

Vol. IV No. 3, julio-agosto-septiembre 1965, p 202

2.- ARECHAVALA Penichard Enrique

"La curabilidad de las neoplasias y sus perspectivas".

Anuario de actualización en Medicina IMSS

Fascículo II Oncología (Segunda Parte)

México D.F., 1972 pp 261 a 265.

3.- ARIZAGA Cruz Juan Manuel

" Evaluación de 30,000 citologías cervicovaginales en la --
campaña de DOC del IMSS"

Boletín Médico del IMSS

Vol. XII p 435, 1974

4.- CREASMAN William T.

Carcinoma microinvasor de cuello uterino.

Clínicas Obstétricas y Ginecológicas (Ginecología de alto--
riesgo).

Editorial Interamericana, junio 1963 pp 261 a 275.

5.- DIAZ Perches Rodolfo y cols.

"Guía de Radioterapia para el Médico General (V)"

Radioterapia del cancer de cuello uterino (I parte)

Tribuna Médica

México, D.F. Tomo XXXV No.9 Nov. 1978 pp 27 a 32

6.- GONZALEZ Constandse Romeo.

Avances en Oncología.

Simposio Syntex

Publicaciones del Instituto Syntex

s/fecha pp 6 a 9

7.- ISASSI Chapa Adolfo

"Factores determinantes en la curabilidad de algunas neoplasias"

Anuario de Actualización en Medicina IMSS

Fascículo II Oncología (Segunda Parte).

México, 1972 pp 257 a 260

8.- KRAUSE Senties Luis.

"Neoplasias malignas susceptibles de curación"

Anuario de Actualización en Medicina del IMSS

Fascículo II ONcología (Segunda Parte)

México, 1972 pp 267 a 269

9.- NELSON James H. Jr.

"Detection, diagnostic, evaluation, and treatment of dysplasia and early carcinoma of the cervix".

Ca-A-Cancer Journal for Clinicians.

New York, N.Y., May/Jun 1970 Vol. XX No.3 pp 150 a 163.

10.-Recursos para la lucha contra el cancer en América Latina -

Estudio Preliminar de los VI Congresos Integrados Interamericanos de Cancerología.

Acapulco México, 19 a 24 de octubre 1975

S.S.A. Campaña Nacional contra el cancer

México, D.F. 1976 pp 1 a 33

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

11.- RICE D.I.

"La Medicina Familiar como Especialidad".

Anuario de Actualización en Medicina del IMSS

Fascículo XVII (Primera Parte)

Vol. VI, 1974 p 11

12.- RUIZ Gomez Juan

"Cancer cervicouterino y su relación con el virus Herpes - simple tipo dos"

Boletín Médico del IMSS

Vol. XX p 127 1978

13.- STAFIL Adolf, y cols.

"Diagnóstico de Neoplasias cervical- Reducción de riesgo - de error"

Clínicas Obstétricas y Ginecológicas (Ginecología de alto- riesgo)

Editorial Interamericana, junio 1973, pp 238 a 257

14.- TORTORA Mario y cols.

Carcinoma del cuello del útero.

Prevención del cancer del útero y de la mama.

Universidad de Ferrara, Italia, 1970 pp 13 a 44

15.- WOOD David A.

"New concepts cancer control- Preventable and avoidable - cancer".

Ca-A-Cancer Journal for Clinicians.

New York, N.Y. May/June 1970 Vol. XX No.3 pp140 a 145

16.- XV años del programa de Detección Oportuna del Cancer.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Noviembre 1977, pp 1 a 16

17.- ZALCE Horacio

"Actualización en tratamiento del cancer cervicouterino".

Gaceta Médica de México.

Vol. CXIII No. 10 Octubre 1977 p 501

18.- ZALCE Horacio y cols.

Manual de métodos y procedimientos para los programas de --
control de cancer.

S.S.A. Campaña Nacional Contra el Cancer.

México, D.F., 1976 pp 1 a 33.

19.- ZUCKERMAN Conrado

"Plan de acción integrada contra el cancer uterino para Centroamerica".

Revista Mexicana de Cirugía Ginecología y Cancer.

México, D.F., Vol. XXXVIII No. 1 1970 pp 3 a 7