

6 01964



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

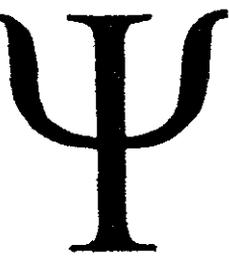
FACULTAD DE PSICOLOGIA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES QUE PREDISPONEN LA PREVENCION DEL CANCER CERVICO UTERINO

T E S I S QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRIA EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL PRESENTA: ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

273571

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ MITRE COMITE DE TESIS: DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA MTRA. AIDA MA. RODRIGUEZ VELIZ DRA. DOLORES MERCADO CORONA DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN



MEXICO, D. F.

ENERO 2000.



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.

*Gracias a todos aquellos y aquellas que en algún momento,
con algún pequeño o gran detalle,
han contribuido a la construcción de un peldaño más.*

Dr. Gustavo Fernández

*Porque tu recuerdo permanece y
tus enseñanzas perduran
en los distintos ámbitos de mi vida*

Yolanda Rodríguez

*La amistad es un sentimiento
que trasciende la vida*

Resumen

El incremento en las tasas de morbilidad por cáncer cérvico uterino, que se están presentando en nuestro país, nos llevan a cuestionarnos el por qué de esta enfermedad, considerando que un alto porcentaje de estos casos es completamente prevenible.

Ante esa inquietud se hace evidente la necesidad de identificar los motivos circundantes que llevan a las mujeres en edad reproductiva a tomar o no acciones encaminadas a la prevención que definimos operacionalmente como práctica periódica del Papanicolaou. El propósito central de este estudio fue conocer qué variables se asocian con el autocuidado de la salud (variable facilitadora) y cuáles no lo hacen (variables inhibidoras) así como conocer el patrón o su estructura (agrupamiento o factores)

Se elaboró un cuestionario estructurado con 4 áreas principales: sociodemográfica, medición de actitudes con respecto a la prevención de enfermedades, antecedentes gineco-obstétricos, experiencias o vivencias relacionadas con el Papanicolaou. Mediante un muestreo polietápico por conglomerados se seleccionó una muestra de mujeres (N=826) en edad reproductiva (15 a 44 años). Las unidades de análisis de la muestra de investigación fueron madres de familia, cuyos hijos asistían a escuelas primarias públicas de la delegación de Tlalpan.

Los datos obtenidos muestran que un porcentaje importante de la muestra entrevistada, tiene un nivel de escolaridad bajo, lo mismo ocurre con el ingreso familiar mensual, esto es un aspecto relevante, puesto que se constituyen en factores de riesgo para cáncer cérvico uterino.

Asimismo un aspecto importante es la aceptación consensual de que la prueba del Papanicolaou les produce pena o vergüenza.

Para el análisis de los datos se construyó el *Modelo predictor para la práctica del Papanicolaou* en el cual se estimaron las relaciones plausibles por Path Analysis. Los datos más relevantes del modelo plantean que las mujeres que tienen acceso a instituciones donde se brinda un servicio de mejor calidad, las lleva a percibir las exploraciones de las partes íntimas de su cuerpo como algo natural, esto a su vez predice que las mujeres asuman el control de su salud (locus de control interno), lo cual remitirá a llevar a cabo acciones en beneficio de su salud, como es la práctica sistemática del examen del Papanicolaou.

Se analizan también otras variables de menor relevancia y se plantean sugerencias para estudios posteriores.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL CANCER Y SUS FACTORES PREDISONENTES	6
1. EL CÁNCER.....	6
2. ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS.....	8
3. CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	9
4. FACTORES DE RIESGO.....	11
5. FACTORES PSICOLÓGICOS PREDISONENTES.....	14
CAPÍTULO II. ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO	15
1. MORBILIDAD.....	15
2. MORTALIDAD.....	18
CAPÍTULO III. PREVENCIÓN DEL CANCER CERVICO UTERINO	23
1. DIAGNÓSTICO PRECOZ.....	23
2. DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO. PAPANICOLAOU.....	24
3. TRASCENDENCIA DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	25
4. PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MÉXICO.....	26
5. RECOMENDACIONES EN LA APLICACIÓN DEL PAPANICOLAOU.....	26
6. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	28
CAPÍTULO IV. CONDUCTAS RELACIONADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	32
1. ASPECTOS INFLUYENTES EN EL CUIDADO A LA SALUD.....	32
2. TEORÍAS QUE EXPLICAN LAS CREENCIAS Y ATRIBUCIONES PARA QUE LA GENTE REALICE CONDUCTAS SALUDABLES.....	33
3. ASPECTOS O RAZONES QUE INHIBEN O PROMUEVEN LA APLICACIÓN DEL PAPANICOLAOU.....	39
4. BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO. ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO.....	44
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA	47
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
POBLACIÓN.....	47
MUESTRA.....	47
INSTRUMENTO.....	48
PROCEDIMIENTO.....	50
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	52
1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	52
2. MODELO PREDICTOR PARA LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU.....	71
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	81
ANEXO	90
REFERENCIAS	96

INTRODUCCIÓN

El término salud, como concepto y meta de acción, es impreciso. En efecto, en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, social, biológica, y psicológicamente.

Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso, el cual tiene dos determinantes históricas fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales que, a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad.

Esto confirma la importancia del trabajo multidisciplinario, en donde se requiere de una integración para lograr un mejor conocimiento de este proceso multicausal llamado salud-enfermedad.

Fuchs (Citado en COPLAMAR, 1983) utilizando comparaciones internacionales y regionales de la mortalidad, ha sugerido que los cambios circunscritos a la dimensión curativa de la atención médica no alteran substancialmente el estado de salud de la población. Entre otros puntos mencionados que apoyan su afirmación están las marcadas diferencias de mortalidad infantil de acuerdo con la clase social en Inglaterra y Escocia, donde se dispone de atención médica gratuita.

En Holanda existe una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo y, sin embargo, la proporción de partos atendidos en los hogares es superior a la de los hospitales, donde se dispone de alta tecnología y de especialistas. Estas investigaciones sugieren que el modelo vigente de atención médica (curativo, no preventivo, biologista, no social) resulta ineficaz para mejorar la salud de la población.

La tensión que existe entre la salud pública y la atención médica individual, continúa hasta nuestros días, aunque hay evidencias que van en aumento los aportes de disciplinas como: la epidemiología, ecología, demografía, nutrición y psicología de la salud.

Ante tal situación cabe preguntarse ¿cuál es el papel de la psicología respecto de la salud y más específicamente en relación con la prevención?

Ante esta interrogante Joseph Matarazo, (Citado en Serafino, 1990) considera a la Psicología de la Salud como un aspecto de educación específica, científica y de apoyo profesional que dentro del campo de la psicología contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades, así como en la identificación de etiologías, diagnósticos y disfunciones relacionados con el proceso salud-enfermedad, cuyo propósito consiste en mejorar los sistemas de atención a la salud, y contribuir en la planeación o modificación de las políticas en este mismo rubro.

Es importante rescatar ante esta definición, la relevancia de las acciones que una persona puede realizar en beneficio de su propia salud. Por tanto, el proceso por el cual la conducta logra influir en la salud y la enfermedad es posible agruparlo dentro de tres categorías: efectos psicofisiológicos directos, hábitos y estilos de vida que dañan la salud, y reacciones a la enfermedad y al rol de riesgo. Asimismo Krantz, Grunberg, y Baum (1985) señalan que la calidad de la comunicación, afecta los sentimientos del paciente para involucrarse en la toma de decisiones, en la disposición para proveerse cuidados, así como para recordar la prescripción médica. Muchas de las fallas para seguir las recomendaciones del médico pueden ser atribuidas a problemas en el entendimiento y recuerdo de lo que estos dijeron, aquí también puede ser de gran apoyo la intervención de la psicología de la salud.

Investigaciones realizadas, sugieren que los tratamientos psicológicos pueden:

- a) Prevenir las enfermedades físicas al alterar las conductas de riesgo a la salud;
- b) facilitar el tratamiento médico de las enfermedades ya desarrolladas;
- c) para ciertos problemas de salud proveer tratamientos que son menos costosos y menos dañinos que los procedimientos médicos tradicionales.

Con el propósito de lograr una intervención oportuna ante la posible presencia de una enfermedad, es necesario llevar a cabo una detección oportuna. Los factores que pueden facilitar esta detección son:

- 1) Transmisión eficaz de información a la población en general y en especial a las poblaciones de alto riesgo.
- 2) Adquisición de hábitos periódicos y sistemáticos de detección o de visitas al médico, especialmente en las poblaciones de alto riesgo.

Es importante destacar que en el campo de acción de la psicología de la salud, el identificar actitudes o conductas que favorezcan acciones preventivas, se convierte en un aspecto fundamental, en la promoción de comportamientos que tiendan a ofrecer un estado de bienestar general tanto en individuos, como en la población en su conjunto. Por tanto se considera importante el estudio de los aspectos de prevención en relación con el cáncer cérvico uterino, específicamente en torno a la práctica del Papanicolaou.

En México, durante 1999, el cáncer cérvico uterino, sigue ocupando el primer lugar como causa de muerte dentro de los cánceres en la mujer, presentándose con mayor frecuencia en la etapa reproductiva, lo cual lo convierte en un problema de salud pública. Esta enfermedad ha sido motivo de preocupación y estudio de distintos organismos internacionales.

A pesar de los esfuerzos que en el país se han venido realizando para reducir las tasas de mortalidad por este padecimiento, como es la puesta en marcha del Registro Nacional de Cáncer, (SSA, 1991a) establecido en el año de 1982 y cuyo propósito consiste en generar un perfil epidemiológico de las neoplasias malignas, para lo cual se ha contado con la colaboración de las instituciones de salud del sector público, social y privado en el área metropolitana de la Ciudad de México, estos no han prosperado.

La OPS (1990a) considera que los orígenes del exceso de mortalidad femenina por cáncer durante la edad reproductiva, deben buscarse no sólo en la incidencia diferencial de ciertos tipos de cáncer con distintos grados de letalidad, sino también en la disponibilidad y el

acceso a diferentes tecnologías médicas de detección temprana y de tratamiento en las etapas iniciales de los cánceres propios de la mujer.

Los programas de detección de cáncer (OPS, 1990b) en los países desarrollados, han sido efectivos para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino. Para que estos programas sean efectivos deben tener cobertura y calidad apropiada, y estar integrados con el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de los casos detectados.

Así para la planeación de un programa de control de cáncer cérvico uterino, es necesario tomar en cuenta la población en riesgo y la manera de incidir directamente en esa población para prevenir la enfermedad. Para ello es indispensable detectar los factores que guían a algunas mujeres o inhiben a otras a tomar acciones preventivas.

Se han hecho planteamientos (Bayés, 1985; Serafino, 1990), para dar explicación al por qué las personas en general no hacen lo que es bueno para su salud, asimismo se ha estudiado el porque las mujeres no toman acciones preventivas contra el cáncer cérvico uterino, específicamente en relación con la toma del Papanicolaou.

Entre los factores predisponentes para que la mujer no asista a la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino (CACU), están como ya antes se señaló, el desconocimiento, el miedo a la exploración ginecológica, el temor a padecer la enfermedad y no encontrar cura para ésta, así como el sexo del médico que realiza el examen, las condiciones del lugar al que se asiste, y la falta de recomendación por parte del personal médico (De Levin, 1978, De Schryver, Derese, Geldhof y Vuylsteek, 1989; Gordon, Venturini, Rosselli, Palli y Paci, 1991; Henning y Knowles, 1990). También se ha encontrado que existen limitaciones por parte de las instituciones para transmitir la información apropiada sobre el Papanicolaou (Gómez, 1994).

Acudir periódicamente a centros de salud para someterse a revisiones, pruebas, análisis, etc., puede definirse genéricamente como conducta de autocuidado de la salud. Debe entenderse que esta conducta es el resultado de un proceso complejo, el producto de diferentes patrones de interacción de variables provenientes de contextos diferentes (sociales, ambientales, psicosociales y culturales) pero interrelacionados.

Es claro entonces, querer conocer cuáles son las variables que se asocian y facilitan conductas de autocuidado de la salud, específicamente las que intervienen en la prevención del cáncer cervicouterino, que es un problema complejo, difícil de resolver si no se delimita. Sobre esta base, el presente estudio fue de naturaleza exploratoria, puesto que en el momento en que se planteó la investigación, no se encontró información al respecto realizada en el país, por lo que se retomaron algunas variables exploradas con anterioridad y documentadas en la literatura especializada internacional.

Otro propósito del presente trabajo es conocer si las variables que facilitan y/o inhiben la conducta de prevención del cáncer cervicouterino se agrupan en uno o más factores.

Con base en lo anterior el problema de investigación consistió en:

- a) conocer las variables que se asocian con conductas de autocuidado de la salud y las variables que no se asocian a dichas conductas;
- b) conocer los patrones o agrupamientos de dichas variables.

La trascendencia de detectar estos factores, reside en contribuir en una mejor planeación de las campañas de promoción del cuidado de la salud, así como aportar información que apoye al médico o el equipo de salud para motivar a sus pacientes y a su personal en la prevención de esta enfermedad, que en los últimos años, ha alcanzado altos índices de incidencia y mortalidad en la mujer.

CAPITULO I

EL CANCER Y SUS FACTORES PREDISPONENTES

1. El cáncer

El cuerpo humano se encuentra estructurado por millones de células, que conviven en compleja interacción, donde la reproducción de las mismas está regida por la propia comunidad de células a la que pertenecen. Es decir que las células normales se reproducirán, sólo cuando otras células del mismo conjunto den la señal. Esta incesante colaboración asegura que cada tejido mantenga un tamaño y arquitectura apropiado a las necesidades del organismo.

Sin embargo, las células cancerosas violan este esquema, volviéndose sordas a las indicaciones de sus vecinas y siguiendo su propia agenda de reproducción, esto, aunado a la insidiosa habilidad de migrar del tejido invadido a otros cercanos, va formando masas en distintas partes del cuerpo.

Los tumores compuestos de estas células malignas, al paso del tiempo se vuelven más agresivos, convirtiéndose en letales, cuando ellas irrumpen los tejidos y órganos necesarios para la sobrevivencia del organismo.

El cáncer que se presenta como producto de la transformación maligna de una célula a través de una serie de mutaciones en ciertos genes dentro de la misma, se va conformando en diferentes etapas:

El desarrollo del tumor empieza cuando alguna célula dentro de una población sufre una mutación genética que incrementa su tendencia a multiplicarse, cuando normalmente no debería hacerlo.

Las células alteradas y sus descendientes se ven normales (figura 1), pero se reproducen exageradamente (**hiperplasia**). Después de cierto tiempo, una en un millón de estas células sufre otra mutación lo que posteriormente ocasionará que pierda el control sobre el crecimiento celular.

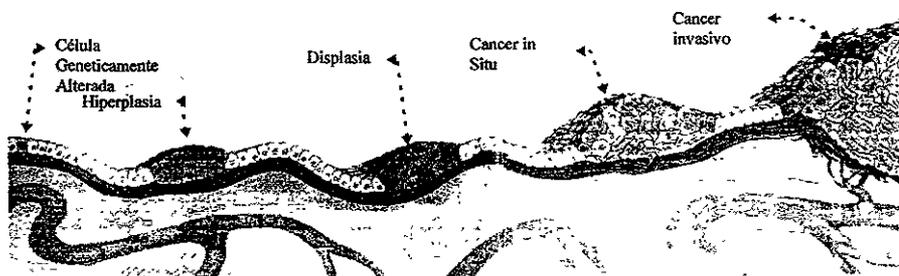


Figura 1. Etapas de desarrollo del tumor canceroso (Weinberg,1996)

Además de la proliferación excesiva, la descendencia de esta célula presenta anomalías en la arquitectura y morfología celular; por lo que se considera que el tejido muestra **displasia** (etimológicamente significa construcción perturbada) (Brux de Jean, 1983). Tiempo después, una rara mutación ocurrirá una vez más, alterando el comportamiento celular. Por tanto las células afectadas se vuelven más anormales en crecimiento y apariencia.

La lesión displásica es una proliferación celular atípica, caracterizada por la alteración de la organización celular y de tejidos. Se localiza con mayor frecuencia en la cavidad bucal y en el cérvix uterino. Se acompaña de fenómenos inflamatorios más o menos intensos de tipo crónico. Estos fenómenos acompañantes enmascaran el cuadro con cierta facilidad. Esto no ocurre con las lesiones metaplásicas, puesto que no se presenta proliferación del tejido y, las células suelen ser bien diferenciadas.

Si el tumor ha sido frenado por cualquier límite entre los tejidos, este es llamado **cáncer in situ**. El tumor puede permanecer así indefinidamente o eventualmente algunas de estas células podrían sufrir una mutación adicional

Si los cambios genéticos permiten al tumor empezar a invadir tejidos y a derramar células en la sangre o linfa, se considera que la masa se ha vuelto maligna. Es probable que las células renegadas establezcan nuevos tumores (**metástasis**) a través del cuerpo; esto puede convertirlas en letales al invadir un órgano vital (Weinberg, 1996). No obstante, este proceso puede ser muy lento, lo cual ha sido corroborado al realizar estudios longitudinales, en los que se ha revelado que pacientes con cáncer in situ cervical que no

han sido tratadas, de 30 a 70% desarrollarán carcinoma invasor en un periodo de 10 a 12 años. Sin embargo, el 10% puede presentarse en menos de un año.

Definir el tumor no es una tarea fácil, sin embargo, el patólogo Willis (citado en Estapé, 1982) ha planteado una definición que se ha mantenido por años. "Un tumor es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del resto del organismo, está descoordinado con él, y persiste en la misma manera excesiva después de que cesa el estímulo que lo puso en marcha". Esta definición sigue siendo admitida, a excepción su última parte, ya que el crecimiento tumoral puede estar influido por diversos medios.

2. Órganos sexuales femeninos

Antes de hacer referencia específicamente al cáncer cérvico uterino, es importante resaltar los órganos sexuales femeninos, primero por ser estos donde se desarrolla el tipo de cáncer que será abordado en este estudio, además de ser una parte del organismo que en algunos casos es desconocida, inabordable e intocable para la mujer.

Para ubicarnos anatómicamente respecto al cuerpo de la mujer, cabe resaltar que el sistema reproductor femenino, está conformado por órganos sexuales externos e internos, de estos últimos pondremos énfasis en la vagina y el útero (donde se desarrolla el cáncer cérvico uterino), para referirnos a los órganos de la mujer que se exploran directamente en el momento de realizar el examen del Papanicolaou.

La vagina es un conducto muscular no dilatado, cuyas superficies están formadas por las paredes anterior y posterior que tienen 7 y 9 cm de longitud, respectivamente. Sus paredes laterales son bastante estrechas.

El conducto vaginal está inclinado hacia abajo y hacia adelante. En su extremo superior se comunica con el canal cervical (por lo común abierto sólo el ancho de la punta de un lápiz) y la extremidad inferior se abre en el vestíbulo entre los labios menores.

El introito que es la puerta de entrada a la vagina es muy sensible; tanto el dolor como el placer se perciben aquí con intensidad.

El útero es un órgano muscular hueco, tiene la forma de una pera invertida, mide en promedio 7 cm de largo, 7 cm de ancho en la parte superior y tiene un grosor de 2.5 cm., la constitución de este órgano le permite expandirse durante el embarazo. (Katchadourian y Lunde, 1985). Está formado por: el fondo, que es la porción redondeada que se localiza por encima de las aberturas de las trompas; el cuerpo, que conforma la parte principal y el cérvix ("cuello"), que constituye la porción más inferior que se proyecta hacia la vagina.

El útero está conformado por tres capas: la interna que es la *mucosa o endometrio*, consta de numerosas glándulas y de una rica red de vasos sanguíneos (su estructura varía con el período de la vida y con la fase del ciclo menstrual); la *capa muscular o miometrio* configurada por fibras musculares lisas entrelazadas, que fortalecen y dan elasticidad a la pared uterina y en el momento del parto permite empujar al feto, mediante contracciones, el cérvix contiene pocas fibras musculares lisas y más tejido fibroso que el cuerpo y el fondo; la tercera capa, *serosa o perímetro*, es la envoltura externa (Benson, 1985).

3. Cáncer cérvico uterino

El cáncer cervical generalmente surge alrededor de la unión del canal cervical y el ectocervix, donde el epitelio columnar es sustituido por epitelio escamoso durante la adolescencia y el embarazo. Esta unión escamosa columnar está en la zona de transformación (Spitz y Newell, 1992).

Las diferentes etapas para que llegue a desarrollarse el cáncer cérvico uterino inician con la displasia, este término describe los cambios que se manifiestan en la superficie del epitelio que van desde alteraciones mínimas de las células escamosas, hasta la sustitución de toda su superficie por células neoplásicas (anormales).

La displasia se subdivide en leve, moderada e intensa, dependiendo del grado de afección del epitelio. En casos graves, el aspecto histológico se parece al del carcinoma in situ, con la excepción de que algunas capas de células cerca de la superficie aún son capaces de madurar. Los diversos grados de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), que van desde la

displasia mínima al carcinoma in situ, representan una continuidad en el proceso neoplásico.

Las lesiones más leves son la NIC 1, en las que sólo un tercio del epitelio tiene células neoplásicas; la NIC 2 presenta estas células en dos tercios del epitelio y la NIC 3 es una lesión mucho más severa, pues todo el epitelio del cuello uterino presenta células neoplásicas.

Si no se trata la displasia grave, ésta progresa a carcinoma in situ. En esta etapa las células anormales, es decir las que presentan un patrón inmaduro y desorganizado de crecimiento, se extienden completamente en la profundidad del epitelio y si no se detiene en esta etapa progresará a cáncer microinvasivo.

El carcinoma in situ no se diferencia en absoluto, en cuanto a citología y estructura de los carcinomas, pero presenta una diferencia fundamental: la absoluta ausencia de características invasivas. En una etapa posterior cambia a carcinoma microinvasivo, este concepto se refiere a la invasión hasta de 5 mm en profundidad. Es una etapa más avanzada, ya que este, a diferencia del carcinoma in situ, puede acompañarse de metástasis ganglionares.

Cuando las células neoplásicas del epitelio cervical logran atravesar la membrana basal (el límite entre la capa de células epiteliales y el tejido conectivo subyacente), la lesión se ha convertido en un cáncer invasor y las posibilidades de curación disminuyen (Valle, 1998).

En el cáncer invasivo las células anormales invaden la pared pélvica al extenderse dentro del tejido cervical interno y eventualmente pueden expandirse a otras partes del cuerpo.

En esta enfermedad por lo general no hay síntomas ni signos. Así la detección oportuna se logra implementando medidas de prevención secundaria, como es la realización del Papanicolaou.

4. Factores de Riesgo

Kahl-Martin (1990) define el factor de riesgo como algún elemento de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o ausencia, está relacionado con la enfermedad investigada, o puede ser la causa contribuyente a su aparición en determinadas personas, en un lugar preciso y en un tiempo dado.

Al identificar los factores de riesgo, tomando en cuenta la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad, se pueden conformar los grupos de alto riesgo, para planear acciones eficaces para prevenir, curar, rehabilitar, reducir la morbi-mortalidad, así como evaluar medidas de salud, para tomar decisiones administrativas en hospitales y servicios de salud en los diferentes sectores de atención.

Por tanto en el estudio del cáncer cérvico uterino es importante considerar el grado de riesgo, relacionado con factores predisponentes, entre los que podemos mencionar:

- Infección por virus de papiloma humano
- Relaciones sexuales múltiples con cambios frecuentes de pareja
- Vida sexual precoz
- Mujeres multíparas y paridad temprana
- Menarca tardía de los 17 a los 24 años
- Tabaquismo
- Deficiencias nutricionales.
- Edad mayor a los 30 años
- Nivel socioeconómico bajo

En estudios realizados se ha encontrado que algunos de los factores de riesgo señalados, tienen una mayor asociación con el cáncer cérvico uterino. Rietton y Obradic (1989) dan un gran peso a las relaciones sexuales múltiples con cambios frecuentes de pareja, específicamente con respecto a la transmisión del virus del papiloma humano (VPH).

Muller, Mandelblatt, Schechter (1990) al conjuntar algunos estudios reportan que existe evidencia de la presencia del VPH tipos 16 y 18, en más del 75% de casos de cáncer cérvico. Los resultados también evidencian que mujeres con infecciones de VPH están 10 veces más en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino que quienes no tienen el virus. Esto se corrobora también en un estudio de casos y controles realizado en México, en donde se muestra que el 48.3% de los casos de cáncer in situ y el 48.8% de los casos de cáncer invasivo, fueron positivos al VPH tipo 16, mientras que en los controles, sólo se presenta en un 13.2% (Hernández, Lazcano, Berumen, Cruz, Alonso de Ruiz y González, 1997).

Por otra parte Spitz y Newell (1992) relacionan a los tipos de VPH 6 y 11 con displasia moderada, las cuales frecuentemente remiten.

Diversos estudios (Lazcano et al., 1995; Secin, 1984; Spitz y Newell, 1992) señalan como factor de riesgo el inicio de vida sexual antes de los 18 años, debido a que las células columnares del cérvix son más susceptibles a la metaplasia squamous durante la pubertad y adolescencia, es decir que en esta etapa, por la falta de madurez del epitelio (piel que cubre el cuello de la matriz) el órgano femenino puede ser atacado con más agresividad por virus o bacterias transmitidas sexualmente (entre ellos el virus del papiloma humano), lo cual incrementa 5 veces el riesgo de cáncer. Sin embargo, en México el inicio de vida sexual antes de los 14 años, se constituye en un factor de riesgo para esta enfermedad (Lazcano, Rojas, López, López y Hernández, 1993)

Con respecto a la asociación entre multiparidad y cáncer, se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix uterino, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es plausible considerar al parto vaginal como factor de riesgo de cáncer cervical, ya que los procesos de epidermización del cuello uterino se desarrollan en la epitelización de cicatrices previas. (Lazcano et al., 1995)

Lazcano et al. (1993) a diferencia de otros estudios reportan como factor de riesgo la menarca tardía de los 17 a los 24 años, así como la edad mayor de 30 años.

Muller et al. (1990) han encontrado asociación entre fumar con el incremento en el riesgo de esta enfermedad. Asimismo Bokhman et al. (1986) plantean las deficiencias nutricionales como factor de riesgo, específicamente las deficiencias de ácido fólico, lo que puede estar asociado con un mayor riesgo de displasia moderada, incrementando el riesgo en mujeres con bajo consumo de beta-caroteno y retinol

En cuanto a las infecciones cérvico vaginales, estas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que pertenecen a grupos socioeconómicos bajos, por tanto la displasia como el carcinoma del cérvix son más frecuentes en países en desarrollo y en grupos poblacionales marginados.

Katz y Hofer (1994) encontraron que las mujeres que viven en áreas rurales es menos probable que sean examinadas. Situación en la que se encuentran el 29% de las mujeres en Ontario y el 22% en Estados Unidos. Estas mujeres tienen una proporción de una entre tres de tener bajos ingresos y niveles educativos en comparación con las mujeres que viven en áreas urbanas, por lo que se concluye que el bajo nivel social y educativo, es factor de riesgo para no detectar a tiempo la enfermedad.

En un estudio de casos y controles realizado en Colombia y España, dos países con extremas tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino, (tasa de incidencia estandarizada por edad de 42.2 por 100,000 mujeres y 7.7 respectivamente), se observó que el cáncer cervical estuvo asociado con bajos niveles de escolaridad, para ambos países (Sanjosé et al., 1996). En los dos casos las mujeres sin escolaridad y cuyas madres están en la misma circunstancia, tuvieron un 65% de incremento en el riesgo de cáncer cervical. En el caso de Colombia, el porcentaje de mujeres quienes habían realizado un Papanicolaou, fue más alta entre mujeres con mayor educación. En ambos países, las mujeres de estrato socioeconómico bajo, registraron más bajos niveles en cuanto haber realizado un Pap., que las que poseen un mayor nivel educativo.

5. Factores Psicológicos Predisponentes

Con respecto a los aspectos psicológicos se ha encontrado que:

- El control y la represión de emociones pueden ser un estilo de afrontamiento o bien, pueden representar características de personalidad. Estas se han encontrado más frecuentemente en pacientes con cáncer (Van de Ploeg, Kleijn, Mook, Van Donge, Pieters y Leer, 1989).
- Las experiencias tempranas de separación y pérdida preceden el inicio de las neoplasias, entre éstas el cáncer cérvico uterino (Secin, 1984).
- Se ha encontrado una asociación entre variables psicosociales como son: eventos de vida negativos y el grado de neoplasia cervical intraepitelial (Goodkin, Antoni, Blaney, 1986). Asimismo existen evidencias que relacionan conductas tales como dificultad en expresar emociones, tendencias hacia el desamparo y desesperanza con iniciación y progresión del cáncer (Lambley, 1993; Temoshok, 1987).

Lambley (1993) hace referencia al estudio realizado por Schmale e Iker en 1971, en donde pudieron detectar en el 75% de las personas investigadas, si habían dado positivo a la prueba del Papanicolaou (sin conocer el resultado), a través del nivel de desesperanza experimentada, en la entrevista y en los cuestionarios aplicados. También concluyen que una gran proporción de mujeres que desarrollaron cáncer cervical, habían salido de sus casas a temprana edad, tenían más baja autoestima, fueron más sacrificadas y fue más probable que presentaran insatisfacción con sus esposos, que las mujeres que no desarrollaron cáncer.

CAPITULO II

ESTADISTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO

En los últimos años las enfermedades infecciosas han ido en decremento, aumentando así la esperanza de vida, sin embargo, esto no indica necesariamente una mejora en la calidad de vida, puesto que las enfermedades crónicas han ido ocupando los primeros lugares en las tablas de mortalidad general.

La urbanización, la industrialización, así como los estilos de vida adoptados, han generado un notable incremento en la mortalidad por tumores malignos.

El cáncer y en especial el cérvico uterino por sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, se ha convertido en un problema de Salud Pública en diferentes partes del orbe.

1. Morbilidad

Con respecto a la morbilidad por cáncer cérvico uterino en Estados Unidos se reporta una incidencia aproximada de 100,000 casos al año (Serafino,1990).

En México el Instituto Nacional de Cancerología reportó haber detectado entre 1983-1984, 32,612 casos nuevos de cáncer; 20,089 en mujeres, de los cuales 6966 eran casos de cáncer cérvico uterino, por lo que el Instituto lo reportó como el de mayor incidencia. Para 1986 en el D.F. se estableció una incidencia por esta enfermedad del 65%.

Al analizar los datos registrados de cáncer cérvico uterino en la República Mexicana, en el periodo de 1993 a 1998, se observa que a pesar de que los casos disminuyeron para 1994, esta cifra se incrementa en 1998, al reportarse un total de 5928 casos (SSA,1998b), como se observa en el cuadro N° 1. Asimismo la Dirección General de Epidemiología reporta los datos registrados semanalmente, en donde se constata que hasta el mes de septiembre de 1999, se habían acumulado un total de 3748 nuevos casos (SSA,1999a).

Con respecto a los casos de cáncer cérvico uterino de acuerdo a los grupos de edad, para el Distrito Federal en el periodo de 1985 a 1989 (cuadro,2), el grupo de edad en el que se concentra el mayor número de casos (1872) es el de 40 a 44 años (SSA, 1993). Para 1997 esta cifra había aumentado a 2492 casos en el mismo grupo etario; para el grupo de 35 a 39 años el número de casos registrados ascendió a 2568 (SSA, 1999b).

Cuadro No. 1

Distribución de los casos nuevos de cáncer cérvico uterino por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos 1993-1998

PERIODO DE EDAD	AÑOS					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1-4	44	44	0	0	0	0
5-14	131	83	30	30	27	0
15-24	375	268	149	212	200	226
25-44	2365	1911	1979	2195	2215	2439
45-64	2329	1843	2529	2421	2095	2297
65 y mas	888	780	1034	936	904	922
Total	6248	5005	5759	5833	5483	5928

Fuente: Secretaría de Salud. Morbilidad de 1993-1998

En cuanto a la información reportada por el Registro Nacional de Cáncer (SSA, 1994b) en relación a los resultados obtenidos del Papanicolaou estudiado en mujeres de 15 a 69 años bajo cobertura de la Secretaría de Salud, para 1989¹, se registró una tasa de incidencia por displasias de 71.21; para 1992 aumenta a 271.08.

Por otra parte la tasa de incidencia por cáncer cérvico uterino en mujeres de 15 a 69 años de edad, para 1989 fue de 24.38 por 100,00 mujeres, incrementando a 42.99 en 1992. En el Distrito Federal la tasa varió de 37.27 en 1989, a 45.79 en 1992.

¹Año en el que se modifica la clasificación para reportar los resultados del Papanicolaou. De 1975 a 1988, los resultados se reportaban como: negativos, sospechosos, displasias y positivos a cáncer cérvico uterino. En 1989 el reporte se realizó bajo las categorías: Negativo I, Negativo II, Displasia leve (NIC II) y Severa (NIC III)

Cuadro No. 2
Casos de cáncer cérvico por grupos de edad en el D. F. de 1985 a 1989

PERIODO DE EDAD	AÑOS					TOTAL
	1985	1986	1987	1988	1989	
20-24	25	16	38	27	29	135
25-29	120	108	150	179	121	678
30-34	245	261	282	336	228	1352
35-39	297	327	379	400	330	1733
40-44	351	375	390	429	327	1872
45-49	358	345	393	393	330	1819
50-54	327	321	292	362	263	1565
55-59	314	318	323	348	253	1556
60-64	255	223	281	232	204	1195
65-69	132	152	155	178	173	790
70-74	87	90	104	134	93	508
75 Y más	114	111	146	138	120	629
Total	2972	2834	3218	3316	2724	15064

Fuente: Secretaría de Salud. Compendio de Morbilidad por Neoplasias Malignas en el D.F., 1993

Al analizar las tasas de incidencia por displasia y cáncer cérvico uterino, de acuerdo al grupo de edad, los datos más altos se ubican en los grupos de 34 a 44 años y de 55 a 64 años respectivamente, para el año de 1992. (SSA, 1994b)

Grupo etreo	Tasa de incidencia* CACU	Tasa de incidencia* por displasias
25-34 años		359.26
34-44 años		405.79
45-54 años	79.46	360.50
55-64 años	96.33	
64-74 años	88.11	

* tasa de incidencia por 100,000 mujeres de 15 años y más

Por otra parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para 1995, registró 4374 casos nuevos de cáncer cérvico uterino con una tasa de 24.7 por 100 mil mujeres derechohabientes, constituyendo, al igual que en el pasado, la primera causa de cáncer en la mujer. Su diagnóstico se efectúa prácticamente entre los 45 y 64 años, grupo en el que se presenta hasta el 45% de los casos, con una tasa de morbilidad de 66 por 100 mil mujeres (Cardona, 1998).

En los registros del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los grupos de edad en donde se registran un mayor número de casos de cáncer cérvico uterino son los de 45 años y más. Para el grupo de 45 a 64, las cifras alcanzadas son de 14.6, 20.3 y 12.4 en 1993, 1994 y 1995 respectivamente. En relación al grupo de 65 y más, las cifras son de 15.3, 21.2 y 20.9 por 100,000 mujeres mayores de 25 años, para el mismo período (Camacho y Gaytán, 1998).

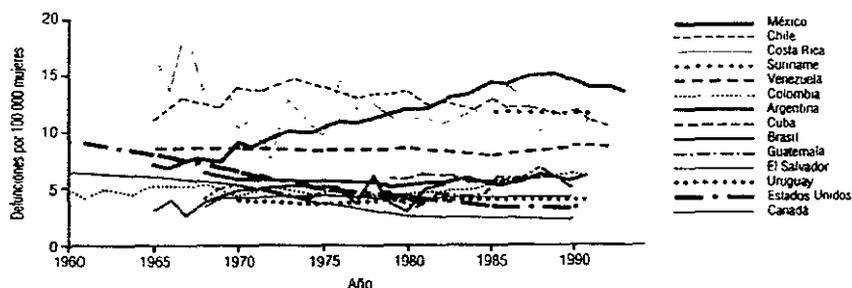
2. Mortalidad

La OMS (1993) ofrece un panorama de como se presentaron las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino, en distintas regiones en el año de 1992. En la región del Pacífico Occidental, se encuentran entre otros Australia con una tasa de mortalidad de 4; Japón con 3; Nueva Zelanda con 5 y Singapur con 5.5 por 100,000 mujeres; en la región Europea, los países que presentaron las tasas más altas de mortalidad fueron: Rumania con 13.3, Polonia con 10.6; Hungría con 10 y Noruega con 5.9 por 100 000 habitantes; los países con las tasas más bajas fueron: Francia con 2.7; España con 2.5; Grecia con 2.2; Italia con 1.6 e Israel con 1.5. En este último influyen ampliamente los aspectos culturales en la prevención de esta enfermedad.

En la Región de las Américas los países con las tasas más altas de mortalidad por cáncer cérvico uterino fueron: Jamaica con 12.3, seguido por Chile con 11.4; Trinidad y Tobago con 11.3 y México con una tasa de mortalidad de 10.1 Asimismo los países que presentaron las tasas más bajas de mortalidad por este tipo de cáncer fueron: Brasil con 3.8; Estados Unidos con 3.5; Canadá con 3.3 y Puerto Rico con 2.8.

Por otra parte Robles, White y Peruga (1996) recabaron información de 24 países de América, respecto a las tasas de mortalidad por cáncer del útero ajustadas por edad, durante el periodo de 1960 a 1993. En este estudio México se reporta con una tasa de mortalidad por cáncer del cuello de útero de 14.5 por 100 000 mujeres, cifra más alta para la región de las Américas, comparada con Canadá, donde se detectan 1.4 defunciones por 100 000 mujeres, este dato es producto de la implementación de un programa de tamizaje citológico del cáncer cervicouterino, que ha dado sus frutos en un lapso de 30 años, ya que este país presentaba tasas de mortalidad por este mal semejantes a las de varios países latinoamericanos en los años sesenta. (figura, 2)

Figura 2. Mortalidad anual Promedio por cáncer de cuello de útero en países seleccionados de la Américas, ajustada a la población mundial, 1960 a 1993



Fuente: Robles, White y Peruga (1996).

En general en América Latina, Asia, África y Europa Oriental se han notificado tasas altas de mortalidad por cáncer cervicouterino (Gómez, 1994). En la Región de las Américas se ha calculado que anualmente mueren de 20,000 a 30,000 mujeres como consecuencia de este mismo cáncer (Restrepo, González, Roberts y Lituak, 1987); entre 1980 y 1983, aproximadamente 17 por 100 000 mujeres mayores de 20 años fallecieron anualmente en Costa Rica, como consecuencia de esta enfermedad (Rosero y Grimaldo, 1987).

En la Encuesta Nacional de Mortalidad en China entre 1973-1975 se encontró que esta enfermedad se había convertido en la segunda causa de muerte. En 1977 aproximadamente 53,000 mujeres murieron por cáncer de cérvix, estimándose que 132,000 casos, se presentaron cada nuevo año (Zuo-Feng, Parkin, Shun'Zhang, Esteve, Xue-Zhi y Day, 1989).

En datos reportados para México se observa que en el año de 1975 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino era de 17.1 por 100,000 mujeres mayores de 25 años, en 1990 alcanzó una tasa de 24.9, convirtiéndose así en la primera causa de muerte dentro de los tumores malignos (SSA, 1994a).

En el cuadro N° 3 se observa en los diferentes años la tendencia de los tumores malignos a ocupar los primeros lugares en la tabla de mortalidad en México, lo mismo ocurre con el cáncer de cérvix, al ascender del tercer lugar en 1988 al segundo lugar en el año de 1989 (SSA, 1991b, 1991c, 1992a, 1992b, 1992c, 1994c, 1994d). Así se destaca que la tasa de mortalidad por este mal fue de 4.8 en 1987, misma cifra registrada en el año de 1997, lo que indica que no se han presentado cambios.

Cuadro No. 3

Tasa de mortalidad de acuerdo con el lugar que ocupan los tumores malignos y el cáncer cérvicouterino

AÑO	Lugar que ocupa tumor maligno	TASA*	Lugar del cáncer de cérvix	TASA *
1987	3 ^{er}	46.1	3 ^{er}	4.8
1988	3 ^{er}	47.6	3 ^{er}	4.9
1989	2 ^{do}	48.2	2 ^{do}	5.0
1990	2 ^{do}	50.7	2 ^{do}	5.2
1991	2 ^{do}	49.1	3 ^{er}	4.9
1992	2 ^{do}	50.4	3 ^{er}	5.0
1993	2 ^{do}	50.8	3 ^{er}	4.9
1994	2 ^{do}	51.6	3 ^{er}	4.8
1995	2 ^{do}	52.6	3 ^{er}	4.8
1996	2 ^{do}	53.6	3 ^{er}	4.9
1997	2 ^{do}	54.1	3 ^{er}	4.8
*Tasa por 100,000 habitantes				

Fuente Secretaría de Salud. Mortalidad. 1987-1997

El IMSS para 1995 registra 1,114 defunciones por cáncer cérvico uterino, con una tasa de 8.8 por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias. La mayor proporción de defunciones ocurre, en el grupo de 45 a 64 años; sin embargo, en el de 65 años y más se presenta la tasa de mortalidad más alta, con 35 defunciones por cada 100 mil mujeres (Cardona, 1998)

En un análisis de las tasas de mortalidad en México entre los años de 1972 y 1990, en la mujer joven (15 a 44 años) se observó una tasa de 3.2 para el primer año, aumentando a 4.7 para 1990. Sin embargo, en el grupo de mujeres adultas (mayores de 45 años) se presentó un aumento considerablemente mayor, de 30.7 en 1972, a 53.0 en 1990 (SSA,1994a).

En el cuadro N° 4, se observa como el cáncer de cérvix se ha convertido en un grave problema, al afectar a la mujer en la etapa productiva, esto puede traer múltiples consecuencias tanto a nivel individual, familiar, social e incluso laboral, por ver mermada su salud y por ende afectar los campos de acción en los cuales se desarrolla (INEGI, 1995).

En México, en el año de 1995 se registra una tasa de mortalidad por tumores malignos cérvico uterinos de 4.8 (4392 casos), por abajo de los tumores de tráquea, bronquios y pulmón con una tasa de 6.5 (5970 casos) y de estómago con una tasa de 5.1 por 100,000 habitantes (4685 casos). Cabe destacar que estos tumores pueden presentarse en hombres y mujeres, por lo que al sacar las tasas por sexo tenderán a disminuir, lo que no ocurre con los tumores de tipo cérvico uterino (SSA,1997a). Sin embargo, para 1997, los diferentes tipos de cáncer se ubican en 2º lugar como causa de muerte en el país; y dentro de estos se ubica al cáncer del cuello del útero, con una tasa de 4.8 por 100 000 habitantes, es decir 4534 defunciones (Ssa,1998a).

Cuadro No. 4

Lugar que ocupan las muertes por tumores malignos y el cáncer cérvico uterino a nivel nacional en etapa productiva (15-64 años)

AÑO	Lugar que ocupa tumor maligno	TASA*	Lugar del cáncer de cervix	TASA*
1987	2do.	37.59	1er.	5.6
1988	2do.	37.06	1er.	5.5
1989	2do.	36.89	1er.	5.6
1990	2do.	40.23	1er.	6.0
1991	2do.	37.3	1er.	5.3
1992	2do.	38	1er.	5.4
1993	2do.	37.9	1er.	5.2
1994	2do.	39.2	1er.	5.3
1995	2do.	39.3	1er.	5.1
1996	2do.	39.4	1er.	5.2
1997	2do.	39.6	1er.	4.9

*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Secretaría de Salud. Mortalidad. 1987-1997

CAPITULO III

PREVENCION DEL CANCER CERVICO UTERINO

Los antecedentes descritos respecto al cáncer, nos llevan a considerar la importancia de realizar acciones a nivel secundario, como son la puesta en marcha de programas de prevención de cáncer cérvico uterino, mediante la citología cervical o examen del Papanicolaou que permitan incidir en la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

La citología cervical tiene sus inicios cuando un médico griego, George N. Papanicolaou en 1928 hizo la observación incidental de que en células tomadas de la vagina podrían observarse células derivadas del cuello uterino. La introducción de esta técnica en los Estados Unidos, tuvo como consecuencia una caída histórica en la incidencia del cáncer cervical entre mujeres americanas.

En 1939 Papanicolaou fue capaz de identificar células cancerosas, en pacientes con cáncer del útero sin ninguna manifestación de la enfermedad, posteriormente el método se perfeccionó al tomar las muestras directamente del cervix y no sólo de la vagina.

Esta prueba permite detectar lesiones precursoras o precancerosas, (no son cánceres pero si se dejan evolucionar hay altas probabilidades de que se conviertan en cáncer destructivo y mortal) las cuales son 100% curables (Di Castro,1997).

En este capítulo se presenta una breve síntesis del impacto que estos programas han tenido en algunas partes del mundo.

1. Diagnóstico Precoz

La técnica del Papanicolaou permite obtener material clasificable en 5 apartados, (de menor a mayor complicación citológica)

I Células Normales. Sólo cabe recomendar el examen periódico. Negativa a neoplasia

- II Células con atipias, pero no neoplásicas. Negativas a neoplasia.
- III Células sugestivas de neoplasia, pero no definitivas (sospechoso). Caben dos actitudes: a) ante la ausencia de lesión en el cervix, se repetirá periódicamente el Papanicolaou; b) si hay lesión, se practicará biopsia para aclarar la situación.
- IV Células fuertemente sospechosas
- V Malignidad evidente, de menor a mayor grado. Se practicará biopsia inmediata. (concluyente para malignidad) (Estapé, 1982).

2. Detección Temprana del Cáncer Cérvico Uterino. Papanicolaou.

De acuerdo a la Norma de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino (SSA,1986), la cual fue modificada en algunos rubros en 1997, para la toma de la muestra del Papanicolaou es requisito indispensable que la mujer no se haya practicado lavado vaginal; aplicado óvulos o jaleas; no esté menstruando y no haya tenido relaciones sexuales en las 24 hrs. anteriores a la toma. Previa a la toma de la muestra no se debe realizar, ninguna técnica de exploración ginecológica en la que se empleen lubricantes. Asimismo Di Castro (1997) señala que una mujer que ya no menstrúa puede realizarse el estudio en cualquier momento; será motivo de urgencia si ha vuelto a presentar un sangrado anormal. El embarazo no contraindica la toma del Papanicolaou.

Como se puede deducir de los requisitos anteriormente señalados, la realización del examen del Papanicolaou, requiere que haya un conocimiento amplio de las partes más íntimas de la mujer. También un control de su organismo y de la situación, para cumplir con la condición de posponer la relación sexual, hecho que quizá dificulta la decisión de las mujeres para asistir al estudio. Otro aspecto a destacar es el procedimiento para realizar la citología cervical, el cual consiste en colocar a la paciente en posición ginecológica y de preferencia con la vejiga vacía, se introduce el espejo vaginal asegurándose de que esté perfectamente seco y sin lubricantes, se fija visualizando el canal cérvico vaginal (SSA,1994a). Se realiza la citología vaginal mediante la combinación de una aspiración endocervical (de células obtenidas del endocervix con un cotonete) y un raspado circular de la zona de transformación (zona donde se inicia el proceso de carcinogénesis a nivel cervical) alrededor de la unión squamo-columnar (Bokhman, et al., 1986).

El mejor método de fijación de la muestra, consiste en aplicar un spray fijador, a aproximadamente 25 cm. de la laminilla (Spitz y Newell, 1992). La exactitud del frotis, se basa en dos aspectos: la toma de la muestra y la lectura de la toma (Mandelblatt, Shechter, Fahs, Muller, 1991).

La descripción del procedimiento para la realización del Papanicolaou, puede constituir otro elemento que limita su realización, puesto que la mujer se enfrenta a una situación de incomodidad o molestia, producto de la exposición de sus órganos genitales. Aunado a la sensibilidad del introito (puerta de entrada a la vagina) sitio donde el placer como el dolor se intensifican. Esta sensación puede variar si la mujer está tensa a causa de un dolor físico o a una sensación de angustia; aspectos frecuentemente presentes en el momento de la toma del Papanicolaou.

3. Trascendencia de los Programas de detección de Cáncer Cérvico Uterino.

Varios estudios fundamentan la importancia de llevar a cabo campañas preventivas para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

En los países Nórdicos, el programa de detección se estableció a mediados de los años 60', teniendo como resultado la disminución de la tasa de incidencia en Dinamarca, Islandia, Suiza y Finlandia, mientras que en Noruega, en donde sólo se introdujo el programa en un distrito, las cifras mostraron un ligero ascenso. En Canadá durante un periodo de 20 años de establecido el programa de detección la incidencia de cáncer cérvico uterino bajó de 28.4 a 6.9, asimismo la mortalidad descendió de 11.4 a 3.3 por 100 000 mujeres. En dos áreas de Escocia, donde se establecieron estos programas, se ha logrado un decremento importante de la mortalidad, en mujeres mayores de 35 años. Por tanto es posible lograr bajas tasas de morbilidad y mortalidad, mediante un programa organizado de detección (Bokhman et al., 1986).

Serafino (1990) reporta que en los Estados Unidos del total de casos de carcinoma in situ, la mitad son detectados tempranamente con el examen del Papanicolaou, cuando los neoplasmas son clasificados como carcinoma in situ, etapa en la que generalmente son curables.

En Ginebra Suiza, en los periodos 1970-1973 y 1980-1983, se presentó un decremento en la incidencia total (20.3 a 11.4/100,000) y en la tasa de mortalidad (7 a 4.3/100,000) del carcinoma invasor del cérvix, como producto de las campañas de toma del Papanicolaou (Riotton y Obradovic, 1989).

4. Programa de Detección del Cáncer Cérvico Uterino en México.

En el caso de México, los programas de detección de cáncer cérvico uterino no han tenido el impacto mostrado en países industrializados. Esto se evidencia con las cifras registradas para el año de 1992, cuando el país contaba con una población femenina entre 15 a 69 años, de 26,885,824 (SSA, 1992d), se aplicaron 1,009,229 citologías bajo cobertura de la Secretaría de Salud, lo que corresponde al 3.75% de mujeres examinadas en ese grupo etáreo.

Para 1996, en todo el sector salud se alcanzó una cobertura de 23.1% de mujeres en riesgo, porcentaje sumamente bajo, que impide abatir la mortalidad. (Cisneros,1998)

Con el propósito de lograr que el programa de cáncer en México sea efectivo, para 1997 se programó realizar 4,515.600 estudios citológicos entre todo el sector salud. Con esta productividad anual y con la nueva propuesta de modificar la periodicidad de la toma del Papanicolaou cada 3 años (SSA,1997b), se considera viable alcanzar una cobertura del 69.8%. (Cisneros,1998). Sin embargo, esta cifra no es suficiente para combatir el problema, pues se requiere una cobertura por arriba del 80% de las mujeres en riesgo (Vargas, 1998).

5. Recomendaciones en la aplicación del Papanicolaou

Como se ha venido describiendo, la aplicación periódica del Papanicolaou permite una detección oportuna ampliando el tiempo para atacar la enfermedad. Sin embargo, el periodo que debe transcurrir entre la toma de las muestras varía de acuerdo con la incidencia y con los factores de riesgo que se presentan en cada población

Así en los Estados Unidos se sugiere aplicar el examen entre uno y 3 años, tomando en cuenta la frecuencia de los factores de riesgo que pueda tener la mujer. La Sociedad

Americana de Cáncer (ACS) recomienda que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o tienen 18 años o más deben hacerse un Papanicolaou y un examen pélvico anual. Después de 3 exámenes consecutivos con resultados negativos se puede realizar con menos frecuencia a juicio del médico (Fink, 1988).

En Canadá se recomienda un examen anual para mujeres sexualmente activas entre 18 y 35 años, pasando esta edad se concluye que es innecesario si la mujer ha tenido frotis normales hasta ese momento Canadian Task Force on Cervical Cancer Screening Programs, 1982 (Citado en Muller et al., 1990).

La recomendación de realizar el examen con cierta periodicidad radica en el desconocimiento del tiempo que la enfermedad tarda en progresar de una etapa a la siguiente.

A este respecto Mandelblatt et al. (1991) revisaron un par de investigaciones, la primera consistió en un estudio longitudinal (10 años), donde se encontró que de las neoplasias cervicales intraepiteliales detectadas, el 66% avanzó a cáncer in situ; el 28% permaneció constante y sólo el 6% regresó a normal. En el segundo estudio al que hacen referencia se reportó que de 278 casos estudiados, el 60% progresó a carcinoma in situ; 9% permaneció constante y 31% regresó a normal. Sin embargo, de estos últimos el 13% desarrolló posteriormente la neoplasia.

Por otra parte Miller (1993) ha mostrado a partir de los resultados de una investigación realizada en colaboración internacional que las mujeres con un frotis cérvico uterino negativo, presentan tasas bajas de cáncer invasor durante 5 años. Asimismo destaca que en muchos países existen programas en donde la detección se practica cada 6 o 12 meses, empleando excesivos recursos en una pequeña proporción de la población, con muy escasos beneficios; ante lo cual se sugiere ampliar la cobertura y limitar el número de frotis realizados en el periodo de vida de la mujer.

En un estudio de casos y controles realizado en Jingan, China (Zuo-Feng et al., 1989), se encontró que de acuerdo con la fecha del último frotis negativo las mujeres con 8 años o más de haber obtenido un resultado negativo, tuvieron 8 veces más riesgo comparado con

aquellas con un último resultado negativo reportado en los 2 últimos años; asimismo las mujeres con 4 o más frotis negativos tuvieron 0.4 veces menos riesgo que mujeres con uno o ningún resultado negativo.

6. Análisis del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino en México

A partir de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, organizada en el Cairo, Egipto, en 1994. México, a través de la Secretaría de Salud, toma la iniciativa de adoptar el concepto integral de salud reproductiva como política de Estado, creando un Programa Nacional interinstitucional e intersectorial, en el cual se incluye el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, presentado en octubre de 1997, cuyo propósito consiste en reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

Para el diseño de este programa la Secretaría de Salud consideró que entre el 80 y 90% de los casos confirmados de cáncer cérvico uterino se presentan en mujeres mayores de 35 años; 70% se registra en el grupo de 45 a 64 años de edad, sin embargo, hasta este momento los exámenes de detección se venían realizando en forma repetida a mujeres jóvenes cuyo grado de riesgo es menor.

Ante tal situación, la nueva estrategia de intervención consiste en dividir a la población en riesgo en tres grupos de edad para su atención. Así, para 1998 se dará prioridad para la realización de la citología cervical (Papanicolaou) al grupo de mujeres entre 45 y 64 años de edad, considerado de más alto riesgo; en 1999, se pondrá énfasis a mujeres entre 35 y 44 años; finalmente para el año 2000, será atendido de manera especial el grupo de 25 a 34 años, por ser actualmente el de menor riesgo.

Paralelo a la planeación del programa, se da a conocer la propuesta de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria (SSA, 1997b), sustentada por 35 instituciones sanitarias gubernamentales. En esta se especifica que la citología cervical se realizará cada tres años, con predominio en mujeres con perfil de riesgo mayores de 35 años de edad. Esta modificación ha motivado una serie de cuestionamientos y propuestas, por

parte de algunas organizaciones no gubernamentales como La Red por la Salud de las Mujeres del D.F., conformada por 18 organizaciones y respaldada por 17 instituciones.

Dicha organización propone que "la citología cervical se realice cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías anuales previas que resulten negativas a cáncer y/o a procesos inflamatorios y que se encuentren en el rango de 25 a 65 años de edad, con predominio en aquellas con perfil de riesgo mayores de 35 años, sin negarse el estudio a las mujeres que lo soliciten anualmente" (Comisión de Prevención de Cáncer Cérico Uterino, 1997).

La Red por la Salud de las mujeres, sustenta esta propuesta basándose en el alto riesgo al que están expuestas las mujeres de contraer cáncer cérvico uterino, producto de la falta de cobertura de los servicios de salud, la deficiencia en la toma de muestras, la mala lectura de laminillas, la insuficiencia de personal calificado, la entrega tardía de resultados, la falta de presupuesto específico para la atención de este problema, la ausencia de recursos humanos sensibles a la problemática de las mujeres y al abandono de la difusión e información sistemática y permanente del problema a la población usuaria.

Asimismo la Red enfatiza que al considerar las tasas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, resulta contradictoria la propuesta de excluir a las menores de 35 años de edad y de aumentar el lapso para practicarse el Papanicolaou, única forma de detectar un posible cáncer, pues antes de los 35 años se presentan las primeras manifestaciones de la enfermedad, momento en que son totalmente curables.

Sin embargo, en estudios realizados por Lazcano, Najera, Alonso de Ruíz, Buiatti y Hernández (1996) en los que se evaluaron diferentes esquemas de tamizaje, se destaca que entre más temprano sea el diagnóstico de lesión preinvasora existe mayor impacto en términos de años de vida potencialmente salvados y, como consecuencia, mayor número de citologías practicadas. El impacto en términos de costo beneficio y costo efectividad es similar en relación a los años de vida potencialmente ganados y tratamientos instituidos, si el inicio es a los 25, 30 y 35 años.

Asimismo Herrero et al. (1992) en un estudio de casos y controles detectaron que las mujeres con un sólo examen están de 2.3 a 2.5 veces más en riesgo que aquellas con más de un examen realizado en su vida, incluyendo uno en los últimos 47 meses.

El riesgo no cambia si se han realizado el examen entre uno y 4 años; incrementa en un 50% en periodos más largos, sin embargo, permanece bajo en comparación con no haber realizado nunca el examen; lo que incrementa 3 veces el riesgo.

Por tanto Lazcano et al. (1996) concluyen que los lineamientos de la norma técnica, en donde se propone un examen anual no es óptima, puesto que esto implica considerar una rápida progresión de un estadio clínico a otro de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, con un costo en términos económicos muy alto, así como un pobre beneficio y efectividad del programa.

A pesar de los sustentos aportados por investigaciones realizadas en México, para valorar la eficacia del Programa de Detección de Cáncer cérvico uterino, se puede considerar como aventurada la medida implementada en la Norma Técnica vigente, relacionada con la periodicidad (cada 3 años) del Papanicolaou. Primero porque el programa de tamizaje no es muy eficaz y segundo por que a penas se está creando en la población una cultura de prevención.

Por otra parte en el plan de acción para operacionalizar la norma técnica, también se plantea el concepto integral de atención, sin embargo, en la estructuración de los programas, no se consideran los aspectos económico, cultural y emocional que rodean a la mujer, o grupos de mujeres en comunidades específicas entonces resulta interesante hablar de un programa integral para la mujer, sin tomar en cuenta a la misma mujer Paradójico ¿no?

Así se siguen instaurando acciones superficiales, que no redundan en un cambio cultural, al no tomar en cuenta los aspectos de prevención ni generando cambios de raíz, en donde la población asuma el control de su salud, sin que esto signifique la exclusión de la responsabilidad de brindar la atención por parte del estado.

¿Cómo vencer las barreras para recibir la atención? si la información está dirigida a fomentar las decisiones que solo al sector salud le interesan, enmascarando así las acciones de las mujeres. Entonces sigue predominando el modelo médico hegemónico, que dicta y orienta sobre las medidas que debe de llevar a cabo la mujer en pro de su salud y no conforme con eso le mandata en que momento realizarlas, sin tomara en cuenta la pena o vergüenza, así como el dolor real o subjetivo que las mujeres pueden estar enfrentando en el momento de exponerse a un examen de esta naturaleza.

De la misma forma en que el cuerpo de la mujer ha sido ocultado y mistificado, así mismo se oculta y mistifica su capacidad para sentir y decidir en relación a su organismo. Con esta misma tendencia el plan nacional incluye la distribución de un carnet de control de pruebas, llamado Cartilla Nacional de Salud, ante lo cual sería importante cuestionarse ¿Cómo lo va a emplear?, si ella está programada para atender la salud y el bienestar de los otros (llámese hijos o pareja) pero no para darse atención a ella misma. La decisión para completar la cartilla de vacunación de sus hijos, está fuertemente influida por las ampliamente difundidas y financiadas campañas masivas de comunicación y por la persecución directa de los infantes, lo que tiene como objetivo principal cubrir las metas de vacunación.

Este será también el lineamiento que rija el bienestar de las mujeres, las cuales tendrán que exponer sus partes más íntimas (no precisamente sus órganos genitales) en pro de cubrir una meta de aplicación de exámenes, en lugar de una campaña en pro del bienestar de la mujer, bloqueando una vez más su capacidad de reconocerse como persona capaz de proponer acciones en beneficio propio y no para los demás (autoridades de salud) o por los demás (hijos y/o esposo). Así seguirá el control por parte de las autoridades en salud, evitando la emancipación de la mujer y por ende su desarrollo y bienestar personal.

Los cambios implementados en las políticas de salud, enfocadas al bienestar de las mujeres, deberán estar sustentadas con intervenciones que refuercen el importante papel de las mujeres, como individuos con derechos para sí mismas, y no sólo como el medio para mantener el bienestar general y la mejor salud de las unidades familiares como lo establece el Banco Mundial (1993).

CAPITULO IV

CONDUCTAS RELACIONADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

1. Aspectos influyentes en el cuidado a la salud.

Es necesario hacer hincapié en los aspectos o razones por las que las personas en general no cuidan su salud, para ello encontramos una serie de planteamientos en la literatura.

Una de las preguntas que recientemente se plantean en el campo de la salud es ¿Por qué la gente no sólo no hace lo que es bueno para ella sino que persiste en conductas que sabe que son nocivas para su salud?

Entre las respuestas que se han dado, existe acuerdo con el carácter placentero inmediato de las conductas menos saludables y las consecuencias negativas no inmediatas, es decir el tiempo largo que separa al estímulo carcinógeno de la aparición clínica del cáncer (Serafino, 1990). Junto con lo anterior esta el hecho señalado por Bayés (1985) de que mientras los estímulos carcinógenos, promotores o intermediarios, nos proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real o inmediata, la aparición del cáncer es sólo probable. En estas condiciones la evidencia recogida por el análisis experimental del comportamiento nos muestra, que el individuo, normalmente escogerá la estimulación placentera, cierta e inmediata a pesar de las terribles consecuencias aversivas que, a largo plazo, su acción le puede reportar a no ser que: se le haya adiestrado a posponer sus satisfacciones pasando de un programa de consumo continuo a un programa de consumo intermitente, todo lo contrario de la compulsión consumista que promueve nuestra sociedad

Así Serafino (1990) retoma a Thoresen, quien estipula que “el problema radica en que la gente necesita que se le enseñe a ser más cuidadosa y más responsable de su propia salud y bienestar, especialmente cuando lo que el medio social promueve es la irresponsabilidad o las conductas no saludables”.

Lambley (1993) reporta estudios realizados, donde se ha encontrado que el estrés interpersonal y/o disfunción marital han mostrado estar significativamente relacionados al

estatus de salud y a la vulnerabilidad de la enfermedad. Parte de esta vulnerabilidad puede ser debida a la ausencia de conocimiento acerca de hábitos de autocuidado pero parte puede ser debida a lo que se ha definido como "regulación biológica", que sirve para dirigir la atención a la necesidad de mantener hábitos propios de cuidados a la salud. Las parejas en las relaciones frecuentemente se ayudan unos a otros a establecer y mantener estos hábitos, pero cuando las relaciones fracasan, o fallan frecuentemente, este efecto regulador se disminuye.

2. Teorías que explican las creencias y atribuciones para que la gente realice conductas saludables

Otro aspecto que se ha analizado como motivante para realizar medidas preventivas son las creencias que las personas se forman respecto a su salud. Ante lo cual se han desarrollado diferentes teorías que intentan dar explicación a este proceso.

Entre estas encontramos la teoría del Aprendizaje Social, en la cual Rotter (Citado en Lazarus y Folkman, 1991) postula que el potencial para que una conducta se presente en una situación psicológica específica, está dada por la expectativa de que la conducta realizada, tendrá un efecto particular en el resultado. La formulación más conocida es el locus de control, en donde el locus de control interno se refiere a las creencias de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno y el locus de control externo se basa en la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependen de la suerte, la causalidad, el destino o el poder de los demás. Locus de control es la expectativa generalizada acerca de si la propia conducta o fuerzas externas a uno mismo controlan el reforzamiento.

Así Lau (1982) en un estudio realizado encontró que las creencias en el auto control sobre la salud, se relacionan positivamente a tempranos hábitos de salud, involucrando autocuidado y cuidado médico profesional y negativamente relacionados con experiencias familiares de enfermedad. Entonces si en tu infancia estuviste expuesto a varias circunstancias relacionadas con algún padecimiento, es probable que consideres que la enfermedad no es controlable.

En la misma línea Wallston (Citado en Marteau, 1989) realizó un estudio en el cual identificó que las personas que valoran altamente su salud y tienen un locus de control interno, muestran mayor interés en la lectura de textos con información relacionada con la hipertensión, comparado con las personas que a pesar de valorar altamente su salud, tienen un locus de control externo, es decir dejan en manos de terceros la responsabilidad de su bienestar. Por tanto la creencia de que la salud personal puede ser controlada, independientemente de que sea por la misma persona o por otras, aunado a un alto valor sobre la salud aumenta la probabilidad de que se realicen conductas de promoción a la salud, en contraste con aquellas personas que consideran que la salud no es controlable y además tienen un bajo valor respecto a su salud.

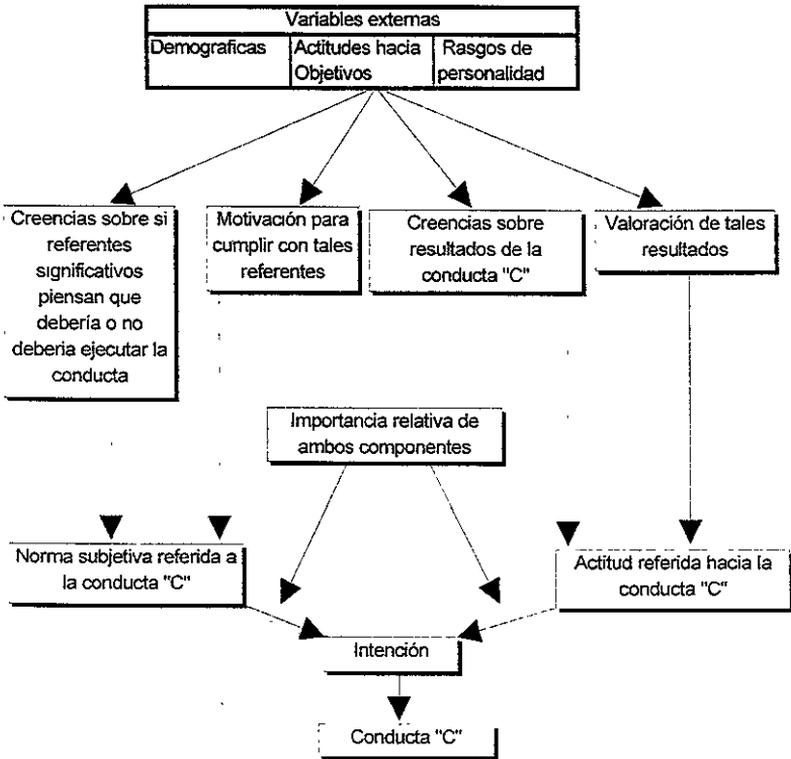


Figura 3. Teoría de la Acción Razonada (Rodríguez, 1995)

Una de las teorías que hablan de las creencias y atribuciones es la Teoría de la Acción Razonada (TRA) establecida por Fishbein y Ajzen, en 1975 (Citado en Glanz, Marcus y Rimer, 1990). El supuesto básico de esta teoría es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen. La TRA supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada.

De acuerdo con este modelo, la intención que la persona tiene de realizar (o no realizar) una conducta es su determinante inmediato. A su vez la intención está en función de dos determinantes básicos: uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social. El primero es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción. El segundo, denominado norma subjetiva, es la creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión.

Según la TAR (Citado en Rodríguez, 1995) las actitudes son función de creencias sobre los atributos del objeto de la actitud, primero, y de la valoración que el sujeto hace de esos atributos, después. Estas creencias que subyacen bajo la actitud de una persona hacia una conducta reciben el nombre de *creencias comportamentales o creencias sobre resultados del comportamiento*. Estas actitudes son función de la valoración de tales resultados.

Por otra parte las normas subjetivas, son también función de creencias, las cuales reciben el nombre de *creencias normativas* y son las creencias de la persona respecto a lo que otras personas específicas o grupos piensan en relación a si debería o no realizar la conducta en cuestión. Conocer las creencias de una persona acerca de sus referentes importantes no es suficiente todavía para predecir o comprender su norma subjetiva. Por lo que se debe valorar también la *motivación para cumplir* con cada uno de tales referentes específicamente. El modelo se esquematiza en la figura 3.

Otra teoría que intenta explicar y predecir conductas en el ámbito de la salud es el modelo de Creencias en Salud (HBM) desarrollada por Becker en 1974, el cual pretende explicar y predecir las conductas de salud preventivas (Marteau, 1989).

La hipótesis que se plantea en el modelo es que la probabilidad de realizar una acción de salud dada, está en función de:

1) El **estado subjetivo** de disponibilidad del individuo (intención) para llevarla a cabo, el cual está determinado por la amenaza que cree que representa para la persona la enfermedad en cuestión, esto a su vez depende de:

- la “susceptibilidad” percibida respecto de la enfermedad;
- la “gravedad” percibida de las consecuencias (orgánica y/o sociales) de contraer la enfermedad;
- las “claves para la acción” que ponen en marcha la conducta de salud, las cuales pueden ser internas (tales como la percepción de un síntoma) o externas (mensajes de educación para la salud).

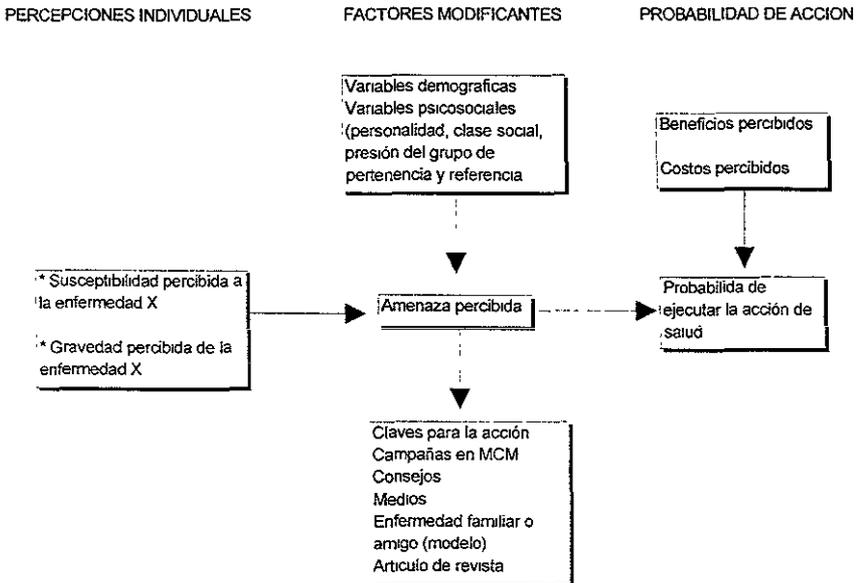


Figura 4. Modelo de Creencias sobre la salud (Rodríguez, 1995)

- 2) La evaluación que la persona hace de dicha conducta de salud en términos de su viabilidad y eficacia (es decir, la estimación subjetiva de los beneficios potenciales de la acción para reducir la susceptibilidad y/o gravedad), contrapesada con las percepciones de los costos físicos, económicos y de otro tipo implicadas en la acción propuesta.

- 3) La percepción de la amenaza se activa, disparando el proceso de realización del comportamiento de salud, por algún acontecimiento "clave". Existen "claves" particulares que "disparan" los procesos que llevan a la realización de la conducta de salud correspondiente. Becker y Maiman, 1982 (citado en Rodríguez, 1995). La estructura del modelo, se observa en la figura 4.

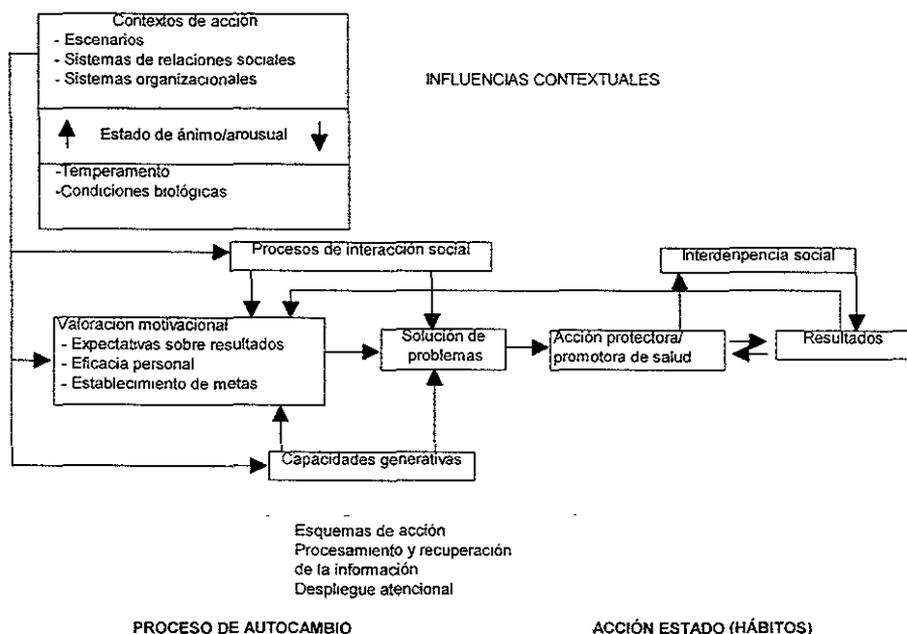


Figura 5 La Teoría de la Acción Social de Ewart. (Rodríguez, 1995)

Por otra parte la Teoría de la Acción Social, propuesta por Ewart en 1991 (citado en Rodríguez, 1995), intenta también explicar los comportamientos saludables. El modelo concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos especificables, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de etapas o elementos dispuestos serialmente, los cuales son: un elemento de entrada que representa el campo de estímulos y establece los objetivos; uno de salida o producción de respuesta, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento; y una etapa de supervisión que implica la consideración de las consecuencias de la acción, en relación con el conjunto inicial de los objetivos.

El modelo incluye básicamente tres dimensiones: auto-regulación como una acción estado deseada; un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y un subcomponente de sistemas socio-ambientales más amplios que determinan contextualmente como operan los mecanismos de cambio personal.

El modelo subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud (dimensión de acción estado), proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientes interpersonales (dimensión de proceso) y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal (dimensión contextual). En la figura 5 se observan estos elementos.

Por otra parte respecto a la percepción de riesgo en relación a los daños a la salud, Nesse y Klass (1994) realizaron un estudio entre pacientes con ansiedad y sujetos normales, con el fin de detectar si existían diferencias en la percepción de riesgo. Sus resultados indican que no hay diferencias entre los grupos, el patrón de percepción de riesgo, coincide con el estudiado para personas normales. Es decir que las personas sobrestiman los riesgos de eventos raros, subestiman el riesgo de eventos comunes, así como el riesgo de estar expuesto a algún evento dañino, en comparación con el resto de las personas.

3. Aspectos o Razones que inhiben o promueven la aplicación del Papanicolaou

En otros países se han realizado estudios que de alguna manera, tratan de dar explicación a la no prevención del cáncer cérvico uterino. De Schryver et al. (1989) realizaron un estudio en el cual se entrevistó a un grupo de médicos generales que fueron adiestrados en la aplicación del Papanicolaou para conocer las dificultades enfrentadas y los problemas que ellos pensaban tenía la población en riesgo. La tendencia general de las respuestas fue como sigue:

Problemas de las mujeres	Miedo a la exploración ginecológica. Miedo de saber que pudieran padecer cáncer y duda de la posibilidad de prevenir y curar la enfermedad.
Problemas de los médicos	Falta de motivación para aplicar el examen y desinterés por los aspectos de la prevención. Preferencia por actividades curativas para incrementar el número de sus pacientes.

Por otra parte Henning y Knowles (1990) mencionan que las experiencias clínicas sugieren que más mujeres se harían exámenes si sus médicos las indujeran, o si se fomentaran con campañas de propaganda local. Estos autores plantean dos amplias áreas de factores influyentes.

La primera es la actitud de la mujer basada en sus creencias acerca del Papanicolaou.

La segunda se relaciona con variables externas tales como el sexo del doctor que atiende y la comodidad experimentada por la paciente con respecto a la toma del frotis.

La propaganda local, recibir atención por personal del sexo femenino, y ser examinada por un médico, que no sea el que generalmente la atiende, motiva a las mujeres a realizar el examen.

En esta misma dirección De Levin (1978) afirma que está comprobado que el consejo del médico es de gran peso para la adopción de medidas profilácticas, señala que en E.U. e

Inglaterra el 65% de las personas que se realizaron el examen, estuvieron influidas por la credibilidad en los profesionales y técnicos sanitarios, así como en la autoridad que estos ejercen en los pacientes.

En un estudio realizado en Italia con mujeres entre 50 y 70 años, Gordon et al. (1991) detectaron que debido al poco convencimiento que las mujeres tenían acerca de la cura del cáncer de pecho y del cáncer en general, preferían permanecer tranquilas en lugar de saber si padecían o no la enfermedad, antes de que ésta se presentara. Estas mujeres pensaban que recibir información respecto al cáncer de pecho y prevención de enfermedades en general, era innecesario si no se presentaba el padecimiento.

Wilcox y Mosher (1993) en un estudio realizado con mujeres en edad reproductiva residentes en Estados Unidos, en el cual pretendían identificar prácticas en relación con ciertas conductas saludables, encontraron que las mujeres con altos niveles de educación e ingreso tuvieron mayor probabilidad de haber realizado el Papanicolaou, la mamografía, así como el examen de presión sanguínea, respecto a las mujeres con bajos niveles. También detectaron una más baja probabilidad de haber realizado el Papanicolaou, en mujeres quienes nunca habían tenido un embarazo. El más fuerte predictor para realizar todas las formas de detección, fue asistir al menos una ocasión en los últimos 12 meses, a los servicios de planificación familiar. El no completar la secundaria estuvo asociado con la poca oportunidad de recibir la detección. Asimismo encontraron que las mujeres que habían recibido tratamiento para enfermedades inflamatorias pélvicas o vaginitis, tenían mayor probabilidad de haberse realizado todos los exámenes de detección, que las mujeres que no habían enfrentado ninguno de estos padecimientos.

En este mismo sentido Ferreri et al. (1993) encontraron que la edad, el estado civil y la ocupación, estuvieron fuertemente asociadas con la decisión de la mujer de realizar el examen del Papanicolaou. Mujeres jóvenes (20-30 años) ó mayores (61-70 años), quienes nunca se habían casado, así como quienes se dedicaban al hogar, era menos probable que se hubieran realizado un examen.

Murray y Mc Millan (1993a, 1993b) en un estudio donde intentaba predecir las conductas de realización del Papanicolaou, identificaron que el más importante predictor para asistir a

realizar un frotis cervical, fue no tener temor de las consecuencias del estudio. Los autores concluyen que la necesidad primaria para promover la asistencia a una citología cervical, consiste en reducir la ansiedad experimentada por muchas mujeres, acerca de las posibles consecuencias del estudio. Se hace necesario convencer a estas mujeres del valor del Papanicolaou, en particular la capacidad de estos exámenes para detectar células precancerosas.

Asimismo estos autores reportaron que de las mujeres entrevistadas, el 50% se había realizado un Papanicolaou varias veces, y el 20% una sola vez. Quienes habían asistido al examen, el 33.7% lo solicitó por iniciativa propia, por lo que se les identificó como asistentes activas, el 24.6% acudieron por sugerencia del médico; el 29.8% lo realizó como parte de una revisión post-natal. A ambos grupos se les consideró como asistentes pasivos.

Harlan, Bernstein y Kessler (1991) llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos para detectar los factores que afectan la realización del Papanicolaou. Las razones, se agruparon en 7 rubros: 1) posponer el estudio; 2) haber realizado la histerectomía; 3) el costo del estudio; 4) no tener médico; 5) no le sugieren hacerlo; 6) siente vergüenza o miedo; y 7) desconocimiento. Entre los motivos más reportados están: la creencia de que no es necesario; no presentaban síntomas o estaban indecisas. Sin embargo, de acuerdo al grupo de edad también se observaron diferencias, los grupos de mujeres muy jóvenes o muy grandes, señalaron que el médico no les había indicado el examen. Las mujeres jóvenes identificaron la vergüenza y el miedo como las razones para no hacerse el examen.

Respecto a la actitud hacia el cáncer, los autores encontraron que esta puede influir en la realización del Papanicolaou. Al preguntarles si ellas podrían hacer algo para reducir el riesgo de tener cáncer; quienes estuvieron de acuerdo, fue menos probable que se hubieran realizado un Papanicolaou en los últimos 3 años, en comparación con aquellas que estuvieron en desacuerdo. Sin embargo, aquellas mujeres que estuvieron en total desacuerdo fue más probable que se hubieran realizado un Papanicolaou en el mismo periodo, que quienes solo respondieron estar en desacuerdo. Por tanto quienes no manifestaron ninguna opinión, fue menos probable que se hubieran realizado recientemente un examen. En este estudio se concluye que la educación y el ingreso, influyen, para llevar a cabo conductas preventivas.

Por otra parte hay aspectos que corresponden a las instituciones de salud, y que también están involucrados en la falta de prevención por parte de las mujeres, a este respecto Gómez (1994) hace mención de un estudio realizado en Argentina, en donde se mostró que existen muchas limitaciones en los servicios para transmitir a la mujer los conocimientos apropiados sobre los exámenes citológicos y la importancia de su participación en el seguimiento de las pruebas positivas; en dicho estudio se encontró que cerca de un 40% de las mujeres con resultado de citología dudosa o anormal, que deberían regresar inmediatamente al servicio para una confirmación diagnóstica, no tomaban el control de la situación y no se reintegraban al servicio.

Las causas de la deserción de pacientes, según los resultados del estudio, parecen estar relacionados principalmente con la falla del personal médico, para proporcionar a los pacientes información apropiada, que los motive a reclamar su resultado y a continuar el tratamiento respectivo.

Es necesario mejorar la cantidad y calidad de la información para la mujer, sobre todo en los estratos más pobres, para que no sólo tenga más información del padecimiento, sino también para que exija a los servicios de salud la atención adecuada y la aplicación de la tecnología de detección.

El mismo Gómez considera que en muchos países los servicios de salud desperdician recursos al efectuar citologías que se acumulan en los laboratorios y no se procesan en el tiempo óptimo para que, si fuera necesario, se siguiera con el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Además se malgastan los escasos recursos disponibles para estos programas, efectuándose citologías a mujeres muy jóvenes y en forma repetida no justificada.

Por otra parte Miller y Robles (1996) en un estudio realizado en Colombia, identificaron varias actitudes que llevan a las mujeres a no querer usar los servicios de tamizaje: creen que la ausencia de dolor significa que están sanas; que las necesidades de atención de salud de los niños y otras personas de la familia son más importantes que las suyas, y que la citología exfoliativa de cuello uterino es pecaminosa y se dirige principalmente a prostitutas. Su actitud hacia el cáncer puede ser fatalista porque muchas no comprenden

que la enfermedad invasora se puede prevenir, otras no tienen tiempo para acudir a los servicios de salud y consideran que el examen ginecológico es humillante y doloroso.

Naish, Brown y Denton (1994) al trabajar con diferentes grupos étnicos del este de Londres, empleando la técnica de grupos focales, destacan que la mayoría de las mujeres habían tenido su primer frotis en un examen posnatal; obtuvieron información del examen por amigos, familiares, médicos o en las clínicas de planificación familiar. Asimismo las entrevistadas preferían recibir la atención por parte del personal de sexo femenino. Sin embargo, en este estudio se concluye que las barreras de lenguaje y del sistema administrativo tienen más peso que las propias actitudes de las mujeres.

Las mujeres entrevistadas se mostraron también preocupadas por la higiene del quirófano y la esterilidad del equipo. Sugieren que el apoyo para cuidar a los hijos en el momento del examen, sería un fuerte motivante para asistir al examen.

O'Malley, Mandelblatt, Gold, Cagney, Kerner (1997) al estudiar a mujeres negras multiétnicas e hispanas en Nueva York., concluyen que quienes asisten sistemáticamente al mismo lugar y con el mismo médico para atender su salud, tienen más probabilidad de realizar el examen. Asimismo el contar con seguro público o privado, eleva la asistencia al examen.

En un programa donde se visitó a mujeres que no acudían a realizarse el Papanicolaou, el 37% asistió al examen, después de la visita, fungiendo esta última como un recordatorio. Las razones dadas para este cambio fueron la información proporcionada y la confianza brindada por el entrevistador; la seguridad de que verían a personal del sexo femenino y de que la cita podría establecerse fuera de las horas de trabajo (Campbell, MacDonald y McKiernan, 1996). Otros estudios también apoyan la idea de que ser atendidas por personal del sexo femenino, refuerza la asistencia a exámenes de prevención de cáncer de mamas y cérvico uterino (Franks y Clancy, 1993).

Gregg y Curry (1994) a través de una entrevista etnográfica con mujeres Afro-Americanas mayores de 40 años de edad, con bajos ingresos económicos y nivel educativo, identificaron el impacto del cáncer y la amenaza de esta enfermedad en sus vidas. Un

aspecto que se resalta en este estudio es la trascendencia de que médico y paciente identifiquen cómo el otro percibe el cáncer, su prevención y tratamiento.

Tres temas relacionados con la naturaleza del cáncer, se presentaron a lo largo de las entrevistas.

- el cáncer devora a sus víctimas, se inserta en el organismo y se lo va comiendo.

- El cáncer genera y agudiza la pobreza.

- La angustia mental causada por el cáncer es tan mala o peor que el dolor físico.

Las percepciones de los efectos mentales adversos causados por el conocimiento del cáncer, y los efectos socioeconómicos adversos de su tratamiento, pueden explicar porque muchas mujeres prefieren permanecer ignorantes de su existencia.

Con respecto a las causas del cáncer articulan la enfermedad con aspectos naturales y no naturales, los primeros ocurren de acuerdo a las leyes de Dios y de la naturaleza, sin embargo, pueden ser explicadas como resultado de conductas extremas que trastornan el balance natural, y los segundos son supranaturales, causados por fuerzas del mal. Para algunas de las mujeres entrevistadas, su fe en Dios y sus conductas de cuidado a la salud fueron inextricablemente conectadas.

4. Barreras para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino.

Estudios realizados en México

En México recientemente se han realizado estudios, en los que se identifican factores asociados con la prevención del cáncer cérvico uterino. Así Lazcano et al. (1996) han detectado que las mujeres aseguradas acuden dos veces más que las no aseguradas a realizarse el examen; mujeres con estudios de licenciatura asisten cuatro veces más que las mujeres analfabetas; en mujeres residentes de viviendas en buenas condiciones, la cobertura es cuatro veces mayor respecto a las mujeres con malas condiciones materiales de vivienda.

Otro aspecto relacionado con el desarrollo de los programas de cáncer es que un número importante de mujeres asisten a revisión cuando presentan síntomas. Como se muestra en el estudio de Lazcano et al. (1993), donde la prevalencia de mujeres que presentaron al

menos un síntoma fue de 43%. El problema radica que ante la presencia del cáncer cérvico uterino, el diagnóstico no es oportuno

Asimismo en estudios posteriores Lazcano, Buiatrí, Nájera, Alonso de Ruiz y Hernández (1998) destacan que en la Ciudad de México el 58.2% de los casos de cáncer cérvico que participaron en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer fue debido a que presentaban algún síntoma. Las mujeres que acudieron sin ninguna sintomatología y con resultados previos de un Papanicolaou, presentaron 3.5 veces menos diagnósticos de cáncer cervical invasivo.

Un total de 37.7% de los casos de cáncer cervical invasivo y 14.3% de los controles quienes habían realizado el examen, nunca recibieron el resultado, debido a cambios de dirección o a mala organización del programa.

Retomando la metodología cualitativa, mediante grupos focales Lazcano et al., (1998) identificaron las principales barreras para que mujeres de la Cd. de México y del estado de Oaxaca, no asistan a los programas de detección de cáncer cérvico uterino. Entre estas están: el desconocimiento de la etiología del cáncer cérvico y de la existencia del examen del Papanicolaou; la concepción de que el cáncer es una enfermedad inevitable y fatal; problemas en la relación médico/institución/paciente; necesidades prioritarias que cubrir relacionadas con la extrema pobreza; oposición por parte de la pareja sexual, rechazo a la examinación pélvica; larga espera para la toma del examen y la entrega de resultados; percepción de altos costos en el cuidado.

Específicamente para las mujeres que habitan en áreas rurales la realización del Papanicolaou se convierte en una experiencia tensa; la culpa y el miedo son constantes, por lo que prefieren que personal del sexo femenino les brinde el servicio.

Con respecto al servicio que se brinda en las instituciones de salud, las mujeres perciben una diferencia en la atención en las instituciones privadas, en las cuales se intenta mantenerlas como clientes, en comparación con el servicio que se da en las instituciones públicas, el cual es percibido como impersonal. En cuanto a los espacios físicos, consideran que estas instituciones carecen de consultorios acondicionados para realizar el examen pélvico en privado.

Una de las principales barreras para buscar el examen, son los largos periodos de espera que se requieren en las instituciones de asistencia pública para recibir los resultados. Tiempo en el que las mujeres se angustian debido a que perciben al Papanicolaou, el cáncer y la muerte como sinónimos. Asimismo, la presencia de personal masculino se constituye en otra de las limitaciones.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio correspondió a un diseño de investigación exploratorio de campo y correlacional de una sola muestra.

POBLACIÓN

La población de este estudio estuvo conformada por madres de niños que asistían a escuelas primarias públicas ubicadas en la delegación de Tlalpan, en el Distrito Federal.

MUESTRA

Diseño de muestreo

Para la selección de la muestra se empleó un muestreo polietápico por conglomerados.

La delegación seleccionada fue la de Tlalpan, por ser esta la que como resultado de observaciones previas se encontró más semejante a la población del D.F., en cuanto a porcentajes de estudiantes y personas dedicadas al hogar. También se consideró el porcentaje de alfabetismo (96.6%) y analfabetismo (3%) de la población femenina de esta delegación, debido a que se encuentra entre los más cercanos a los porcentajes para la población del Distrito Federal: mujeres alfabetas 97.4%, y mujeres analfabetas 2.4%.

Asimismo del catálogo de escuelas primarias del ciclo escolar 1993-1994, proporcionado por la Secretaría de Educación Pública, (información más actualizada en el momento que se solicitó) se eligieron 21 escuelas con capacidad de admisión de 600 niños o más, de las cuales se seleccionaron 6 al azar, con las que se cubría el tamaño de muestra.

El tamaño de la muestra se calculó como sigue:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d}$$

$p = 0.5$
nivel confianza 95%
 d (precisión) = 0.05

$$n = 384$$

compensado por: efecto de diseño $384 \times 2 = 768$ **$n = 768$**

Descripción de los sujetos de la muestra

Los sujetos de la muestra fueron mujeres, madres de familia, entre 19 y 50 años de edad, cuyos hijos asistían a escuelas primarias públicas ubicadas en la delegación de Tlalpan y aceptaron participar en el estudio.

INSTRUMENTO

El instrumento se estructuró para explorar 4 áreas principales (Ver anexo 1)

1. Sociodemográfica

Esta área se conformó con 9 preguntas que exploraron características sociodemográficas de la muestra, así como 7 preguntas relacionadas con los servicios de salud con los que cuenta la entrevistada y el acceso que tiene a los mismos. La mayoría de las preguntas fueron cerradas con varias opciones de respuesta.

Datos sociodemográficos

- Edad Años cumplidos en el momento de responder el cuestionario.
- Estado Civil Soltera, casada, divorciada, separada, unión libre, viuda.
- Escolaridad Número de años de educación formal recibida.
- Religión
- Ocupación Si está trabajando actualmente, ocupación o empleo. Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla la persona en su trabajo principal.
- Ingreso Familiar El ingreso económico que percibe la familia mensualmente, tomando como base el salario mínimo vigente (\$800.-), al momento de la entrevista.
- Lugar de nacimiento y tiempo de residir en su domicilio actual

Factores de disposición de servicios de salud

- Derechohabencia Derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud del sector público (IMSS, ISSSTE, DDF, PEMEX)
- Lugar donde recibe atención médica, distancia, medio de transporte, tiempo de espera para la atención.

2. De la medición de actitudes con respecto a la prevención de enfermedades.

Esta parte del cuestionario constó de 16 preguntas, cuyas opciones de respuesta fueron:

No, Sí, No sé, además de dos preguntas con 3 diferentes opciones de respuesta.

Aquí se pretende explorar 5 áreas:

- actitudes y creencias hacia la prevención
- locus de control
- valores y normas culturales
- actitud hacia la prevención por parte de la familia
- calidad de los servicios

Cabe destacar que la escala de respuesta tipo Likert, establecida en un inicio, tuvo que ser descartada, debido a lo difícil que resultó para las mujeres entrevistadas contestar el instrumento, en la fase del piloteo.

3. De antecedentes gineco-obstétricos

Esta parte del cuestionario constó de veinticinco preguntas, once de las cuales exploraron aspectos relacionados con antecedentes gineco-obstétricos de la entrevistada; once preguntas más investigan el conocimiento y las prácticas que tienen las mujeres, respecto al examen del Papanicolaou, como son: periodicidad en la realización del examen, institución donde lo realiza, tiempo de entrega de los resultados, edad al primer examen. Asimismo se incluyen dos preguntas relacionadas con experiencias previas de cáncer.

La mayoría de las preguntas aunque eran abiertas, se clasificaron en categorías para su análisis.

4. De las experiencias o vivencias relacionadas con el Papanicolaou.

Esta área a través de cinco preguntas, con tres opciones de respuesta (Cierto, Falso, No sé) evaluó los aspectos relacionados con la experiencia que las mujeres han tenido en relación al Papanicolaou, esto es, si consideran que es doloroso, si saben cuando hay que realizarlo, así como el trato que han recibido en las instituciones de salud.

Aquí mismo se incluyó un listado de posibles factores por los que las mujeres en general, no se practican el examen, ante el cual se requería seleccionar los cinco motivos o razones considerados de mayor relevancia.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo la presente investigación, se aplicó un cuestionario que tuvo como propósito identificar los motivos por los cuales las mujeres entrevistadas acuden o no a practicarse el Papanicolaou, que como se sabe permite prevenir el cáncer cérvico uterino.

El instrumento se pilóteó con el propósito de que fuera autoaplicable, por lo que como ya se mencionó anteriormente, los reactivos tipo escala Lickert (total acuerdo a total desacuerdo) se modificaron por preguntas con tres opciones de respuesta (Sí, No, No sé o Cierto, Falso, No sé) debido a la dificultad presentada para seleccionar la respuesta en la primera escala.

Asimismo en la parte final del cuestionario (ver anexo) en un inicio se requería que jerarquizaran en orden de importancia para ellas, los motivos por los cuales las mujeres no acuden a hacerse el examen, por la dificultad que esto representó, se solicitó señalaran los motivos, independientemente del orden de importancia.

La fase de aplicación del instrumento estuvo a cargo de 3 personas previamente capacitadas en el tema y metodología de la investigación, así como en la aplicación del instrumento.

Las entrevistadoras contactaron a las mujeres en los horarios de entrada y salida de los menores en las escuelas primarias seleccionadas. Antes de entregar el cuestionario se indagaba si la persona tenía hijos adscritos a esa institución, para cubrir los criterios de inclusión. Posteriormente se les explicaba el propósito de la entrevista indicándoles "que se estaba llevando a cabo una investigación para conocer como cuidamos nuestra salud las mujeres mexicanas", destacando la trascendencia de su participación, y describiendo los diferentes apartados que conformaron el cuestionario.

En el momento de aplicar el instrumento y debido a que no se contaba con la infraestructura adecuada, se les proporcionó una tabla ligera para que se apoyaran al responder el cuestionario.

Para finalizar, se revisaba brevemente el cuestionario con el propósito de evitar lo más posible que las respuestas quedaran en blanco. En los casos en que se detectaba que la

persona entrevistada no tenía conocimiento del examen del Papanicolaou, se le daba una breve explicación de la importancia del estudio, para motivar la práctica del mismo.

Esta fase de la investigación se llevó a cabo entre el 8 de diciembre de 1997 y el 23 de febrero de 1998. El número de cuestionario aplicados por día varió entre 3 y 69, debido a que en algunos casos aun cuando la entrevistada sabía leer y escribir, *prefería que se le aplicara el instrumento, por considerar que sería más rápido.*

En general las personas entrevistadas mostraron aceptación hacia la investigación, aunque en ocasiones manifestaban su inconformidad por el excesivo número de preguntas o por la inclusión de lo que ellas denominaban "preguntas íntimas". Sin embargo, también se presentaron bajas en la investigación, algunas por respuestas incompletas o por la no aceptación a participar.

CAPITULO VI

RESULTADOS

El propósito del presente trabajo fue identificar los aspectos que *inhiben* o *facilitan* que las mujeres mexicanas, acudan al programa de detección oportuna del *cáncer* cérvico uterino (Papanicolaou), para tal efecto se recolectaron los *datos* mediante un cuestionario y se procedió al análisis de los mismos.

1. Descripción de la muestra

Variables sociodemográficas

Se aplicaron 826 cuestionarios, a madres de familia cuyos hijos asistían a 6 escuelas de la Delegación Tlalpan: Alfredo Bonfil 19% (161); Elíseo Bandala 19% (155); Víctor Manzano, 16% (130); Hermilio Zavalza, 18% (146), Tiburcio Montiel, 23% (187) y Pedro Loredo, 6% (47).

La edad promedio de las mujeres entrevistadas fue de 32 años 7 meses, con una desviación estándar de 6.6. La menor edad registrada fue de 19 años y la mayor de 50, En la Tabla 1, se observan los porcentajes correspondientes a cada grupo de edad, el mayor porcentaje (40%) se ubica en el grupo de 25 a 30 años.

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable edad

Grupos de edad	%
19-24	5.6
25-30	39.7
31-36	27.6
37-42	18.5
43-48	7.5
49-54	1.1
Total	100

En relación con el lugar de nacimiento las entrevistadas provenían de 20 diferentes poblaciones, incluyendo Centro América. Sin embargo, el porcentaje más alto (60%) de la muestra, era originario del Distrito Federal; seguido de Oaxaca con 7%; Puebla y Estado de México con 5%; Michoacán, Guerrero y Veracruz 4%; Hidalgo, 3%; el resto de los estados Baja California, Coahuila, Chiapas, Jalisco, Morelos, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala, presenta un porcentaje por abajo del 1%.

Tabla 2. Distribución en porcentajes de la variable religión

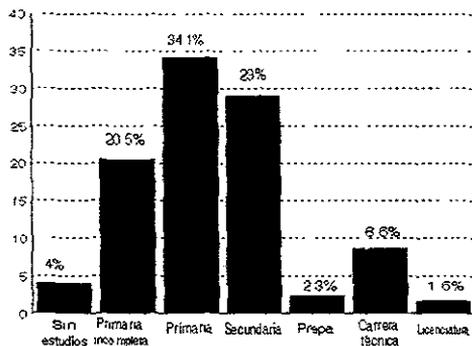
Religión	%
Católica	85.6
Creyente	4.9
Evangelista	3.7
Testigo de Jehová	2.7
Cristiana	2.1
Otra	1.0
Total	100

**Gráfica 1
Distribución porcentual del estado civil**

Asimismo, la mayoría de las entrevistadas eran católicas (86%) (Tabla,2) y vivían con esposo o pareja (90%); el resto de las mujeres de la muestra vivía sola (5%) o con sus padres (4%); en relación al estado civil, el 70% respondió que era casada (Gráfica 1).



Gráfica 2
Porcentaje de acuerdo con el nivel de escolaridad



Con respecto a la escolaridad el porcentaje más alto correspondió a mujeres que habían concluido la primaria (34%); seguido por las que respondieron haber terminado la secundaria (Gráfica 2)

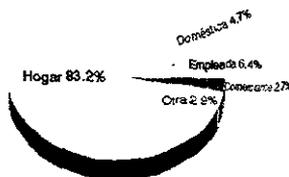
Cabe destacar que el ingreso familiar reportado con mayor frecuencia (59%) correspondió a la categoría de uno a tres salarios mínimos, es decir entre \$ 800.- y \$2,400.- pesos mensuales (Gráfica 3). En tanto que la ocupación que predominó fue la del hogar (83%). (Gráfica 4).

Gráfica 3
Porcentaje de acuerdo con el ingreso familiar mensual



* Se refiere a salarios mínimos (\$800)

Gráfica 4
Porcentaje en relación con la ocupación de las mujeres entrevistadas



Una variable importante a considerar es los años que tiene cada una de las entrevistadas de vivir en su domicilio actual, ante lo cual el máximo porcentaje (32%) correspondió al rango de seis a diez años, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3 Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta "tiempo de vivir en su domicilio actual".

Tiempo de vivir en domicilio actual	%
menos de un año	4.1
1-5 años	22.6
6-10 años	31.7
11-15 años	16.9
16-20 años	13.5
más de 20 años	11.2
Total	100

Derechohabencia y acceso a los servicios de salud

En relación con los servicios de salud con que cuenta la muestra entrevistada, se encontró que sólo el 37% era derechohabiente del IMSS o ISSSTE, y de este porcentaje no todas acuden a estas instituciones por considerar que el servicio, no se apega a las necesidades de atención que ellas requieren (Figura 1).

Algunos de los motivos expuestos para no acudir a estas instancias son:

Deficiencias en el servicio

escasez de medicamentos

aparatos fuera de servicio

incompetencia médica

tiempo excesivo de espera para recibir la atención.

Inaccesibilidad a los centros de salud

lejos de su vivienda

falta de transporte

recursos económicos insuficientes para el transporte o medicamentos

Mal trato por parte del personal de salud

prepotencia

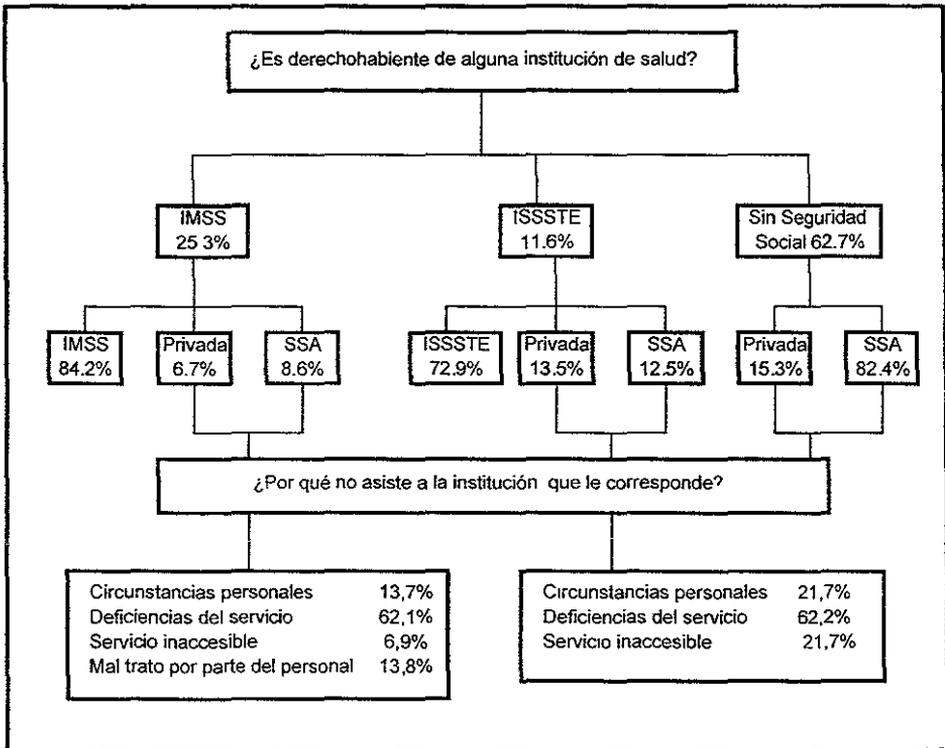


Figura 6 Institución de seguridad social, a la que se está adscrito y motivos por los que no se solicitó el servicio en estas instituciones.

Por otra parte la mayoría de las mujeres que no están adscritas a alguna institución de seguridad social, solicitan el servicio en las instalaciones de la Secretaría de Salud.

Tabla 4. Distribución porcentual en relación con accesibilidad a las instituciones de salud

Accesibilidad a las instituciones	%
Suficiente transporte	%
Si	82.4
No	17.6
Tiempo traslado	%
Menos diez minutos	20.3
Entre diez y veinte minutos	29.4
De veintiuno a treinta minutos	26.8
Más de treinta minutos a una hora	15.3
Más de una hora	8.2
Dinero invertido en transporte	%
Nada	33.7
De uno a cinco pesos	28.0
De seis a diez pesos	23.5
De once a quince pesos	7.5
Arriba de dieciséis pesos	7.0
Tiempo que esperan para recibir la atención	%
Menos de diez minutos	4.6
De diez a 20 minutos	6.6
Más de veinte a treinta minutos	10.1
Más de treinta a sesenta minutos	19.5
Más de una hora a dos	30.6
Más de dos horas	28.6

Al indagar aspectos relacionados con la accesibilidad a las instituciones de salud y al servicio que estas ofrecen, se destaca que en el caso de que se requiera del transporte público para llegar a las clínicas, este es suficiente, aún cuando el tiempo de traslado puede variar desde diez minutos hasta más de dos horas (tabla 4). En cuanto al dinero invertido en el transporte, la tercera parte de la muestra (34%) no invierte en este rubro,

ya que asiste a una clínica cercana a su domicilio. Sin embargo, en el caso de que se requiera, el gasto para el transporte puede oscilar entre uno y dieciséis pesos.

Por otra parte el 59% de las mujeres entrevistadas espera entre una y dos o más horas, para recibir la atención que solicitan, siendo la Ssa (34%) seguida por el IMSS (16%), las instituciones que más tiempo hacen esperar a las pacientes antes de recibir la atención.

Antecedentes Gineco ostétricos

Otro de los aspectos explorados a través de la encuesta fue el relacionado con las características reproductivas de la muestra, así las mujeres entrevistadas reportaron en promedio haber iniciado su vida sexual a los 19 años. La edad mínima para esta variable fue de 8 años, (justificado por algunos casos reportados de violación) y la máxima de 37.

La edad promedio del primer embarazo fue a los 20 años, con una variación de edad mínima y máxima de 12 y 39 años respectivamente. Estas mujeres se han embarazado en promedio 3 veces en su vida, variando entre una y 14 gestas. (tabla 5).

Tabla 5. Características reproductivas de la muestra

	Media	SD*	rango mínimo máximo	
Edad de la menarca	12.8	1.8	8	38
Edad de inicio de vida sexual	18.7	3.3	8	37
Número de parejas sexuales	1.2	.65	1	8
Edad primer embarazo	19.9	3.6	12	37
Número de embarazos	3.4	1.7	1	14
Número de hijos	3.1	1.5	1	14
Número de partos normales	2.52	1.87	0	14

• desviación estándar

La muestra se dividió en dos grupos de edad (a partir de la mediana), el primero conformado por mujeres entre 19 y 32 años (55%) y el segundo por mayores de 33 años (45%), lo que permitió comparar los resultados de las variables del rubro de antecedentes

Tabla 6. Distribución porcentual de los datos obtenidos en los antecedentes gineco-obstétricos en dos grupos de edad

Antecedentes Ginecoobstétricos	Grupo Jóvenes <32 años %	Grupo mayores >33 años %	Total %	Significancia
Menarca				
menos de 10 años	4.4	2.7	3.6	
11-13 años	68.7	65.0	67.1	$\chi^2 (3) = 6.36, p=0.09$
14-16 años	25.6	29.0	27.2	
17 años o más	1.3	3.3	2.2	
			100	
Vida sexual activa en el último año	91.2	89.2	90	$\chi^2 (1) = .756, p=0.38$
Edad primera relación sexual				
menos de 14 años	5.5	4.3	4.9	
15-19 años	69.8	48.5	60.3	$\chi^2 (4) = 61.68, p<0.001$
20-24 años	23.2	35.2	28.5	
25-29 años	1.1	7.9	4.1	
30 o más	.4	4.1	2	
			100	
Parejas sexuales				
1 pareja	84.4	78.7	81.9	$\chi^2 (5) = 6.28, p= .279$
2 a 3 parejas	14.3	19.1	16.4	
4 o más	1.3	2.2	1.6	
			100	
Edad primer embarazo				
12-15 años	8.7	4.0	6.6	$\chi^2 (25) = 117.4, p<0.0001$
16-19 años	54.4	32.9	44.8	
20-23 años	31.8	36.1	33.7	
24-27 años	4.8	18.5	10.8	
28 y más	2	8.7	3.8	
			100	
Embarazos				
1-2	42.9	17.1	31.3	$\chi^2 (4) = 146.4, p<0.001$
3-4	51.4	46.6	49.3	
5-6	5.0	23.6	13.3	
7 o más	.7	12.8	6.1	
			100	
Hijos				
1-2	11.2	2.4	39.2	$\chi^2 (11) = 153.4, p<0.001$
3-4	41.0	20.6	46.6	
5-6	33.6	28.2	10.6	
7 o más	14.3	48.3	3.6	
			100	
Cesáreas				
ninguna	65.1	67.2	66.1	$\chi^2 (6) = 6.62, p=0.356$
1-2	26.7	24.6	25.8	
3 o más	8.2	8.2	8.2	
			100	
Parto normal				
ninguno	16.7	13.8	15.4	$\chi^2 (12) = 137.4, p<0.001$
1-2	50.7	23.0	38.3	
3-4	29.8	40.6	34.6	
5-6	2.9	15.4	8.5	
7- o más	-	5.9	3	
			100	
Abortos				
ninguno	79.2	68.0	74.2	$\chi^2 (5) = 22.1, p=0.0005$
1-2	20.4	29.8	24.7	
3-5	0.4	2.2	1.1	
			100	
Síntomas (flujo, comezón, ardor, úlceras y dolor durante las relaciones)				
ninguno	35.7	36.9	36.2	$\chi^2 (28) = 23.1, p=0.447$
flujo	30.0	22.8	26.8	
comezón	7.9	8.4	8.2	
flujo y comezón	7.4	7.9	7.6	
flujo, comezón, ardor	3.1	4.1	3.5	
uno o varios de los síntomas	15.9	19.9	17.3	
			100	

ginecoobstétricos (tabla 6). Aquí cabe destacar que el inicio de vida sexual, así como la edad de la primera gestación, se presentaron a edades más tempranas en las mujeres del primer grupo. En cuanto a la presencia de síntomas vaginales como son: flujo, comezón, ardor, úlceras o dolor durante las relaciones sexuales, el primer grupo reportó más síntomas (64%) que el segundo (63%). En relación con el número de cesáreas el 66% de la muestra no había tenido este tipo de intervención, y el 74% no había sufrido abortos.

Conocimientos y prácticas en relación con la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico uterino (Papanicolaou).

Otro de los aspectos investigados en este estudio, es la información que se tiene acerca del examen de detección oportuna del cáncer cérvico uterino (Papanicolaou), ante lo cual el 87% reportó conocer en que consiste la prueba; el restante 13% no tenía información al respecto (figura 2).

Tabla 7. Distribución porcentual respecto a la información que se tiene en relación con el examen del Papanicolaou

Información relacionada con el Papanicolaou	%
¿Cómo se enteró del Papanicolaou?	
Médico	41.0
Pláticas instituciones	26.1
Medios de comunicación	11.5
Comentarios amigas o vecinas	8.2
Personal salud	3.2
Mamá	4.2
Otros *	5.9
¿Para qué se hace el Papanicolaou?.	
Prevenir cáncer	31.7
Detectar cáncer	32.7
Detectar cáncer matriz	7.5
Prevenir enfermedades	8.2
Detectar enfermedades	6.5
Prevenir cáncer cérvico uterino	5.8
Cuidado propio	3.6
Otros (prevenir o detectar enfermedad en matriz)	3.9
* incluye escuela y trabajo, embarazo, planificación familiar, al realizarlo y por problemas de salud	

La mayor parte de la muestra entrevistada se enteró del Papanicolaou por el médico (41%), así como por las pláticas que se dan en las instituciones de salud (26%).

Al indagar respecto a la utilidad de realizar esta prueba, las respuestas de más peso se ubicaron entre prevenir cáncer (32%) y detectar esta enfermedad (33%); sólo un porcentaje muy pequeño (6%) especificó que la prueba permite prevenir el cáncer cérvico uterino (tabla 7), cifra que difiere notablemente del 87% que en una primera aproximación afirmó saber que es el Papanicolaou.

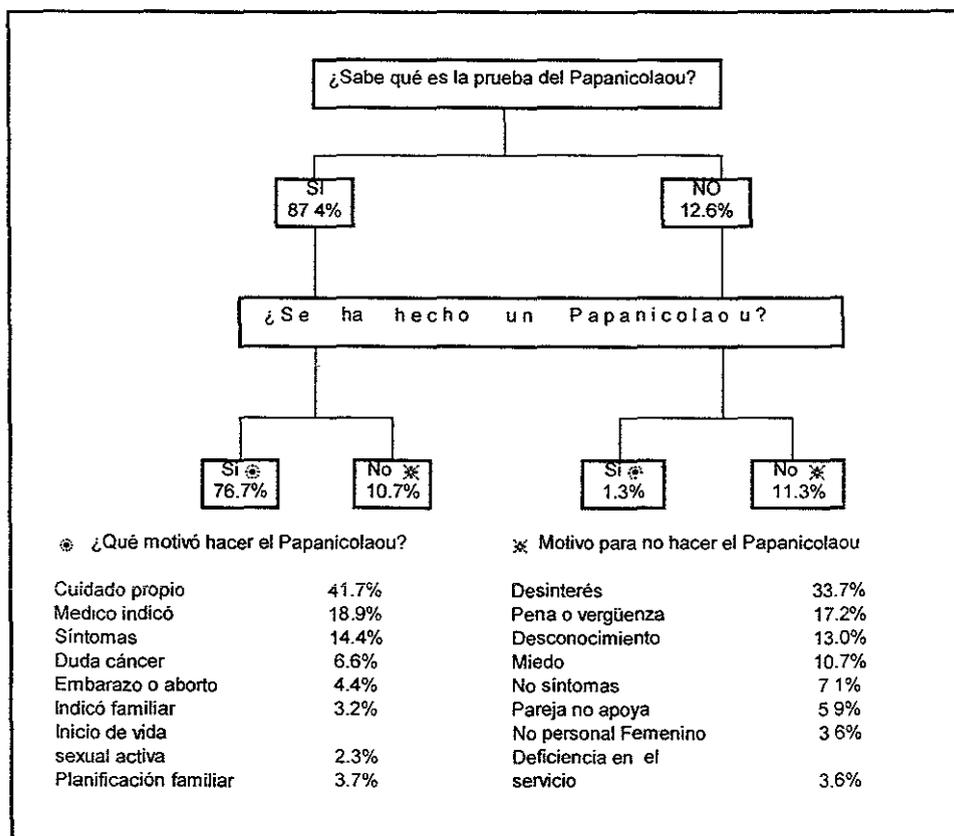


Figura 7 Porcentajes en relación a la práctica del Papanicolaou, y aspectos que motivan o inhiben esta conducta.

En la figura 7, se describe el porcentaje de la muestra entrevistada que se ha realizado el Papanicolaou, independientemente de si sabe o no en que consiste el estudio. También se señalan los aspectos que han motivado a estas mujeres a realizarse la prueba, dando mayor prioridad al cuidado personal, y a las indicaciones del médico. Entre los motivos para no acudir al programa de detección oportuna de cáncer, se encuentra como primer aspecto el desinterés, seguido por la pena o vergüenza.

Tabla 8. Distribución porcentual respecto a las prácticas con relación a la toma del examen del Papanicolaou, en dos grupos de edad

Aspectos relacionados con la realización del Papanicolaou	Grupo Jóvenes < 32 años %	Grupo mayores > 33 años %	Total %	Significancia	
Edad al primer Papanicolaou					
14-18 años	17.4	5.1	11.9		
19-23 años	53.8	24.3	40.6		
24-28 años	26.0	34.6	29.7	$\chi^2 (31) = 174.6, p < 0.001$	
29-33 años	2.9	17.2	9.2		
34 y más	-	18.9	8.5		
Cuántas veces ha realizado un Pap					
Una sola vez	25.4	21.0	23.5		$\chi^2 (3) = 23.74, p < 0.001$
De 2 a 4 veces	49.4	36.2	43.3		
De 5 a 7 veces	13.3	18.3	15.5		
8 veces o más	12.1	24.5	17.7		
Año del último Papanicolaou realizado					
1990 o anterior a esta fecha	8.5	12.5	10.7	$\chi^2 (20) = 28.7, p = 0.0935$	
1991 a 1995	25.4	15.6	21.1		
1996 a 1998	66.2	71.2	68.5		
El resultado del examen lo entregaron					
una semana después	23.9	19.9	22.1	$\chi^2 (5) = 6.74, p = 0.240$	
dos semanas después	16.2	14.4	15.4		
cuatro semanas después	29.3	27.5	28.5		
más de cuatro semanas después	18.5	26.8	22.2		
no se lo entregaron	7.1	6.9	7.0		
no lo recogió	5.1	4.5	4.8		
Donde realizó el último Papanicolaou					
IMSS	22.4	25.6	23.8	$\chi^2 (6) = 1.40, p = 0.965$	
ISSSTE	8.0	7.6	7.8		
SSA	56.5	55.4	56.0		
Particular	10.5	8.7	9.7		
Otras **	2.6	2.7	2.7		

*Incluye DDF, DIF, Centro Méd. Naval, CIPAM, MEXFAM Dispensario

En cuanto a los aspectos relacionados con el examen del Papanicolaou, la media de edad en que la muestra entrevistada asistió por primera vez al programa de detección oportuna de cáncer (DOC) fue a los 24 años de edad, (desviación estándar = 5.58) siendo 14 años la mínima y 46 la máxima edad reportada.

El mayor porcentaje (54%) de mujeres del primer grupo, realizó el primer Papanicolaou entre los 19 y 23 años; para el grupo de mujeres de 33 años o más, el porcentaje más alto (35%) se ubicó en el grupo etario de 24 a 28 años (tabla 8).

El 43% de la muestra se ha realizado el examen entre 2 y 4 veces en su vida, sin embargo, el porcentaje más alto (27%) se presenta en mujeres jóvenes. Únicamente el 11% de las mujeres mayores de 33 años, se han practicado el Pap., en más de 8 ocasiones, a pesar de que la mayor parte de la muestra entrevistada (60%) inicio su vida sexual activa, antes de los 20 años de edad, misma edad de su primer embarazo (tabla 6). Tomando en cuenta este aspecto se observa que para el grupo de menores de 32 años, el 35% de las mujeres que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad, se ha realizado el Papanicolaou entre 2 y 4 veces; mientras que el 17% de este mismo grupo se lo ha hecho en una sola ocasión. El 18% de mujeres de 33 años o más, que inició su vida sexual activa entre los 15 y 19 años, ha realizado entre 2 y 4 exámenes. (tabla 9). Como puede verse porcentajes muy pequeños de la muestra entrevistada, asisten a la toma del Papanicolaou sistemáticamente.

Tomando en cuenta el promedio de edad (18 años) con el que la muestra entrevistada inicio su vida sexual, el número de Papanicolaous realizados tendría que estar muy por arriba de la cifra reportada, para ambos grupos.

Tabla 9. Distribución porcentual respecto a la frecuencia de realización del Papanicolaou, con respecto al inicio de vida sexual activa, en dos grupos de edad.

GRUPO 1				
Inicio de vida Sexual activa	Frecuencia de Papanicolaous realizados			
	Una vez	2 a 4 veces	5 a 7 veces	mas de 8 veces
Menos de 14 años	1.7%	2.3%	1.1%	0.8%
15-19 años	17.2%	34.7%	8.5%	8.5%
20-24 años	6.5%	11.0%	3 7%	2.8%
25-29 años		0.8%		
Más de 30 años		0.3%		
GRUPO 2				
Inicio de vida Sexual activa	Frecuencia de Papanicolaous realizados			
	Una vez	2 a 4 veces	5 a 7 veces	mas de 8 veces
Menos de 14 años	1.0%	1.4%		1.4%
15-19 años	9.3%	17.6%	8.3%	12.4%
20-24 años	7.2%	12.8%	6.6%	8.6%
25-29 años	2.1%	3.4%	2.4%	1.0%
Más de 30 años	1.4%	1.0%	1 0%	1.0%

En relación con la fecha del último Papanicolaou el mayor porcentaje de la muestra lo realizó entre 1996 y 1998, (tabla 8). No obstante, que hay quienes reportan como última fecha 1967, 1974 ó en la década de los 80'. El año promedio de realización del último examen, correspondió a 1995, (desviación estándar = 3.5), el mayor porcentaje (52%) se realizó el último examen en 1997.

El 28% de la muestra recibió los resultados del estudio cuatro semanas después de haber realizado el Pap., cabe destacar que el 12% de la muestra desconoce los resultados.

La institución donde más asisten las mujeres entrevistadas a hacerse el examen es en la SSa (56%); el 11% lo realiza en esta institución a pesar estar afiliada al IMSS o ISSSTE.

Al indagar su opinión respecto a que si la vida de la mujer depende de que se haga el Papanicolaou, el 89% manifestó estar de acuerdo

Medición de actitudes con respecto a la prevención de la enfermedad.

Como se describió en el apartado de metodología, un área del instrumento tiene el propósito de explorar aspectos relacionados con la prevención de enfermedades, esta se estructuró con 18 preguntas, que a su vez conformaron 5 índices que miden: actitudes y creencias hacia la prevención, locus de control, valores y normas culturales, conductas de prevención en la familia, y calidad de los servicios (relación médico paciente).

Para llevar a cabo el análisis de la información recopilada en esta parte del cuestionario, las tres opciones de respuesta sí, no, no sé se recodificaron asignándoles a las dos primeras opciones el valor de 1 ó 3 de acuerdo con la dirección de la pregunta, en el caso de que ésta fuera favorable, a la afirmación le correspondía el mayor valor, por el contrario cuando se trataba de una pregunta desfavorable, el mayor valor le correspondió a la negación, por último a la opción no sé, se le asignó un valor de dos.

Los valores obtenidos en las variables de nueva creación se dividieron en altos y bajos; los primeros definían una actitud favorable respecto al tema que se estuviera abordando, los puntajes bajos hacían referencia a una actitud desfavorable.

Actitudes y creencias hacia la prevención

Las actitudes y creencias respecto a la prevención se evaluaron conjuntando 4 preguntas que conformaron un indicador.

El 89% de la muestra entrevistada mostró una actitud favorable hacia la prevención (entre 10 y 12 puntos); el 7.6% reflejó una actitud desfavorable (menos de 9 puntos); el 3% dirigió su respuesta a la opción no sé.

Tomando en cuenta exclusivamente la máxima calificación (12 puntos), el 64% de las entrevistadas, mostró una actitud favorable incluyendo la opinión de que las acciones convenientes para estar sano son responsabilidad de las propias mujeres.

En este índice se agruparon las siguientes preguntas:

Uno debe asistir al médico sólo cuando está enfermo

Si uno tiene alguna enfermedad es preferible saberlo

Las mujeres interesadas en cuidar su salud, deben realizar estudios aunque no tengan síntomas

Realizar las acciones convenientes para estar sano es responsabilidad de ...

Cabe destacar que el 29% de la muestra, consideró que se debe de asistir al médico sólo cuando se está enfermo (esto quizá tiene que ver con que en las instituciones llamadas de salud que por cierto deberían de llamarse de enfermedad, no atienden a la población al menos que vaya demasiado enferma).

Locus de control

Al formar el índice de locus de control considerado como la creencia que un individuo asume sobre si el control lo tiene él o está fuera de él con respecto a acontecimientos y situaciones importantes, se agruparon 3 preguntas.

Los máximos valores obtenidos (7 y 9) hacen referencia a un locus de control interno; puntajes bajos (3 y 5) definen al locus de control externo, los porcentajes obtenidos fueron de 71% y 14% respectivamente, sin embargo, al tomar en cuenta exclusivamente el máximo valor posible (9 puntos) solo el 16% de las entrevistadas obtuvo dicho puntaje. Asimismo el 15% de la muestra dirigió su respuesta a la opción no sé.

Las preguntas que conformaron este índice fueron las siguientes:

El médico debe indicar cuándo realizarse exámenes para prevenir enfermedades.

La salud en el futuro depende de las acciones que cada persona tome en el presente.

Enfermarse o no de cáncer de la matriz es cuestión de suerte.

Aspectos socioculturales

Este indicador se evaluó con cuatro preguntas que exploraban la vergüenza o pena, asociada con comportamientos orientados a la prevención de enfermedades. Una de las preguntas identificó la preferencia respecto al sexo del personal de salud que realiza las revisiones ginecológicas.

En el 46% de la muestra los aspectos socioculturales influyen en el momento de realizar conductas preventivas.

La opción no sé, en este caso fue señalada por el 11% de las entrevistadas

Las preguntas que conformaron la variable aspectos socioculturales fueron las siguientes.

Mi pareja me apoya para que asista a la revisión ginecológica

Me da vergüenza que el médico examine mis partes íntimas

Me incomoda que me hagan preguntas íntimas cuando me realizo algún examen médico.

Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice personal de sexo ...

El 17% de la muestra no siente vergüenza cuando el médico hace preguntas íntimas o explora cualquier parte de su cuerpo, es apoyada por su pareja en esta situación y no tiene preferencia por el sexo del personal de salud que las examine; el 18% tampoco siente pena, también es apoyada por su pareja, sin embargo, prefiere que las revisiones ginecológicas las realice personal del sexo femenino. El 3% no siente pena, no es apoyada por su pareja, y prefiere la atención del personal del sexo femenino.

El 15% siente pena en ambas circunstancias, y aún cuando es apoyada por su pareja, prefiere recibir la atención por parte del personal de sexo femenino; el 3% en la misma situación no hace distinción en cuanto a la preferencia del sexo de quién la atiende; el 9% que siente pena y no recibe el apoyo de la pareja, prefiere ser atendida por personal de sexo femenino.

Asimismo al analizar por separado algunas de las preguntas que formaron este índice, se observó que el 48% siente pena de que examinen su partes íntimas; el 36% se incomoda con las preguntas íntimas; el 65% prefiere que las revisiones las realice personal del sexo femenino; el 75% recibe apoyo de su pareja para asistir a las revisiones ginecológicas.

Aspectos relacionados con conductas de prevención en la familia.

Los aspectos relacionados con las prácticas de familiares y de amigas respecto a los exámenes ginecológicos, se evaluó agrupando 3 preguntas.

Los resultados arrojaron los siguientes datos: el 33% respondió que sus familiares o amigas, acuden a realizarse exámenes ginecológicos; el 31% reportó que no asisten y el 36% no tiene información al respecto. Cabe destacar que en este grupo de preguntas, se ubicó el mayor porcentaje de respuestas en la opción no sé (12.6%), así como el mayor porcentaje de no respuesta (4.6%).

Las preguntas que conformaron este índice son:

Mi mamá no acostumbra realizarse exámenes ginecológicos

Las personas con las que convivo (amigas, compañeras de trabajo o vecinas) acuden a que se les practiquen exámenes ginecológicos

Las mujeres en mi familia no asisten a realizarse exámenes ginecológicos

Calidad de los servicios (relación médico paciente)

Esta variable se relaciona con el servicio que se ofrece en las instituciones de salud. Se midió agrupando 4 preguntas, los resultados muestran que el 73% valoró la atención que se brinda en las instituciones de salud como buena (altos puntajes); el 17% lo valoró como deficiente; el 10% restante no sabe como valorar el servicio.

Las preguntas que conformaron esta nueva variable fueron:

Existe privacidad en los consultorios en donde se examina a las mujeres.

El personal de salud encargado de realizar exámenes médicos explica a sus pacientes en qué consiste el estudio.

El médico me indica los estudios que debo realizarme periódicamente.

El personal de salud informa a la población como prevenir enfermedades.

En este rubro se destaca que el 26% considera que no existe privacidad en los consultorios en donde se examina a las mujeres, asimismo el 22% reportó que el personal no explica en qué consiste el estudio que van a realizarles.

Experiencia o vivencias relacionadas con el Papanicolaou.

Aquí se identifican las experiencias o vivencias que las mujeres han tenido en relación con el estudio del Papanicolaou, esto es, si consideran que es doloroso, si saben cuando hay que realizarlo, así como la atención recibida en las instituciones de asistencia pública. Se obtuvo conjuntando cinco preguntas, con tres opciones de respuesta: cierto (1), falso (2), no sé (3).

El 39% de la muestra reportó haber tenido una buena experiencia respecto a la realización del Papanicolaou; el 37% no tiene conocimiento de como es el servicio; y el 24% reporta una mala experiencia.

Sólo el 39% de las mujeres entrevistadas, han experimentado situaciones apegadas a los lineamientos dispuestos por el sistema de salud, en torno al examen del Papanicolaou, es decir que son los médicos los que proporcionan información al respecto; saben que el examen se debe realizar al inicio de la vida sexual, que es gratuito en las instituciones de asistencia pública, las cuales no tardan en entregar los resultados, y que el estudio no es doloroso

Las preguntas que se integraron en esta área son:

El examen del Papanicolaou debe realizar cuando la mujer haya iniciado su vida sexual

Los médicos generalmente proporcionan información acerca del Pap. (dónde y cuándo realizarlo)

La realización del Papanicolaou es gratuita para toda la población en cualquier institución de servicios de asistencia pública

En las instituciones de asistencia pública tardan mucho tiempo en entregar los resultados del Pap.

El estudio del Papanicolaou es doloroso

Al analizar cada una de las preguntas que conforman este rubro, se destaca que el 16% no sabe que la mujer debe realizar el Papanicolaou al inicio de la vida sexual. Asimismo el 13% desconoce que la atención para realizar el estudio del Papanicolaou es gratuita en cualquier institución de servicios de asistencia pública; el 49% considera que en las instituciones de asistencia pública tardan mucho tiempo en entregar los resultados del examen; el 29% reporta que el estudio es doloroso y el 21% no tiene información.

En la última parte del cuestionario se listaron una serie de motivos por los cuales las mujeres no asisten al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, las mujeres seleccionaron las cinco razones más relevantes que inhiben la asistencia al programa (tabla, 10).

Como se observa en la tabla 10, entre los motivos más importantes que las mujeres señalan como limitantes para no asistir a realizarse el Papanicolaou están la vergüenza (76%); irresponsabilidad (56%) y desidia (53%)

Tabla 10. Porcentajes de respuesta en relación a los motivos por los que las mujeres no acuden al examen

Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou	Si se señala %
Vergüenza	76.3
Irresponsabilidad	56.2
Desidia	52.7
Falta de tiempo	47.6
No piensan en su salud	40.0
Desconocimiento	34.5
Miedo a que la lastimen	35.0
Piensan que les va a doler	30.3
Miedo a la realización del examen	24.7
Piensan que no enfermarán	20.0
La pareja no está de acuerdo	16.0
El examen es costoso	11.0
Hay cosas más importantes	10.4
El estudio no se hace en privado	9.2
Nadie se los ha sugerido	9.0
Para no saber si está enferma	8.7
No tienen vida sexual activa	6.9

2. Modelo predictor para la práctica del Papanicolaou

A través del análisis estructural se construye el modelo predictor para la práctica del Papanicolaou. Éste se caracteriza por ser recursivo, es decir que no existen trayectorias circulares; es exploratorio ya que se estiman las relaciones plausibles por Path Analysis y se confrontan con la teoría. Se dibujó el modelo y se cuantificó su ajuste a los datos observados.

Con el fin de poder analizar los resultados obtenidos en la encuesta se procedió a recategorizar todas aquellas variables pertinentes al modelo en variables:

- dicotómicas
- ordinales
- intervalo
- razón

A continuación se describe el procedimiento seguido para la conversión de la encuesta a variables susceptibles de ser estudiadas por medio del análisis lineal estructural.

- ◇ Edad, esta variable por su naturaleza es de razón, por lo que no se realizó ningún cambio.
- ◇ Estado civil con este se construyó una nueva variable (nominal dicotómica), procesándose en dos niveles sin pareja y con pareja.
- ◇ Escolaridad, se modificó en 5 categorías (ordinal) sin estudios; lee escribe y primaria incompleta; primaria completa; secundaria completa; bachillerato completo.
- ◇ Ingreso familiar mensual, esta variable de escala ordinal, no sufrió ninguna modificación, se dividió en 6 categorías de menos de un salario mínimo hasta más de 12 salarios mínimos.
- ◇ Ocupación, se agrupó en dos niveles, hogar y cualquier actividad remunerada (trabajo expuesto al mundo), quedando en un nivel de medición nominal dicotómica.
- ◇ Derechohabiciencia, esta variable al dividirse en 2 rubros tener o no seguridad social, se convirtió en una variable nominal dicotómica.
- ◇ Atención médica, los niveles considerados para esta variable fueron: atención institucional y atención privada (nominal dicotómica).
- ◇ Preferencia por el sexo del personal que realiza las revisiones ginecológicas, se le asignaron dos categorías ambos sexos y personal femenino (nominal dicotómica).

- ◇ Edad de la primera relación sexual esta variable por ser de razón no sufrió ninguna modificación.
- ◇ Relaciones sexuales se dividió en si ha o no tenido relaciones sexuales en el último año, quedando en un nivel de medición nominal dicotómico.
- ◇ Número de embarazos, abortos, así como número de parejas sexuales que ha tenido en su vida, por estar en una escala de razón se integraron al modelo, sin sufrir ninguna modificación.
- ◇ Síntomas relacionados con problemas en la vagina como son: flujo, comezón, ardor, úlceras y dolor durante las relaciones sexuales, se les asignaron valores de 0 ó 1 de acuerdo con la ausencia o presencia del síntoma correspondiente, quedando en un nivel de medición nominal dicotómica.
- ◇ El conocimiento relacionado con la prueba del Papanicolaou, se incluye como variable nominal dicotómica con respuestas afirmativas y negativas.
- ◇ Respecto al medio por el cual se enteró del Papanicolaou, se convirtió en variable nominal dicotómica, al asignar 2 valores, el menor puntaje correspondió a información obtenida por instituciones de salud y el valor más alto se asignó cuando se informó por una fuente personal.
- ◇ En cuanto a la variable que explora la utilidad del Papanicolaou, se jerarquizó en tres aspectos principales: conocimientos relacionados con la prevención; la detección e información difusa, quedando en un nivel de medición ordinal.
- ◇ El número de exámenes realizados a largo de su vida se categorizó en 5 niveles. nunca; una sola vez; de dos a cuatro veces; de cinco a siete veces y ocho veces o más, esta codificación deja a esta variable en un nivel de medición ordinal.
- ◇ La variable antecedentes personales de cáncer, se integró al modelo como variable nominal dicotómica, con las opciones si y no.

La sección de encuesta dirigida a evaluar la actitud hacia el examen del Papanicolaou y otros aspectos relacionados, se sometió a Análisis Factorial por el método de componentes principales con Rotación Varimax, obteniéndose 4 factores. De las 16 cuestiones se eliminaron 3 por baja discriminación o por no cargar en ningún factor.

Para calificar las preguntas antes del análisis factorial se codificaron de la siguiente manera: la opción no sé se agregó a la respuesta afirmativa o negativa, de acuerdo con la dirección de la pregunta. En el caso de que la respuesta esperada fuera afirmativa, el no sé, se sumó a la opción negativa, cuando la respuesta esperada era negativa, la afirmación y la opción de respuesta no sé, se integraron en una sola, dejándose sólo 2

opciones de respuesta Si o No, recategorizándose como variable dicotómica, para poder ser incluidas en el modelo. Por tanto el valor máximo de esta escala fue de 13 puntos.

Los cuatro factores y sus preguntas son:

Actitud 1 aspectos socioculturales (naturalidad y apoyo)

- Mi pareja me apoya para que asista a la revisión ginecológica 1 (si)
- Me da vergüenza que el médico examine mis partes íntimas 1 (no)
- Me incomoda que me hagan preguntas íntimas cuando me realizo un examen. 1 (no)

Actitud 2 calidad del servicio

- Existe privacidad en los consultorios en donde se examina a las mujeres 1 (si)
- El personal de salud encargado de realizar exámenes médicos explica a sus pacientes en que consiste el estudio. 1 (si)
- El médico me indica los estudios que debo realizarme periódicamente. 1 (si)
- El personal de salud informa a la población como prevenir enfermedades 1 (si)

Actitud 3 locus de control (bajo puntaje externo - alto interno)

- El médico debe indicar cuando realizarse exámenes para prevenir enfermedades 1 (no)
- La salud en el futuro depende de las acciones que cada persona tome en el presente 1 (si)
- Enfermarse o no de cáncer de la matriz es cuestión de suerte. 1 (no)

Actitud 4 prevención

- Uno debe asistir al médico sólo cuando está enfermo. 1 (no)
- Si uno tiene alguna enfermedad es preferible saberlo 1 (si)
- Las mujeres interesadas en cuidar su salud, deben realizarse estudios aunque no tengan síntomas. 1 (si)

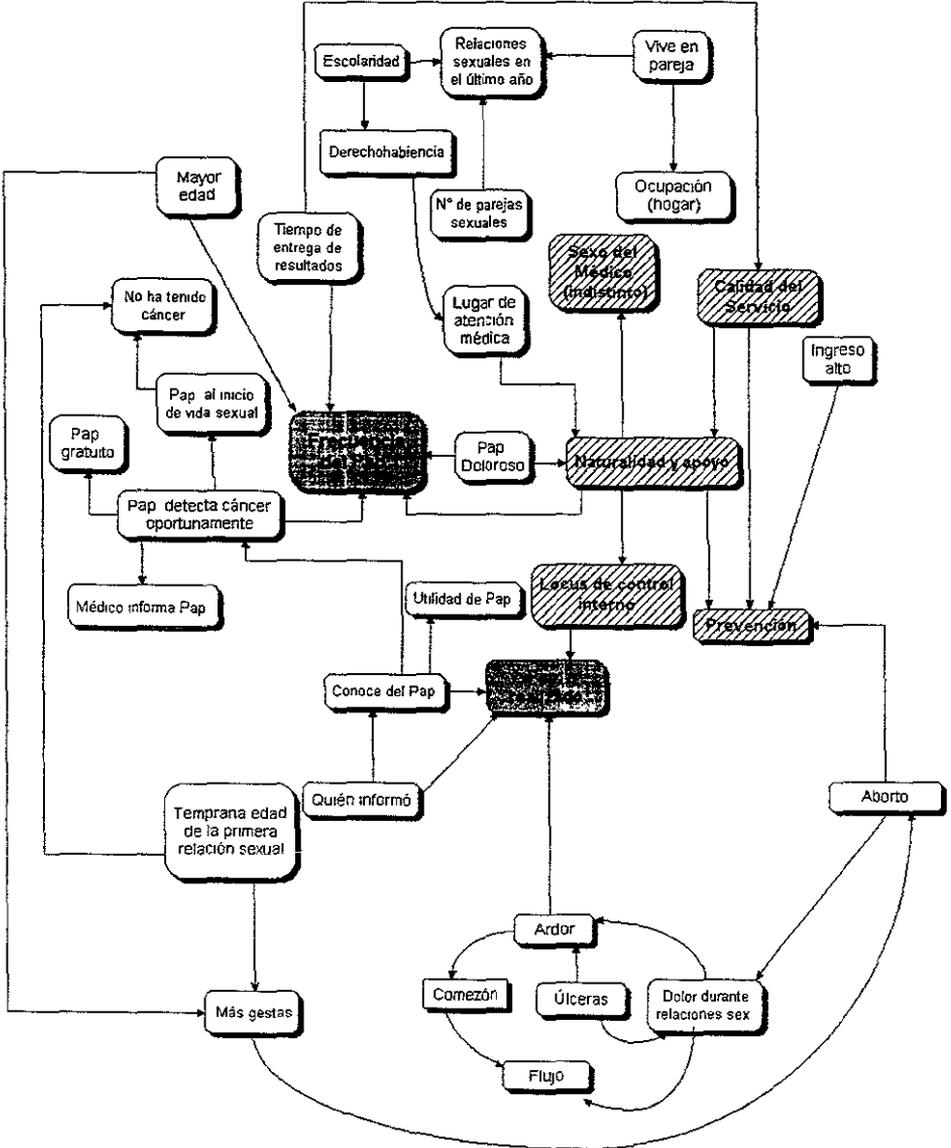
Por otra parte las seis variables relacionadas con la experiencia del Papanicolaou se dividieron en dos opciones de respuesta cierto y no o no sé, recategorizándola como variable dicotómica. Los valores más bajos indican mayor conocimiento en relación con la práctica del Papanicolaou.

Debe señalarse que para que el path analysis sea estable se requiere de 20 sujetos por pregunta, por lo que considerando 34 reactivos la muestra mínima requerida es de 680.

El tamaño de muestra obtenida después de eliminar las preguntas de sujetos con datos perdidos, es igual a $n = 774$, la cual cumple con la restricción antes expuesta.

El modelo obtenido es:

MODELO PREDICTOR PARA LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES MEXICANAS



Los coeficientes de regresión β estándar obtenidos son:

Variable dependiente (Predicha)	Variable independiente (Predictora)	β estándar	Valor Z *	Interpretación
Ocupación	Vive con pareja	-0.495	-15.8	Si la mujer vive con su pareja es más probable que se dedique al hogar
Derechohabencia	Escolaridad	0.245	7.0	A mayor escolaridad aumenta la probabilidad de acceder a la seguridad social
Lugar donde recibe atención médica	Derechohabencia	-0.091	-2.5	Si no tiene acceso a la seguridad social es más probable que asista con el médico particular
Gestas	Edad	0.613	23.8	Entre más edad tengan las mujeres, se han embarazado un mayor número de veces
	Edad primera relación sexual	-0.337	-13.1	Si una mujer inició su vida sexual a temprana edad, ha tenido más embarazos
Abortos	Nº de gestas	0.397	12.0	Entre más embarazos tenga la mujer, aumenta la probabilidad de haber tenido un aborto
Relaciones sexuales en el último año	Escolaridad	0.120	4.3	Si la mujer tiene un nivel académico alto, es más probable que no haya tenido relaciones sexuales en el último año
	Vive con pareja	0.354	12.7	Las mujeres aún cuando viven con su pareja, es muy probable que no hayan tenido relaciones sexuales en el último año
	Número de parejas sexuales	-0.508	-18.2	Si las mujeres han tenido más de una pareja sexual, es muy probable que hayan tenido relaciones sexuales en el último año
Dolor durante las relaciones sexuales	Abortos	0.167	4.9	EI que una mujer haya tenido un aborto, se relaciona con la presencia de dolor durante las relaciones sexuales
	Úlceras	0.247	7.2	Si una mujer tiene úlceras en la vagina, entonces hay dolor durante las relaciones sexuales
Ardor	Úlceras	0.130	3.8	Ante la presencia de una úlcera en la vagina, la probabilidad de tener ardor se incrementa
	Dolor en las relaciones	0.341	10.0	Si las mujeres tienen dolor durante las relaciones sexuales, es muy probable que tengan ardor en la vagina
Comezón	Ardor	0.351	10.4	Si las mujeres presentan ardor en la vagina, entonces tendrán comezón
Flujo	Dolor	0.125	3.5	El dolor durante las relaciones sexuales se asocia con que las mujeres tengan flujo
	Comezón	0.146	4.1	La comezón predice que haya flujo

Variable dependiente (Predicha)	Variable independiente (Predictora)	β estandar	Valor Z *	Interpretación
Naturalidad y Apoyo	Calidad del servicio	0.285	8.3	Si el servicio que se brinda en las instituciones es de calidad, entonces las mujeres perciben con mayor naturalidad, los interrogatorios y exámenes de salud en torno de su organismo
	Papanicolaou doloroso	0.078	2.3	Si las mujeres perciben con naturalidad el que se examinen sus partes íntimas, entonces el Papanicolaou no resulta doloroso
	Lugar donde recibe atención médica	0.073	2.1	El recibir atención en instituciones privadas, influye en que las mujeres perciban como natural, el que se examinen sus partes íntimas
Calidad del servicio	Tiempo de entrega de resultados	0.085	2.4	Si las instituciones donde se examinan las mujeres no tardan en entregar los resultados del Pap., entonces el servicio es de calidad
Locus de control	Naturalidad y apoyo	0.186	5.3	El percibir con naturalidad la exploración de las partes íntimas, predice que el control de sus acciones sea responsabilidad de ellas mismas y no de terceras personas
Prevención	Naturalidad y apoyo	0.312	8.9	Si las mujeres perciben con naturalidad la exploración de sus partes íntimas, va influir en que lleven a cabo acciones preventivas
	Calidad del servicio	0.105	2.9	Si el servicio que se brinda en las instituciones de salud se considera de calidad, entonces hay prevención
	Aborto	0.066	2.0	Entre más abortos haya tenido una mujer la probabilidad de llevar a cabo acciones preventivas aumenta
	Ingreso	0.062	1.9	El que la familia tenga un ingreso económico alto, influye en que las mujeres asuman acciones preventivas
Conoce del Pap.	Quién informó	-0.712	-28.1	El obtener información del Pap. por familiares o amigas, predice que las mujeres manifiesten saber que es el examen
Utilidad del examen	Conoce del Pap	0.705	27.6	Si las mujeres reportan saber que es el Pap., entonces lo refieren como un método de prevención
Papanicolaou detecta cáncer oportunamente	Conoce del Pap	0.235	6.7	Si las mujeres refieren saber que es el Pap., es probable que afirmen que el examen detecta oportunamente el cáncer
Indicación de Pap. al inicio de vida sexual	Papanicolaou detecta cáncer oportunamente	0.473	14.9	La afirmación por parte de la mujer de que el Pap. detecta el cáncer oportunamente, se asocia con el conocer que este se realiza al inicio de la vida sexual
Médicos informan del Papanicolaou		0.500	16.0	Si la mujer afirma que el Pap. detecta el cáncer oportunamente, es probable que asegure que el médico generalmente informa del examen
Preferencia del personal que realiza el Papanicolaou	Naturalidad y apoyo	-0.264	-7.6	Si la mujer percibe con naturalidad la exploración de sus partes íntimas, es más probable que no haga distinción por el sexo del personal de salud, que le realiza el examen
Examen gratuito	Papanicolaou detecta el cáncer oportunamente	0.471	14.8	Si la mujer sabe que el Pap. detecta el cáncer oportunamente, entonces sabe que se realiza de manera gratuita en cualquier institución de salud

Factores que predisponen la prevención del cáncer cervicouterino

Variable dependiente (Predicha)	Variable independiente (Predictora)	β estandar	Valor Z *	Interpretación
Se ha realizado el Papanicolaou	Ardor	0.079	2.8	Si la mujer percibe ardor en su vagina, es más probable que no se realice el Papanicolaou
	Locus de control	-0.059	-2.1	Cuando el control de las acciones está en la misma mujer y no en terceras personas, es más probable que se haya realizado el Pap.
	Conoce del Pap.	0.762	19.4	El tener conocimiento del Pap., influye para que la mujer se lo realice
	Quién informó	0.204	5.2	El que la mujer reciba información del examen en las instituciones de salud, aumenta la probabilidad de realizar el examen
Número de veces que se ha realizado un Papanicolaou	Edad	0.165	5.2	Entre más edad de la mujer, mayor número de Papanicolaous realizados
	Naturalidad y apoyo	0.309	9.7	El hecho de que la mujer viva con naturalidad la exploración de sus partes íntimas, incrementa la probabilidad de haber realizado un examen
	Papanicolaou detecta el cáncer oportunamente	-0.209	-6.6	Si la mujer afirma que el Pap detecta el cáncer oportunamente, es más probable que se practique la prueba más veces en su vida
	Papanicolaou doloroso	-0.095	-2.9	Al afirmar que el Pap. es doloroso, entonces la mujer lo ha realizado más veces en su vida
	Tiempo de entrega de resultados	-0.230	-7.2	Si las instituciones de salud tardan en entregar los resultados del Pap., esto predice que la mujer realice el examen con más frecuencia
Ha tenido cáncer	Edad primera relación sexual	-0.084	-2.3	El que la mujer haya tenido su primera relación sexual a temprana edad, se asocia con no haber padecido cáncer
	Indicación de Pap. al inicio de vida sexual	-0.106	-3.0	El que la mujer tenga conocimiento de que el examen se realiza al inicio de la vida sexual, se asocia con que no haya tenido cáncer

* Un valor Z > ó = 2.546 significa p < 0.01

La proporción de varianza explicada (VE) para las variables endógenas del modelo se presenta en la siguiente tabla.

VARIABLE	R ²
Ocupación	24.5%
Derechohabiciencia	6%
Lugar donde recibe atención medica	0.8%
Relaciones sexuales durante el último año	39.7%
N° de Gestas	48.9%
Abortos	15.8%
Dolor durante las relaciones sexuales	8.9%
Comezón	12.3%
Ardor	15.5%
Flujo	4.2%
Naturalidad y apoyo	0.7%
Calidad del servicio	0.7%
Locus de control	3.5%
Prevención	13.5%
Conoce del Papanicolaou	50.6%
Para que se hace el examen	49.7%
Papanicolaou realizado	41.1%
Frecuencia del Papanicolaou	22%
Ha tenido cáncer	1 8%
Preferencia del personal que realiza el examen	7%
Pap. Detecta el cáncer oportunamente	5.5%
Indicación del Pap. Al inicio de vida sexual	22.4%
Médicos informan del Papanicolaou	25%
Examen gratuito	22.2%

Aquí se puede observar que el conocimiento que se tiene respecto del examen del Papanicolaou, fue la variable que resultó tener un mayor porcentaje (51%) de V. E., es decir que es la que se predice con mayor fuerza por el resto de las variables analizadas en este modelo; porcentaje muy similar se observa para la variable “utilidad del examen (50 %). Así como para las variables “gestas” (49%) y “práctica del Papanicolaou” (41%).

Los criterios de ajuste estadístico para el modelo antes descrito son:

Criterio de máxima verosimilitud χ^2

$$\chi^2/fgl = 3.04$$

este valor se considera como buen ajuste dada la complejidad del modelo.

Porcentaje de ajuste ponderado

El modelo ajusta con AGFI = 87.3%

Criterio de ajuste por cuadrados mínimos

El Error de Ajuste por cuadrados mínimos es RMSEA = 0.051 con P = 0.218
Bajo este criterio el modelo se considera con un excelente ajuste.

El modelo predictor para la práctica del Papanicolaou en mujeres mexicanas, permitió conjuntar las variables más fuertemente asociadas con esta conducta.

El primer análisis que se hace producto de las asociaciones encontradas, refleja en este caso que las variables sociodemográficas (estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso, y derechohabencia) no influyen directamente en la práctica del Papanicolaou, lo que no ocurre con la edad, ya que a medida que esta aumenta, se incrementa también el número de exámenes que estas mujeres han practicado a lo largo de su vida.

Por otra parte en el área de antecedentes gineco-obstétricos, las variables que exploran aspectos de la vida sexual de las mujeres (número de parejas sexuales, inicio de vida sexual, gestas, abortos) no predicen la práctica del examen. Lo mismo ocurre con la presencia de síntomas en la parte genital como: úlceras, ardor, flujo, comezón y dolor durante las relaciones sexuales, que pese a su manifestación, no es motivo suficiente para llevar a cabo conductas de prevención. Aquí es importante destacar que el dolor durante las relaciones sexuales, está asociado con el hecho de haber tenido un aborto.

En este modelo, los aspectos relacionados con conocimiento o experiencias en torno a la prueba del Papanicolaou, como son: la utilidad del Papanicolaou, la gratuidad de la prueba, las indicaciones para realizar el examen, el percibir el examen como doloroso, así

ESTA TESIS NO DEBE SER USADA SIN EL CONSENTIMIENTO DE LA UNIVERSIDAD

como el periodo en que se entregan los resultados influyen en la frecuencia con que estas mujeres asisten al estudio. Por tanto el modelo define que contar con información del Pap., incrementa el número de exámenes practicados a lo largo de su vida.

Otro aspecto explorado en este estudio es el relacionado con conductas de prevención en general, lo cual está influido directamente por el bajo ingreso familiar, y por la deficiente calidad del servicio en las instituciones de salud, donde reciben la atención. Ambos aspectos influyen para que estas mujeres perciban con pena, vergüenza o incomodidad, (naturalidad y apoyo) cualquier acción relacionada con la exploración de sus órganos genitales, motivos que bloquean la puesta en marcha de acciones preventivas en beneficio de su salud.

Los prejuicios antepuestos a la exploración de las partes íntimas del organismo, están fuertemente asociados con el locus de control externo (dejar la responsabilidad del bienestar personal en manos de otros). Este conjunto de variables interrelacionadas influye en que las mujeres no lleven a cabo acciones de prevención, específicamente en la práctica del Papanicolaou.

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue investigar cuales son los factores que inhiben o facilitan la asistencia de un grupo de mujeres, residentes de la delegación Tlalpan, en el D. F. al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino. (Papanicolaou)

Como ya se ha mencionado este padecimiento se ubica entre las primeras causas de mortalidad en la mujer mexicana, aunque es una enfermedad altamente curable, si se detecta oportunamente. Esto se puede lograr por medio de programas efectivos de detección oportuna de cáncer, como se muestra en países como Canadá, que después de 20 años de instaurado el programa, se ha logrado disminuir en forma notable las tasas de morbimortalidad por esta enfermedad (Bokhman et al. 1986).

Entre los aspectos importantes a destacar en este estudio, están el bajo nivel de escolaridad y de ingresos, detectado en la muestra. Esto es que sólo el 12% alcanza un grado de escolaridad por arriba del nivel medio básico. Asimismo el 93% percibe un ingreso mensual por abajo de 3 salarios mínimos². Aún cuando en el estudio no se entrevistó a personas que presentaran esta enfermedad, es relevante analizar estos datos, puesto que en investigaciones realizadas, estas variables se han asociado con cáncer cérvico uterino (Hartan et al., 1991; Wilcox y Mosher, 1993).

Por tanto, la trascendencia de este estudio radica en que la muestra entrevistada, es representativa de una clase social mayoritaria y que por sus deficientes condiciones (bajo ingreso y escolaridad) se constituye en una población de alto riesgo para enfermar de cáncer.

La consecuencia de una situación de marginación como la que ya se ha señalado, redunda también en las limitadas oportunidades que se tienen de obtener un empleo y

² El salario mínimo vigente establecido en el momento de realizar la investigación era de 800.-. Por tanto el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas, subsisten con ingresos por abajo de los \$2,400.0 mensuales.

por ende contar con las prestaciones que de este emanan; como son la seguridad social, lo cual por sí mismo se constituye en una barrera más para solicitar el servicio. Así en este caso dos terceras partes de las mujeres entrevistadas, no cuenta con seguridad social.

Sin embargo, el estar adscrito a instituciones como IMSS o ISSSTE no soluciona el problema de la demanda de atención, puesto que a esto se agrega el factor calidad de los servicios. La mujeres entrevistadas consideran que estas instituciones no cuentan con la infraestructura adecuada para atender sus demandas de salud, y tampoco brindan un servicio de calidad; calificándolo así por los largos tiempos de espera, previo a recibir la asistencia. En este caso la mitad de la muestra respondió que por lo general tenía que esperar más de una hora para recibir el servicio; además de que la atención recibida por parte del personal de salud, la consideran “déspota y de mal trato”.

Estos aspectos son de gran relevancia puesto que en este estudio se pudo observar que si el servicio se considera de calidad, las mujeres vivencian con más naturalidad los interrogatorios y exámenes que se les realizan; esto en consecuencia lleva a tomar acciones preventivas.

Las deficiencias que se presentan en los servicios de salud, son una fuerte barrera en la toma de acciones preventivas, como se corrobora en estudios previos, donde este aspecto fue de más peso, que las mismas actitudes de las mujeres (Naish et al., 1994).

Con respecto a los datos recopilados de antecedentes ginecoobstétricos, se identificó que las mujeres más jóvenes de este estudio, están teniendo su primera relación y su primer embarazo prácticamente en la adolescencia (19 años). Este fenómeno es lo contrario a lo encontrado en la literatura, en relación a las prácticas en cuanto a la reproducción; en donde la tendencia de las mujeres, es a retardar la edad en la que se embarazan, ampliando así sus expectativas en los ámbitos académicos y laborales, lo que implícitamente lleva a un mejor desarrollo personal y por ende familiar. Situación que parece no estar presente en las mujeres estudiadas, afectando así su calidad de vida y constituyéndose en un riesgo más para el padecimiento que estamos tratando (UNFPA, 1998).

Por otra parte, se observó que un alto porcentaje (87%) afirmó saber qué es el Papanicolaou, sin embargo, al indagar con mayor precisión, sobre la utilidad del mismo; únicamente una tercera parte ubica esta prueba como un medio de prevención del cáncer; la misma proporción considera que el examen detecta la enfermedad y sólo un porcentaje muy pequeño (6%) especifica que es para prevenir el cáncer cérvico uterino. Así, la diferencia en la percepción que se tiene de la utilidad del examen, no influye en la decisión de realizarlo, contrario a lo observado en otros estudios en donde la idea de que el examen es para detectar y no para prevenir la enfermedad, cobra gran relevancia, en la no prevención, ya que al estructurar la creencia de que el cáncer es una enfermedad incurable a la vez que se le asocia con la muerte, induce a que las mujeres teman realizar el Papanicolaou por considerar que si se detecta, no hay posibilidad de curarlo. (Gordon et al. 1991; Lazcano et al., 1998).

En este estudio, contrario a lo que podría esperarse por las altas tasas de morbimortalidad por cáncer cérvico uterino, se identificó que un porcentaje alto (78%) se practica el examen. Este es un dato relevante, si se considera que una cobertura por arriba del 80%, permite impactar en las tasas de morbimortalidad (Cardona, 1998).

No obstante y sin el afán de desvirtuar la cifra antes mencionada, es imprescindible destacar que en la información recolectada el Papanicolaou se ha realizado con mayor frecuencia en el grupo de mujeres menores de 32 años, quedando en una situación de más riesgo las mujeres de mayor edad. Es decir que conforme se va dejando atrás la etapa reproductiva, también se aleja la posibilidad de acudir a practicarse una citología cervical.

Asimismo, independientemente de la edad que tengan, un alto porcentaje (64%) de toda la muestra se ha practicado el examen entre 2 y 4 veces en su vida. Esto se constituye en una situación alarmante al considerar que la edad de las mujeres entrevistadas fluctuó de los 19 a los 50 años y de acuerdo con la nueva disposición de la Norma Técnica, el Papanicolaou debe de hacerse cada 3 años, siempre y cuando el resultado del mismo no presente ninguna anomalía. Esto pone en una situación de alto riesgo, a la mayor parte de la muestra entrevistada, puesto que han dejado pasar varios años sin acudir a practicarse un Papanicolaou.

Esta información nos pone en alerta en el sentido de que las prácticas en beneficio de la salud de las mujeres, están fuertemente ligadas con la etapa reproductiva, sería interesante explorar si esto está relacionado con el enfoque que se le da a la salud de la mujer, pero como un medio de mantener la salud familiar (Banco Mundial, 1993) y no precisamente como un bienestar personal. Estos aspectos han sido analizados en otros estudios, donde las necesidades de atención de salud de los niños y demás familiares tienen mayor prioridad (Miller y Robles, 1996).

Aquí también cabría hacer una reflexión en el sentido de los lineamientos propuestos por la Secretaría de Salud, en cuanto a la normatividad para llevar a cabo las campañas de prevención del cáncer; en donde se establece como prioritario para realizar la citología cervical al grupo de mujeres de 35 a 44 años, para ser atendidas en el año de 1999. El riesgo de implementar esta medida deriva como hemos visto que las mujeres acuden a examinarse, cuando están en una situación relacionada muy directamente con aspectos reproductivos. Entonces como atraerlas a los servicios de prevención, si no rompemos con las barreras impuestas no solo por la cultura, sino también por los mandatos de los organismos internacionales (Banco Mundial, 1993).

Un aspecto que resulta interesante destacar, surgido del análisis de los datos, es el hecho de que en el año de 1997, se incrementó notablemente la asistencia a los programas de detección, esto coincide con la fecha en que se modificó la Norma Oficial de Cáncer en México, la cual generó una serie de inconformidades por parte de los organismos no gubernamentales (ONG), en torno al tema; los cuales fueron ampliamente comentados. Asimismo en esas fechas se difundió a través de los medios de comunicación una campaña para que las mujeres asistieran a hacerse la prueba del Papanicolaou, esto motivado por el sistema de salud, debido a la reestructuración del registro nacional de neoplasias, para el cual se requería que todas las mujeres se realizaran el Papanicolaou, con el propósito de registrar sus datos. Sin embargo, sería importante identificar si esto fue lo que motivó el incremento en la demanda de citologías y si esto trajo algún beneficio en la salud de las mujeres.

Entre los aspectos relacionados con valores culturales, uno de los más relevantes de este estudio consiste en la aceptación consensual de que la prueba del Papanicolaou les

produce vergüenza. Esto se confirma en estudios previos en donde este aspecto resulta ser una fuerte barrera para la no prevención (Harlan et al., 1991). Aunado a esto cabe resaltar que dos terceras partes de las entrevistadas prefieren ser examinadas por personal del sexo femenino y más de la mitad de las mujeres reportan haberse realizado el Papanicolaou, apoyadas por su pareja. Por tanto los aspectos culturales, cobran gran relevancia en la decisión de realizar el examen.

Como se describió en el capítulo anterior algunas de las variables de esta investigación se agruparon para conformar el *Modelo Predictor para la Práctica del Papanicolaou*. En esta estructura se identificaron diferentes cadenas de asociaciones algunas de las cuales confluyen más directamente en la conducta de prevención del cáncer cérvico uterino, específicamente en la práctica del Papanicolaou, así como en el conocimiento que tienen del mismo.

Entre las variables que más se asocian para promover acciones preventivas están la calidad del servicio donde acuden a practicarse el examen, tener un locus de control interno y percibir la exploración como algo natural, entre las que inhiben dicha conducta, se destacan la vergüenza o pena.

Algunos de los aspectos que hay que destacar de la presente investigación, provienen de la fuente por medio de la cual, las mujeres se enteraron del examen, si reciben información de los familiares, entonces se incrementa la probabilidad de afirmar que saben del examen. Sin embargo, el que se realicen el examen está en función de que dicha información se haya obtenido del personal que labora en las instituciones de salud, esto corrobora lo encontrado en la literatura respecto a que las mujeres asistirán al examen si son motivadas por el personal de salud o por campañas de propaganda (Henning y Knowles, 1990). Asimismo, el identificar que el Papanicolaou previene el cáncer cérvico uterino, incrementa el número de exámenes practicados a lo largo de su vida.

Otra vía de relaciones deriva del lugar donde reciben atención médica; al atenderse en instituciones donde se ofrece un servicio de calidad, las revisiones ginecológicas se viven con más naturalidad, (experimentan menos incomodidad o pena); esto a su vez se asocia

con un locus de control interno, es decir que las acciones en beneficio de su salud, están bajo su control y no en manos de otros. Esta cadena de asociaciones predice que las mujeres acudan a practicarse el Papanicolaou.

La presencia de algunos síntomas como son comezón, flujo, dolor durante las relaciones sexuales, úlceras o ardor no son predictores para la práctica del Papanicolaou, estos resultados son contrarios a los encontrados en otros estudios (Wilcox y Mosher, 1993), en los que la presencia de vaginitis o inflamaciones, aumenta la probabilidad de realizar cualquier examen de detección.

Esto nos lleva a pensar, como lo corrobora Lazcano et al. (1993) que las mujeres asisten a practicarse un examen, sólo cuando se presenta la sintomatología del cáncer, por que consideran que si no tienen molestias no hay enfermedad, esto dificulta la atención puesto que en el momento en que se presenta la enfermedad, las posibilidades de curarse se reducen considerablemente.

Varías líneas confluyen en la decisión de realizar el Papanicolaou entre ellas se encontró que percibir con naturalidad las acciones que el personal de salud tiene que realizar para prevenir enfermedades, aunado a recibir un servicio de calidad, lleva a las mujeres a asumir el control sobre su salud.

Esto nos indica que romper con el modelo tradicional donde el personal de salud es el que dicta y dirige las acciones que se deben de realizar y el momento de llevarlas a cabo, podría motivar las acciones que las mujeres deben realizar en beneficio de su salud. Aquí es de suma trascendencia el papel de la psicología, por una parte para intervenir en la visión del personal de salud en el sentido de considerar la salud como un estado exclusivamente biológico, así como para trabajar con las mujeres a fin de reestructurar la idea o los pensamientos de que la salud depende de ellas mismas y no de terceras personas, esto conlleva a que se lleven a cabo acciones, como se observó en la presente investigación cuando se tiene la idea del control de su bienestar está en sus manos, se llevan a cabo acciones en pro de su salud.

El tomar acciones preventivas en pro de la salud, específicamente en la prevención del cáncer cérvico uterino, no tiene que ver exclusivamente con la información que se tenga al respecto, como se identificó en este estudio. Puesto que más allá de las mejoras que se pueden obtener como producto de un mejor nivel económico y educativo, están las que tienen que ver con la percepción que se tiene del cuerpo de la mujer.

Es decir que en el momento en que las mujeres experimenten como algo natural la exploración de las partes más íntimas del organismo, esto las llevará a responsabilizarse del cuidado de su salud y no dejarla bajo el control de terceras personas (médico, esposo, madre). Contar con estas herramientas, motiva a las mujeres no sólo a tomar la decisión de practicarse el Papanicolaou, sino a realizarlo sistemáticamente.

Es en esta área donde el papel del psicólogo de la salud, cobra un gran peso, puesto que no se trata de dar exclusivamente indicaciones precisas de para qué y cómo se realiza el examen, su objetivo es incidir en patrones de conducta, que lleven a las mujeres a reestructurar la percepción de su organismo como algo natural, y a motivar la responsabilidad de su salud como un derecho individual.

Una de estas acciones puede estar enfocada a brindar información en relación a la enfermedad, pero partiendo de la información que las mujeres demanden y no de la información que el personal de salud, considera importante ofrecer, asimismo dicha información debe de ir acompañada de grupos de reflexión que les permitan a las mujeres, hablar de las emociones que les producen estos temas así como facilitar que el grupo vaya planteando posibles alternativas para enfrentar estas situaciones de pena o vergüenza que están inhibiendo acciones preventivas.

Por otra parte es imprescindible que la psicología de la salud, amplíe su campo de acción, interviniendo en este tipo de problemáticas y así debilitar el modelo médico hegemónico, que ha influido notablemente en la salud de la población, al no dar la oportunidad a otras disciplinas de conjuntar esfuerzos para que las mujeres en este caso, gocen de una mejor calidad de vida.

Para romper o favorecer la secuencia de acontecimientos que inhiben o promueven que las mujeres realicen conductas saludables, es importante plantear diversas acciones en ámbitos disímiles pero que se conjunten en planes o programas en beneficio de la salud de las mujeres, entre las que se pueden proponer están:

1. El personal de salud debe someterse a cursos en donde se le sensibilice de la importancia de los órganos genitales femeninos, como partes constitutivas de una mujer y no como órganos aislados, identifiquen también los aspectos socioculturales que enfrentan las mujeres en el momento preciso de realizarse un examen. Estas acciones permitirán ofrecer un servicio de calidad a las mujeres.

También es importante fomentar en todo el personal de salud independientemente de que no sea el que brinda el servicio directamente, es decir los administrativos, la trascendencia de su trabajo en las acciones preventivas de la población que asiste a las instituciones de salud. Debido a que en algunas situaciones el incumplimiento de las acciones de cada integrante del equipo de salud, puede poner en riesgo la salud de las mujeres.

2. En el rubro de políticas de salud, se debe empezar a integrar a la mujer pero no únicamente desde el lado del proveedor de servicios, o del que elabora los planes o programas de salud, puesto que la perspectiva de un profesional por su mismo nivel intelectual y por ende social, puede deslindarse por esta misma condición de los grandes pesos socioculturales, lo que no ocurre con las mujeres de otros ámbitos sociales, que finalmente por sus mismas condiciones económicas no tienen la oportunidad de optar por otras alternativas que no sean las establecidas por la Secretaría de Salud y su aportación en los planes y programas sería de gran relevancia. De aquí la importancia de tomar en cuenta sus opiniones y creencias para que los programas tengan el impacto requerido para no sólo reducir la morbilidad, sino también para ubicar a las mujeres como personas con padecimientos físicos, encuadrados en condiciones socioculturales.

3. Con respecto a las mujeres que asisten a los servicios de salud, podrían integrarse grupos donde no sólo se de la información pertinente respecto a la prevención del cáncer, sino también tengan un espacio de reflexión donde puedan manejar, sus creencias,

temores, penas o vergüenzas y hasta sus mismas indecisiones, aspectos que pueden ser encabezados por el psicólogo de la salud. Asimismo se pueden establecer redes sociales, donde cada mujer se comprometa a integrar a otra u otras mujeres de su familia, colonia, barrio, a estos grupos e ir ampliando las coberturas.

El costo de estas acciones puede parecer muy alto, pero el riesgo de enfermar y morir por esta enfermedad, independientemente del costo beneficio que implica brindar una atención en un tercer nivel, no es equiparable.

Para próximas investigaciones se sugiere explorar como el personal de salud, y los académicos en nuestro país, perciben la prevención del cáncer cérvico uterino y si llevan a cabo medidas profilácticas, y si las difunden o no en sus distintos ámbitos, puesto que ellos son los que de una manera u otra están transmitiendo las acciones en beneficio o perjuicio de la salud.

Asimismo se sugiere investigar la actitud que el personal de salud tiene, respecto a la práctica del Papanicolaou, puesto que si este tiene una actitud similar a la detectada en la muestra entrevistada, de pena o vergüenza, quizá estos son aspectos que influyen en el personal para promover o facilitar la práctica del Papanicolaou, a la población que requiere de este servicio.

ANEXO

El presente cuestionario, tiene el propósito de investigar como piensan las mujeres mexicanas con respecto al cuidado de su salud.

La información que usted nos proporcione será de gran utilidad para avanzar en el conocimiento sobre Educación para la Salud, por lo que le pedimos ser lo más sincera posible en sus respuestas.

Agradecemos su colaboración y le aseguramos el total anonimato.

Folio /_/_/_/_/_/

Fecha /_/_/_/_/_/
día mes año

Nombre de la Esc. _____

Datos Demográficos

1. Edad _____ años cumplidos

2. Lugar de nacimiento _____

3. Actualmente vive:

() sola () con esposo o compañero () con los padres

() otro especifique _____

4. Estado Civil

Soltera ()
Casada ()
Divorciada ()
Separada ()
Unión Libre ()
Viuda ()

5. Escolaridad

Sin estudios ()
Sabe leer y escribir ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Bachillerato o Preparatoria Incompleta ()
Bachillerato o Preparatoria completa ()
Carrera técnica ()
Licenciatura incompleta ()
Licenciatura completa ()
Posgrado ()
Otra _____
(especificar)

6. El ingreso familiar mensual es aproximadamente de:
(teniendo en cuenta que el salario mínimo es de N\$ 800.-)

menos de un salario mínimo () de 6 a menos 9 ()
de 1 a menos de 3 () de 9 a menos de 12 ()
de 3 a menos de 6 () de 12 o más ()

7. Ocupación _____

8. Religión _____

9. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en su domicilio actual? _____

10. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud?

IMSS	()	NO	___
ISSSTE	()		
PEMEX o FUERZA ARMADA	()		
OTRA	_____		
	<i>(especificar)</i>		

11. ¿Por lo general a dónde acude cuando necesita atención médica?

IMSS	()	ISSSTE	()
PEMEX o FUERZA ARMADA	()	Secretaría de Salud (SSA)	()
Privado	()	OTRA	_____
			<i>(especificar)</i>

12. Si usted no asiste a la institución que le corresponde ¿Cuál es el motivo?

13. ¿Cuánto tiempo hace usted de su casa al lugar dónde se atiende?

menos de 10 minutos	()	entre 30 minutos y una hora	()
de 10 a 20 minutos	()	entre una y dos horas	()
de 20 a 30 minutos	()	más de dos horas	()

14. ¿Hay suficiente transporte para llegar a la clínica? Sí () No ()

15. ¿Cuánto dinero gasta aproximadamente en el transporte, para llegar a la clínica?

Nada	()	de 11 a 15 pesos	()
de uno a 5 pesos	()	de 16 a 20 pesos	()
de 6 a 10 pesos	()	más de 20 pesos	()

16. ¿Por lo general cuánto tiempo tiene que esperar para que la atiendan?

menos de 10 minutos	()	entre 30 minutos y una hora	()
de 10 a 20 minutos	()	entre una y dos horas	()
de 20 a 30 minutos	()	más de dos horas	()

A continuación le presentamos algunas ideas o creencias que diferentes mujeres tienen con respecto al cuidado de la salud. No hay respuestas buenas o malas, únicamente se pretende conocer su opinión.

Para responder a estas ideas se le presentan 3 opciones; Si, No, No sé.

Agradecemos su colaboración.

Marque con una X la opción

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. Uno debe asistir al médico sólo cuando está enfermo | Si | No | No sé |
| 2. Mi pareja me apoya para que asista a la revisión ginecológica | Si | No | No sé |
| 3. El médico debe indicar cuando realizarse exámenes para prevenir enfermedades | Si | No | No sé |
| 4. Si uno tiene alguna enfermedad es preferible saberlo | Si | No | No sé |
| 5. Me da vergüenza que el médico examine mis partes íntimas | Si | No | No sé |
| 6. La salud en el futuro depende de las acciones que cada persona tome en el presente | Si | No | No sé |
| 7. Enfermarse o no de cáncer de la matriz es cuestión de suerte | Si | No | No sé |
| 8. Existe privacidad (no entra, ni sale personal médico) en los consultorios en donde se examina a las mujeres | Si | No | No sé |
| 9. Me incomoda que me hagan preguntas íntimas cuando me realizo algún examen médico. | Si | No | No sé |
| 10. Las mujeres interesadas en cuidar su salud, deben realizarse estudios aunque no tengan síntomas | Si | No | No sé |
| 11. El personal de salud encargado de realizar exámenes médicos explica a sus pacientes en que consiste el estudio | Si | No | No sé |
| 12. Mi mamá no acostumbra realizarse exámenes ginecológicos | Si | No | No sé |
| 13. Las personas con las que convivo (amigas, compañeras de trabajo o vecinas) acuden a que se les practiquen exámenes ginecológicos | Si | No | No sé |
| 14. El médico me indica los estudios que debo realizarme periódicamente | Si | No | No sé |
| 15. El personal de salud informa a la población como prevenir enfermedades | Si | No | No sé |
| 16. Las mujeres en mi familia no asisten a realizarse exámenes ginecológicos | Si | No | No sé |

En las siguientes preguntas, seleccione una sola respuesta. Marque con una X

17. Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice:
a) personal de sexo masculino b) personal de sexo femenino
c) personal de cualquiera de los dos sexos
18. Realizar las acciones convenientes para estar sano es responsabilidad
a) del médico b) de uno mismo c) de los familiares

Historia gineco-obstétrica

1. ¿A qué edad tuvo su primera regla? _____ años
2. ¿En el último año ha tenido relaciones sexuales? SI () NO ()
3. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? _____ años
4. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? _____
5. ¿Cuántas veces se ha embarazado? _____ 6. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____
7. ¿Cuántos de sus hijos nacieron por cesárea? _____ 8. ¿Cuántos por parto normal _____
9. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
10. ¿Qué edad tenía cuando se embarazó por primera vez? _____
11. Algunas mujeres presentan molestias en la vagina. ¿En el último año usted ha presentado alguno o algunos de los siguientes síntomas?. Marque con una cruz.
- flujo () comezón () ardor () úlceras (heridas pequeñas) ()
- dolor durante las relaciones sexuales ()
12. ¿Sabe qué es la prueba del Papanicolaou? SI () NO ()
(si su respuesta es NO pase a la pregunta N° 15)
13. ¿Cómo se enteró del Papanicolaou? _____
14. El examen del Papanicolaou se hace para _____
15. ¿Se ha hecho alguna vez el Papanicolaou? SI () NO ()
(si su respuesta es NO pase a la pregunta N° 22)
16. ¿Qué motivó que se realizara por primera vez el Papanicolaou? _____
17. ¿Qué edad tenía cuando se realizó por primera vez el Papanicolaou? _____
18. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado un Papanicolaou?
- Una sola vez () De 2 a 4 veces () De 5 a 7 veces () 8 veces o más ()
19. ¿Anoté el año en que se realizó por última vez el Papanicolaou? _____

20. El resultado del estudio se lo entregaron:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> una semana después | <input type="checkbox"/> más de cuatro semanas después |
| <input type="checkbox"/> dos semanas después | <input type="checkbox"/> no se lo entregaron |
| <input type="checkbox"/> cuatro semanas después | <input type="checkbox"/> no lo recogió |

21. ¿En donde se realizó la última vez el Papanicolaou? _____
(Pase a la pregunta N° 23)

22. ¿Cuál es el motivo por el que no se ha realizado el Papanicolaou? _____

23. ¿En su familia hay o ha habido personas que enfermaron de cáncer en la matriz?

- NO
SI

Quién o quiénes _____
Especificar

24. ¿Usted ha tenido en algún momento de su vida cáncer? SI NO

25. Usted cree que la vida de la mujer puede depender de que se practique periódicamente el examen del Papanicolaou? SI NO

INSTRUCCIONES

En la siguiente sección le presentamos una serie de ideas relacionados con la salud.

Marque con una X la opción

- | | | | |
|---|--------|-------|-------|
| 1. La realización del Papanicolaou, permite detectar oportunamente el cáncer de la matriz | Cierto | Falso | No sé |
| 2. El examen del Papanicolaou debe realizarse cuando la mujer haya iniciado su vida sexual | Cierto | Falso | No sé |
| 3. Los médicos generalmente proporcionan información acerca del Papanicolaou (dónde y cada cuándo realizarlo) | Cierto | Falso | No sé |
| 4. La realización del Papanicolaou es gratuita para toda la población en cualquier institución de servicios de asistencia pública | Cierto | Falso | No sé |
| 5. En las instituciones de asistencia pública tardan mucho tiempo en entregar los resultados del Papanicolaou | Cierto | Falso | No sé |
| 6. El estudio del Papanicolaou es doloroso | Cierto | Falso | No sé |

De los siguientes motivos o razones señale 5, que usted cree son los más importantes para que las mujeres **NO** acudan periódicamente a realizarse el examen del Papanicolaou.

1. Por falta de tiempo ()
2. Por desconocimiento ()
3. Por vergüenza ()
4. Porque piensa que ella nunca se enfermará de cáncer ()
5. Porque es preferible no saber en el caso de que resultara enferma ()
6. Por irresponsable ()
7. Porque siempre hay que hacer otras cosas más importantes que ir al examen del Papanicolaou ()
8. Porque no piensan en su salud ()
9. Porque nadie les ha sugerido realizarse el Papanicolaou ()
10. Por miedo a la realización del examen ()
11. Por desidia ()
12. Porque no tienen vida sexual activa ()
13. Porque la pareja no está de acuerdo ()
14. Porque el estudio no se hace en privado ()
15. Por miedo a que las lastimen ()
16. Porque piensan que les va a doler ()
17. Porque el examen es costoso ()

RERERENCIAS

- Banco Mundial (1993) Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud, Banco Mundial, Washington, 1-17.
- Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- Benson, R. (1985) Manual de Ginecología y Obstetricia. México: Manual Moderno.
- Bokhman, J. V., Boyes, D. A., Eckhardt, S., Geirsson, G., Kalache, A., Kulcar, Z., Luan de J., Ngendahayo P., Prado, R., Sanghui, L. D., Sulianti-Saroso, J., Uyanwa, P. y Wu Airu. (1986). Control of cancer of the cervix uteri. Bulletin of the World Health Organization, **64** (4), 607-618.
- Bruix de Jean. (1983). Histopatología Ginecológica. Barcelona: Masson.
- Camacho, M. L. y Gaytán F. E. (1998). Programa de Cáncer Cérvico Uterino. Cáncer Cérvico Uterino En M. C. Elú (Ed.) Cáncer Cérvico Uterino. (pp.103-114) México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.
- Campbell H., MacDonal S. y McKiernan M. (1996) Promotion of cervical screening uptake by health visitor follow-up of women who repeatedly failed to attend. Journal of Public Health Medicine, **18** (1), 94-97.
- Cardona, J. A. (1998) Plan de Acción para la Vigilancia, Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino en el IMSS. En M. C. Elú (Ed.) Cáncer Cérvico Uterino. (pp.77-88) México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.
- Cisneros, M. T. (1998) Situación actual: Panorama del Cáncer Cérvico Uterino en México. En Elú M. C. (Edit.) Cáncer Cérvico Uterino. (pp.33-38) México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.
- Comisión de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. (1997) Documento de análisis y propuesta al proyecto Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la Prevención, Detección, Diagnóstico Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Octubre, 1997.
- COPLAMAR. (1983). Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. México: Siglo XXI.
- De Levin, R. (1978). La Prevención del Cáncer. Buenos Aires: Colihue/Hachette.
- De Schryver, A., Derese, A., Geldhof, A., y Vuylsteek, K. (1989). Screening for cervical cancer by general practitioners in Ghent Belgium. Cancer Detection and Prevention, **13**, 343-348.
- Di Castro, S. P (1997) Histopatología y Citología Exfoliativa. Http [/www.histolab.com.mx](http://www.histolab.com.mx)
- Etapé, R. J. (1982). Diagnóstico de extensión. Estrategia Terapéutica. Barcelona: Salvat.

Ferreri, M., Bonelli, L., Capasso, A., Barizzone, D., Gustavino, C., Bruzzi P. y Santi L. (1993). Planning of a screening programme for cervical cancer in Liguria and evaluation of the attitude of the female population towards cancer detection. European Journal of Epidemiology, 9 (1), 10-16.

Fink, D. J. (1988). Change in American Cancer Society checkup guidelines for detection of cervical cancer, CA-A. Cancer Journal for Clinicians, 38 (2), 127-128.

Franks, P. and Clancy C. M. (1993) Physician Gender Bias in Clinical Decisionmaking: Screening for Cancer in Primary Care. Medical Care, 31 (3), 213-218.

Glanz, K., Marcus, L., Rimer, B. (1990). Health Behavior and Health Education Theory Research and Practice. San Francisco, Cal.: Jossey Bass Publisher.

Gómez E. (Ed.). (1994) Género y salud. (141). Washington: OPS.

Goodkin, K., Antoni MH, Blaney Ph. (1986) Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. J. Psychosom Res., 30, 67-76.

Gordon, D., Venturini, A., Rosselli, M., Palli, D., y Paci E. (1991). What Healthy Women think, feel and do about cancer, prevention and breast cancer screening in Italy. European Journal Cancer, 27 (7), 1171-1176.

Gregg, J. y Curry RH (1994) Explanatory models for cancer among African-American women at two Atlanta neighborhood health centers: the implications for a cancer screening program. Social Science and Medicine, 39 (4), 519-526.

Harlan, L., Bernstein, A. y Kessler, L. (1991). Cervical cancer screening: Who is not screened and why?. American Journal of Public Health, 81 (7), 885-890.

Henning, P. y Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical cancer. Journal of Applied Social Psychology, 20 (19), 1612-1621.

Hernández, A. M., Lazcano, P. E. C., Berumen C. J., Cruz V. A., Alonso de Ruiz P., González L. G. (1997). Human Papilloma Virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico: A case-Control Study. Archives of Medical Research. 28 (2), 265-271.

Herrero R, Brinton L., Reeves C. W., Brenes M., De Britton R. C., Gaitan E. y Tenorio F. (1992). Screening for Cervical Cancer in Latin America: A Case-Control Study. International Journal of Epidemiology, 21 (6), 1050-1056.

INEGI (1995) La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XXI. México: INEGI/UNIFEM.

Kahl-Martin C. (1990). Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Díaz de Santos.

Katchadourian, H. y Lunde, D. (1985) Las Bases de la Sexualidad Humana. México: Continental.

- Katz, S. y Hofer, T. (1994) Socioeconomic Disparities in Preventive Care Persist Despite Universal Coverage. Breast and Cervical Cancer Screening in Ontario and the United States. JAMA, 272 (7), 530-534.
- Krantz, D., Grunberg N. y Baum, A. (1985). Health psychology. Ann Rev. Psychol., 36, 349-383.
- Lambley, P. (1993). The role of psychological process in the aetiology and treatment of cervical cancer: A biopsychological perspective. British Journal of Medical Psychology, 66, 43-60.
- Lau, R. (1982). Origins of Health Locus of Control Beliefs. Journal of Personality and Social Psychology, 42 (2), 322-334
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. México: Roca.
- Lazcano E., Hernández M., López Carrillo L., Alonso de Ruiz P., Torres Lobatón A., González G., Romieu I. (1995) Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Revista Investigación Clínica, 47 (5), 377-385.
- Lazcano, E., Najera P., Alonso de Ruiz P., Buiatti E. y Hernández M. (1996) Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México. I. Diagnóstico situacional. Cancerología, 42 (3), 123-140.
- Lazcano, P. E. C., Rojas, M. R., López, A., López, C. L. y Hernández, A. M. (1993). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino en la Ciudad de México. Salud Pública de México, 35 (1), 65-73.
- Lazcano, E., Buiatri, E. Nájera, P., Alonso de Ruiz, P., Hernández, M. (1998) Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a nex approach. Cancer Causes and Control, 9, 241-251.
- Mandelblatt, J., Schechter, C., Fahs, M. y Muller, Ch. (1991). Clinical implicatio of screening for cervical cancer under medicare. The natural history of cervical cancer in the elderly: What do we know? What do we need to know? American Journal Obstet Gynecol, 164 (2), 644-651.
- Marteau, T. (1989). Health Beliefs and Attribution. En K. Annabel (Ed.). Health Psychology Processes and applications. (pp. 1-21). London: Chapman and Hall
- Miller, A. B. (1993) Directrices de gestión programas de detección del cáncer cérvico uterino. OMS.
- Miller, A. y Robles, S. (1996) Taller centroamericano sobre la detección del cáncer de cuello uterino Bol Oficina Sanit Panam, 121 (6), 597.
- Muller, Ch., Mandelblatt, J. y Schechter, C. (1990). Costs and effectiveness of cervical cancer screening in elderly Women. Preventive Health Services under Medicare.

- Murray, M y McMillan, C. (1993a). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. British Journal of Clinical Psychology, 32, 87-100.
- Murray, M. y McMillan, C. (1993b). Social and behavioural predictors of women's cancer screening practices in Northern Ireland. Journal of Public Health Medicine, 15 (2), 147-153
- Naish, J., Brown, J. y Denton, B., (1994) Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. British Medical Journal, 309, 1126-1128.
- Nesse, R. y Klass R. (1994) Risk perception by patients with anxiety disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 182 (8), 465-470.
- O'Malley, A., Mandelblatt, J., Gold, K., Cagney, K., Kerner, J. (1997). Continuity of Care and the use of Breast and Cervical Cancer Screening Services in a Multiethnic Community. Arch Inter Med, 157 (14), 1462-1470.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). World Health Statistics Annual. Ginebra: OMS
- Organización Panamericana de la Salud (1990a). Las Condiciones de Salud en las Américas, 524 (1), Washington, DC.: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (1990b) Manual de Normas y Procedimientos para el control de Cáncer de Cuello Uterino. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 6
- Restrepo, H., González, J., Roberts, E. y Lituak, J. (1987). Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam, 102 (6), 578-593
- Riotton, G. y Obradovic, M. (1989). Incidencia and morbidity of cancer of the cervix in Geneva Switzerland. Cancer Detection and Prevention, 13, 349-354.
- Rodríguez, M. J. (1995) Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis. pp. 35-51.
- Robles, S., White F., y Peruga A. (1996) Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Bol Oficina Sanit Panam, 121 (6), 479-490.
- Rosero, B. L. y Grimaldo, V. C. (1987). Epidemiología descriptiva del cáncer de mama y de cuello de útero en Costa Rica. Bol. Of. Sanit Panam, 102 (5), 483-493
- Sanjosé, S., Bosch, F., Muñoz, N., Tafur, L. Gili, M., Izarzugaza, I., Izquierdo, A., Navarro, C., Vergara, A., Muñoz, Ma. T., Ascunce, N., Keerti, Va Shah. (1996) Socioeconomic Differences in Cervical Cancer: Two Case-Control Studies in Colombia and Spain. American Journal of Public Health, 86 (11), 1532-1538.
- Secin, R. (1984). Acontecimientos Vitales y Enfermedad Neoplásica. Salud Mental, 7, (4), 67-70.

Secretaría de Salud (1986) Norma de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. Diario Oficial de la Federación (20 de Agosto).

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (1991a). Compendio de Información Epidemiológica de Cáncer 1982-1988. México.

Secretaría de Salud. (1991b). Mortalidad 1987. México.

Secretaría de Salud. (1991c). Mortalidad 1988. México.

Secretaría de Salud. (1992a). Mortalidad 1989. México.

Secretaría de Salud. (1992b). Mortalidad 1990. México.

Secretaría de Salud. [1992c] Mortalidad 1991. México.

Secretaría de Salud (1992d) Estadísticas Vitales. México.

Secretaría de Salud. (1993). Compendio de Morbilidad por Neoplasias Malignas en el Distrito Federal 1982-1989. México.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. (1994a) "Manual de Normas y Procedimientos". Prevención de los Cánceres Cérvico Uterino y Mamario. México.

Secretaría de Salud (1994b) Compendio de Información sobre Morbilidad por Cáncer Cérvico Uterino 1975-1992. Resultados del Registro Nacional de Cáncer. México.

Secretaría de Salud. (1994c) Mortalidad 1992. México.

Secretaría de Salud. (1994d). Mortalidad 1993. México.

Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática (1997a) Estadísticas sobre tumores malignos en México. Salud Pública de México, 39 (4), 388-399.

Secretaría de Salud. (1997b) Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria. Diario Oficial 1º de Agosto, 1997.

Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática. (1998a) Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1997. Salud Pública de México, 40 (6), 517-523.

Secretaría de Salud. (1998b). Morbilidad 1993-1998. México

Secretaría de Salud (1999a). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. N° 45.

Secretaría de Salud (1999b) Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Morbilidad 1993-1997, Mortalidad 1987-1997.

Serafino E., P. (1990) Health psychology: Biopsychosocial interactions. New York: J. Wiley

Spitz, M. y Newell, G. (1992) Recommendations for Cancer Prevention. St. Louis Missouri: Mosby Year Book.

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. Cancer Surveys, 6, 545-567

UNFPA. (1998) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las Nuevas Generaciones. Situación en México. En el marco del Estado de la Población Mundial.

Valle, G. A. (1998) Cáncer Cérvico Uterino y Enfermedades de Transmisión Sexual. En M. C. Elú (Ed.). Cáncer Cérvico Uterino (pp.59-76). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

Van de Ploeg, H., Kleijn, W., Mook, J., Van Donge, M., Pieters, A. y Leer, J. (1989). Rationality and antiemotionality as a risk factor for cancer: Concept differentiation. Journal of Psychosomatic Research, 33 (2), 217-225.

Vargas, M. (1998) Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. En M. C. Elú (Ed.) Cáncer Cérvico Uterino. (pp. 39-48) México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.

Weinberg, R. (1996) How Cancer Arises. Scientific American, 275 (3), 31-40.

Wilcox, L. y Mosher, W. (1993). Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. Public Health Reports, 108 (1), 76-86.

Zuo-Feng, Z., Parkin, D. M , Shun'Zhang, Y., Esteve, J., Xue-Zhi, Y. y Day, N. E. (1989). Cervical screening attendance and its effectiveness in a rural population in China. Cancer Detection and Prevention, 13, 337-342