

112260
180



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE
POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR



CIUDAD DE MÉXICO

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACION
DE TLALPAN EN RELACION AL PAPANICOLAOU**

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMEDICA

PRESENTADO POR: DRA. ENRIQUETA ROSALES ROMERO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F. 2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

11226

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE
TLALPAN EN RELACION AL PAPANICOLAOU**

AUTOR: DRA. ENRIQUETA ROSALES ROMERO

AUTORIZACIONES:

DR. EDUARDO GONZALEZ QUINTANILLA

~~PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR~~

DRA. CECILIA GARCIA BARRIOS



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE**

~~DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION~~ **DISTRITO FEDERAL**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK

M. Dickinson B

**COORDINADORA DE INVESTIGACION Y EPIDEMIOLOGIA DEL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"
ASESOR DE TESIS**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Dios y a la vida,
por la familia que tengo
y todo lo que me han dado.*

*A la memoria de mi madre
por todo su amor y
cuidados.*

*A mi hijo Raúl
por el tiempo que me regalo
por su cariño y paciencia.*

*A mi padre y hermanos,
por su confianza y
apoyo.*



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*A la Dra. Dickinson
con admiración y respeto.
Por su ejemplo y
dedicación académica.*

*Al Dr. Eduardo González y
a la Dra. Consuelo González
por todas sus atenciones.*

*Gracias a Omar, Ofelia y Alma
y a todos los que participaron
en la elaboración de este trabajo.*



INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	4
3. Justificación.....	12
4. Planteamiento del problema.....	13
5. Objetivos.....	14
6. Material y métodos.....	15
7. Resultados.....	18
8. Conclusión.....	21
9. Anexos	
I. Cuestionario.....	24
II. Cuadros.....	26
III. Gráficas.....	32
10. Bibliografía.....	40



1. INTRODUCCIÓN.

La detección oportuna de cáncer cérvico uterino o Papanicolaou, fue descrita en 1917 por George N. Papanicolaou, quién descubrió que a través de células mucosas o de las secreciones, era posible diagnosticar transformaciones malignas. El Papanicolaou se basa en el estudio morfológico de células obtenidas del epitelio cervical. El objetivo de este test es la detección de lesiones preinvasivas y escasamente invasivas en mujeres asintomáticas.

En todos los casos es muy importante garantizar la calidad de la muestra, la cual se considera adecuada si incluye metaplasia escamosa (lo que indica que ha sido tomada de la zona de transformación) y/o células endocervicales (sí se toma del borde proximal de la unión escamocolumnar).

La importancia de que la muestra sea adecuada se debe a que es en esta zona donde se localizan la mayor parte de los cánceres de cérvix.

La preocupación de los investigadores es que este sencillo examen se practique a todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa o que tienen relaciones sexuales. Con la recomendación de que el estudio se realice cada tres años en mujeres sin riesgo, o cada año, en mujeres con perfil de riesgo.

Mi preocupación principal es que en México a pesar de que se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y de que se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas no se han logrado las coberturas de detección esperadas, presentando por el contrario incremento en la incidencia de esta enfermedad, considerándose actualmente un problema de salud pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El presente estudio esta enfocado a investigar acerca de los conocimientos y actitudes de la población de Tlalpan en relación al Papanicolaou ya que a pesar de ser un método de pesquisa sencillo, de bajo costo y accesible y con alta sensibilidad, las mujeres no se realizan el examen, perdiendo la oportunidad de un diagnóstico temprano, ya que la mayor parte de las veces, la paciente se presenta con cáncer en etapa avanzada e incluso con metástasis.

2.MARCO TEÓRICO

El carcinoma del cuello uterino es el tumor maligno más frecuente en el país, ocupa el primer lugar de incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población general. En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.¹

Desde hace varias décadas se estudian los factores relacionados con el carcinoma del cuello uterino. En todas las mujeres con este tipo de carcinoma se encuentra uno o más de una serie de factores de riesgo. Estos factores de riesgo son: inicio precoz de la actividad sexual (antes de los 18 años), múltiples parejas sexuales (tanto en el hombre como en la mujer), edad joven en el momento de tener el primer hijo, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, infección cervical por virus del papiloma humano, tabaquismo, deficiencia de folatos y vitaminas A,C, y E y nunca haberse practicado el estudio citológico.²

Todos estos factores están relacionados de manera directa o indirecta con la actividad sexual, lo mismo que el estado socioeconómico bajo. Los sociólogos han demostrado repetidamente la correlación lineal entre el inicio precoz de la actividad sexual y la condición social baja. En la población de condición social baja el coito se practica a corta edad, por varias razones: vida en común entre hombres y mujeres, breve período de dependencia de la familia, falta de guía familiar, madurez precoz forzada, falta de visión del futuro, la sexualidad vista como sustitución de otras actividades y de otros valores, considerada también como medio de aceptación, para obtener protección o como fuente de ingresos.³

Se ha observado que el carcinoma uterino es casi inexistente en mujeres que no tienen actividad sexual. La incidencia es baja cuando se usa habitualmente preservativo y diafragmas cervicales, y en mujeres cuya pareja sexual está circuncidada.

El cáncer uterino en la población europea ha mostrado un descenso importante, atribuido a la realización periódica de la citología vaginal.⁴

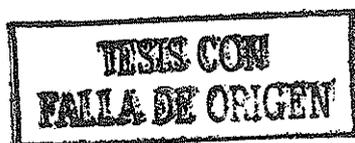
La promiscuidad sexual determina un claro aumento de la neoplasia intraepitelial, de 12 a 48 meses de exposición sexual promiscua en las mujeres muy jóvenes, determina la aparición de patología precancerosa en un 3% de las mujeres expuestas.⁵

Existe un aumento de la frecuencia en mujeres monógamas cuyos maridos tienen otras parejas sexuales (concepto de " varón de riesgo ").

Todas las observaciones epidemiológicas por lo tanto, indican a la neoplasia cervical como una enfermedad inducida por carcinógenos transmitidos por vía venérea. Esto condujo a la búsqueda de un posible factor de transmisión sexual.⁶

El primero de los agentes carcinógenos considerados, históricamente hablando, sería el esmegma, que se considera capaz de determinar una carcinogénesis química, sobre la base de la observación epidemiológica de la baja incidencia del carcinoma del cérvix en la pareja de hombres circuncisos. De modo tradicional dos grupos de población practicaban y practican aun hoy la circuncisión: los hebreos y los musulmanes.

Pero mientras en los hebreos la circuncisión se realiza al nacer el niño, en los musulmanes se practica en la época de la pubertad. Ahora bien, la incidencia del



carcinoma del cérvix, como del pene, resultaba baja con respecto a la población general, en la población musulmana y todavía más baja en los hebreos.⁷

Desde hace varios años está demostrado que la exposición a determinadas sustancias, ciertas conductas o estilos de vida y algunos antecedentes familiares, son factores de riesgo que influyen en la carcinogénesis.⁸

Se han estudiado otros agentes infecciosos, de estos, el virus del herpes simple tipo 2 (H SV-2) y el virus del papiloma humano (HPV), especialmente los tipos 16 y 18 se han asociado al cáncer cervicouterino, ya que mostraron una correlación con el carcinoma del cuello mientras que otros, como *Trichomonas vaginalis* y *Treponema pallidum*, si bien asociados con frecuencia al carcinoma del cuello, sólo lo estaban en virtud de la promiscuidad sexual.⁹

Sin embargo, la determinación del tipo preciso de infección del virus del papiloma humano que pueda tener una paciente, no se puede realizar en forma rutinaria, debido a que se requieren de estudios de biología molecular para tal efecto.¹⁰ Aunque falta mucho por investigar acerca de la etiología del cáncer, se sabe que más del 70% de los casos que afectan al hombre están directamente relacionados con factores ambientales, es decir, estilos de vida, urbanización, industrialización, patrones de conducta, etcétera, que son por lo tanto, susceptibles de ser modificados.¹¹

El cáncer tiene altas tasas de morbilidad y mortalidad, ocupando el primer lugar de muerte en mujeres debido a que en su mayoría acuden en estadios avanzados, aumentando el costo físico, moral y económico para el individuo, la familia y la sociedad.¹²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México el cáncer cervicouterino constituye la primera causa de muerte, de acuerdo al registro histopatológico de neoplasias en México, los tumores malignos tienen una letalidad alta y un periodo de progresión de la enfermedad donde las personas requieren de cuidados paliativos, ya que la gran mayoría son detectados en estadios avanzados de la enfermedad y son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global la calidad de vida desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, familiar, social y económico.¹³

El carcinoma invasor en la fase inicial de su desarrollo es asintomático. La sintomatología aparece cuando el carcinoma penetra profundamente en el estroma, el síntoma más común del carcinoma invasor es la pérdida sanguínea extramenstrual, intermitente, a menudo sanguinolenta, pero no pruriginosa salvo en etapas tardías. El dolor pelviano unilateral que se irradia al muslo y al flanco, la pérdida de orina y/o materia fecal por la vagina, la anemia, el edema en los miembros inferiores y las hemorragias vaginales agudas son signos de enfermedad en fase localmente avanzada con compromiso de los plexos nerviosos de la pelvis y formación de fístulas.

Cuando se encuentra en etapa invasora, la manifestación más común es el sangrado, dolor y presencia de tumores en cuello.

A pesar de conocer los signos y síntomas de esta enfermedad y que tiene una etiología multifactorial, en países subdesarrollados, ciertos patrones culturales, y el mismo acceso a los servicios de salud, así como la educación limitada exponen a la mujer a los factores de riesgo señalados anteriormente y probablemente a ello se deba la elevada morbimortalidad por esta enfermedad.¹⁴



Dentro de los métodos de detección oportuna de cáncer, la citología cérvico vaginal con la técnica de Papanicolaou, sigue siendo la prueba diagnóstica fundamental, debido a su alta certeza diagnóstica, especificidad, sensibilidad, bajo costo y facilidad de aplicación.¹⁵

Este sencillo examen debe practicarse a todas las mujeres que hayan iniciado con vida sexual activa, cuando menos una vez al año. Sin descartar a las que han pasado por la menopausia, ya que es muy común el desarrollo después de esta etapa.¹⁶

La toma de la muestra se puede realizar con una espátula de madera (espátula de ayre), bastoncillo o cepillo cervical, lo importante es que la muestra sea adecuada, influyendo en esto la experiencia y formación del profesional que realiza la toma.

El examen se realiza fuera de los días de sangrado menstrual, sin que la paciente se haya hecho lavado vaginal en las últimas 48 horas y sin aplicación de medicamentos por vía vaginal 10 días previos al examen.¹⁷

Algunos investigadores han señalado que el riesgo de cáncer cervico-uterino aumenta en la población cuando esta no participa en programas de detección oportuna, sin embargo el común denominador de los factores de riesgo es el subdesarrollo y la pobreza que afectan amplios sectores de la población del país.¹⁸

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.¹⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México, el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (PDDOC) ha operado durante dos décadas sin que ello se haya reflejado en una reducción importante de la mortalidad por esta causa en la población femenina del país, cuya tasa se elevó de 7.7 en 1985 a 9.4 por 100 000 mujeres en 1994.²⁰

La ausencia del efecto del PDDOC es contraria a la experiencia internacional. Tan solo en la Unión Europea, el programa redujo hasta en 70% los años de vida perdidos prematuramente entre las mujeres de 25 a 65 años de edad. El programa resulta costo efectivo, pues el costo de la detección oportuna y el tratamiento temprano de las alteraciones cervicales equivale al menos a la mitad del requerido para tratar el cáncer invasor.²¹

En el caso de México, diversos estudios han identificado las áreas de ineficiencia y acciones correctivas necesarias en el PDDOC, que son la ampliación de la meta de citologías, la toma de muestras con periodicidad trianual en mujeres con resultados negativos, la elevación de la calidad de muestras y su interpretación, la capacitación para la toma de muestras y el readiestramiento para su lectura, la notificación personalizada a los casos positivos, el fortalecimiento del programa de divulgación y el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica, así como la garantía de tratamiento en mujeres con anormalidades detectadas.²²

Algunas de estas actividades ya se realizan actualmente y sólo es necesario reorganizarlas, pero otras son nuevas en el programa, y su puesta en marcha requiere de presupuesto adicional para el PDDOC.²³

En Cuba por ejemplo a pesar de la importancia que se le ha dado a los programas de salud, existe un ascenso gradual de la tasa cruda de mortalidad por cáncer. Constituye también la segunda causa de muerte, siguiendo la misma tendencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que la observada en países desarrollados. Actualmente, una de cada cinco muertes es por cáncer, de ahí la importancia de una acción amplia e integrada para reducir la mortalidad debida a esta enfermedad.²⁴

Diversos autores han demostrado la importancia de la participación social como un método efectivo en la determinación y control de los problemas y las necesidades de salud.²⁵

La participación en la promoción de la salud por parte de los individuos, familias y comunidad, resulta cada vez más importante debido a los cambios en los patrones de las enfermedades, por ejemplo: la aparición de problemas crónicos, que requieren cambios en los estilos de vida, hábitos y cuidado del ambiente.²⁶

En Cuba el médico de familia, en su posición de líder de salud de la comunidad y con toda una serie de características propias del sistema, se encuentra en condiciones ventajosas para desarrollar intervenciones educativas directas en su población.²⁴

Es bien conocido que las estrategias y tácticas de la educación no son universalmente válidas sino que dependen del contexto socio cultural en que se apliquen, de ahí que deba ir precedida por el dominio de que aspectos se conocen y necesita la población conocer, es decir que demanda existe.²⁷

En consecuencia para implantar un programa de acciones educativas o de detección oportuna sobre el cáncer, se hace necesario identificar los conocimientos, que al respecto prevalecen en la población.²⁸

Es necesario reforzar conocimientos, y fomentar actitudes positivas en torno al cáncer cervicouterino y su detección oportuna, esperando que esta labor



educativa de sensibilización y motivación propicie beneficios preventivos en las mujeres que se atienden en este Centro de Salud.²⁹

Es necesario realizar trabajos sobre identificación o diagnóstico de conocimientos, creencias, y actitudes positivas de la población en relación al cáncer cervicouterino, ya que hasta el momento no existe una vacuna que ayude a prevenir esta enfermedad.³⁰

El cáncer cervico uterino puede ser evitable en la medida que los factores causantes de la enfermedad sean identificados y modificados, y cuando la población tenga una actitud positiva en relación a este padecimiento, con objeto de disminuir la incidencia y, a más largo plazo, la mortalidad por esta causa.³¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. JUSTIFICACION.

Siendo el cáncer cérvico uterino uno de los principales problemas de salud pública como causa de muerte en mujeres en edad reproductiva y económicamente activa es importante la detección precoz y oportuna de este padecimiento, mediante concientización de la población para que se realice el estudio de detección oportuna de cáncer (DOC), o Papanicolaou.

Para tal efecto es indispensable saber cuales son los conocimientos y actitudes de la población con relación a este examen, y entender las causas o motivos por los cuales las mujeres no se realizan la citología cervical, ha pesar de ser un procedimiento de pesquisa sencillo , de bajo costo y de fácil aplicación.

Haciéndose necesario establecer una coordinación de los sectores públicos, privados y sociales para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia, con el propósito de lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud.

Después de hacer una amplia revisión de la bibliografía he visto que existen pocos trabajos que aborden este tema por lo que resulta de gran interés realizar investigaciones para evaluar el grado de conocimientos y actitudes que tiene la población sobre el Papanicolaou e identificar como repercuten en su forma de actuar, ya que en la práctica sigue existiendo una baja demanda de estudios de detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Por lo tanto es imprescindible estructurar propuestas reales, practicas y objetivas para optimizar recursos que beneficien a nuestra población en estudio.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de cáncer cérvico uterino, se considera a este padecimiento un problema de salud pública. Ya que a pesar de contar con procedimientos de pesquisa sencillos y de bajo costo como el Papanicolaou, no se han logrado abatir las tasas de morbi-mortalidad. La obtención del exudado cérvico-vaginal para estudio citológico mediante la técnica de Papanicolaou es un procedimiento que fue introducido por Papanicolaou en 1941, y propuesto para lesiones precursoras de cáncer cervical invasor en mujeres con vida sexual activa. Sin embargo a pesar de haber transcurrido 60 años desde la postulación de esta prueba, el cáncer del cérvix sigue ocupando los primeros lugares de frecuencia de las neoplasias malignas, observando que la utilización del Papanicolaou en las mujeres mexicanas no ha cambiado la tendencia del padecimiento por lo que se requiere mayor intervención dirigida, no solo a mejorar el servicio, sino a modificar los factores individuales y/o sociales que impiden a las mujeres la demanda y realización del estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Porqué si contamos con un método de detección de cáncer cérvico uterino, sencillo, accesible, barato y con alta sensibilidad, las mujeres no se realizan el examen, y no se ha podido impactar adecuadamente en la incidencia de esta enfermedad?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar actitudes y conocimientos que tiene la población femenina del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", para no realizarse el estudio de Papanicolaou.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar conductas favorables y desfavorables de la población en torno al Papanicolaou cervical y su salud.

Evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer cervico uterino y Papanicolaou de las mujeres encuestadas.

OBJETIVO COMPLEMENTARIO

Reforzar conocimientos y fomentar actitudes positivas de la población en torno al cáncer cérvico-uterino y el estudio de citología vaginal.



6. MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 500 mujeres residentes en el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", ubicado al Sur del Distrito Federal, perteneciente a la Delegación Tlalpan.

MUESTRA.

Se calculó una muestra de 460 mujeres, tomando como nivel de confianza 95% y un error de 0.5 con una prevalencia del 70%, y se agregó un 10% considerando la tasa de no respuesta.

La muestra se obtuvo a través de un muestreo polietápico: en la primera etapa se seleccionaron aleatoriamente 500 manzanas, en la segunda etapa y también aleatoriamente 500 viviendas, y en una tercera etapa una mujer por cada vivienda.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con vida sexual activa y aquellas que refirieron tener o haber tenido relaciones sexuales, aparentemente sanas que residen en el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", que aceptaron participar y que además sabían leer y escribir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres que negaron tener o haber tendido relaciones sexuales, enfermas, o con cáncer cérvico uterino ya diagnosticado, no residentes en el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana," las que se negaron a contestar la encuesta y analfabetas.

A las participantes se les aplicó un cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al Papanicolaou, que consta de 46 preguntas en relación al Papanicolaou, dividido en 3 secciones: 1) aspectos sociodemográficos, 2) antecedentes gineco-obstétricos, 3) conocimientos y actitudes.

Antes de aplicar el cuestionario se realizó una prueba piloto para probar el instrumento. Todos los cuestionarios fueron aplicados por personal capacitado.

A las mujeres que participaron se les explicaba el motivo de la encuesta, y se les daba el cuestionario para que lo contestaran de forma individual, confidencial y anónima, entregándolo posteriormente a la persona encargada de la visita.

Los cuestionarios fueron revisados por el responsable del proyecto y se capturaron en una base de datos en el programa Dbase en una computadora Pentium, con ayuda de una capturista.

El análisis estadístico se realizó con el programa EPI INFO y SPSS utilizando el cálculo de frecuencia para la descripción de la población y correlación de rango de "rho" Spearman para medir el grado de asociación entre conocimientos y actitudes.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Este estudio tiene un riesgo mínimo de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17 y fracción II.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7. RESULTADOS.

Se encuestarán 512 mujeres, aparentemente sanas, residentes en el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana". Todas ellas reunieron los criterios de inclusión.

Se eliminaron 12 cuestionarios por no haber completado el instrumento en forma adecuada, quedando finalmente 500.

La distribución por grupos de edad de las participantes en su mayoría fue de mujeres menores de 40 años (71.4%) Ver cuadro y gráfica No. 1

Y de estas más de la mitad refiere estar casada (56.4%), o vivir en unión libre (15.6%). Ver cuadro y gráfica No. 2

En el cuadro y gráfica No.3, referente a ocupación podemos observar que el 57.6 % se dedican al hogar, realizando trabajos propios de la casa.

Otro de los puntos observados es que la mayoría de la población estudiada tiene un nivel de escolaridad de secundaria (30.4%). El 21.4% cuenta con estudios a nivel bachillerato y solo 13.2% realizó estudios profesionales. Una proporción mínima (9.6%) de las mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario sabe leer y escribir y 25.4 % nada más terminó la primaria.

Analizando la variable de inicio de vida sexual activa se observó, que el 46.4% refieren edad de inicio antes de los 18 años, lo cual aparentemente no ha influido en el número de hijos ya que solo mencionan tener uno o 2 en más del 50 % de los casos. Ver cuadro y gráfica 5 y 6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro de los puntos estudiados fue el número de parejas sexuales, refiriendo solo un compañero sexual en 65.6% de los casos. Ver cuadro y gráfica No.7.

Es importante señalar que más del 80% niegan haber padecido enfermedades de transmisión sexual (E.T.S) y antecedentes de cáncer cérvico uterino en un 84.0 % de las entrevistas. Ver cuadro y gráfica No. 8.

Al evaluar el nivel de conocimientos observamos, que el 81% de la población piensa que " puede prevenir problemas futuros" si se realiza el Papanicolaou, sin embargo aún existen conceptos erróneos en relación a este estudio como: "es dolorosa", "solo se realiza a quienes tienen relaciones sexuales o las que han tenido hijos" (23.6%), nada más en mujeres con datos de " infección vaginal" (16.6%), "no todas las mujeres" deben realizarse el estudio en un 22.6%, las "mujeres casadas sin hijos" no deben realizarse la prueba de detección (23.2%) y un 19.4% piensa que " no es mucho el beneficio al hacerse el estudio". Ver gráfica No. 9

En cuanto a actitudes, se observo que ha pesar de tener conocimientos hay situaciones paradójicas por las cuales las mujeres no se realizan el Papanicolaou, por ejemplo: "preocupación" y "miedo" a tener cáncer en 84.6% y 85.8 % de las mujeres a quienes se les aplico el cuestionario. La incertidumbre de pensar en como serían las relaciones con su familia y como sería su vida se manifestó en 63.4 % y 81.4% de las entrevistas. Otros puntos mencionados fue que tener cáncer es más grave que cualquier otra enfermedad en 61.4%, el tiempo de espera en las unidades de salud en 25.2% de los casos y el "pudor", que sigue siendo un obstáculo para la realización de esta prueba, ya que la mayoría

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

de las mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario, prefieren que la prueba se la realice una mujer, mencionando que no es fácil mostrar sus partes "íntimas" a un hombre (58.6%) de las mujeres entrevistadas. Ver cuadro No. 10.

Finalmente observamos que no hay correlación entre un buen nivel de conocimientos y actitudes favorables en relación al estudio con un valor de $r=0.42$, valor con el que se determinó una explicación del 16% de varianza entre conocimientos y actitudes. Ver gráfica No. 8.

8. CONCLUSION.

Creo necesario hacer mención del análisis costo beneficio del Programa de Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (PDOC). El cual ha operado en México durante dos décadas, sin que por ello se haya reflejado en una reducción de la mortalidad por esta causa en la población femenina del país, cuya tasa se elevo de 7.7 en 1985 a 9.4 por 100 000 mujeres en 1994. Esta ausencia de efecto del PDOC es contraria a la experiencia internacional. Por otro lado el programa resulta costo-efectivo, pues el costo de la del estudio y un tratamiento temprano de las alteraciones cervicales equivale al menos a la mitad del requerido para tratar el cáncer invasor. Por lo tanto los beneficios superan a los costos considerándose este programa socialmente deseable. El costo unitario de operación de la citología integra el costo de la toma de la muestra, su envío a los centros de lectura y su tinción e interpretación, así como la notificación de los resultados a las usuarias.²⁰

A pesar de todas las bondades que presenta el DOC a través de la citología vaginal; en este estudio se pudo observar que aunque hay conocimientos aceptables al respecto para la realización del Papanicolaou, aun existen ideas erróneas, ya que pudimos comprobar que si bien la mayoría de las mujeres encuestadas piensa que este estudio sirve para detectar cáncer, también se encuentran presentes conceptos como: "que es doloroso", "que solo se realiza a quienes tienen relaciones sexuales, o a "las que han tenido hijos" o en caso de "infección vaginal".

Por otro lado no pudimos encontrar, asociación entre conocimiento suficiente y una actitud positiva hacia el estudio, observando que el "pudor" sigue siendo un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

obstáculo para la realización de la prueba, y que este aumenta al pensar que van a ser exploradas en forma armada (espejo vaginal) por un médico (hombre), ocasionando esta situación una disminución en la toma de muestras de Papanicolaou bajo estas condiciones.

Existen también ciertos mitos relacionados al uso de espejo vaginal, principalmente en las mujeres embarazadas, ya que lo consideran un riesgo para la continuidad normal de su embarazo, refiriendo temor a que les provoque dolor, sangrado, o partos prematuros.

Otro de los inconvenientes referidos para la toma de la citología vaginal es el tiempo de espera en las instituciones de salud ya que las pacientes mencionan que tienen que sacar ficha y esperar su turno, lo cual les quita mucho tiempo, prefiriendo en ocasiones perder su ficha, lo cual es más frecuente si les toca con un médico hombre.

Es preocupante saber que las mujeres no se realizan el Papanicolaou cervical por miedo a saber que tienen cáncer, o por temor a no saber que hacer ante esta situación, y pensar que serían una carga para su familia.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en poblaciones diferentes como el de M. Abascal Ruíz y col. quienes en un estudio en población femenina cubana, identificaron que a pesar de que el 81.2% de las mujeres tenían un conocimiento correcto del estudio solo una cuarta parte de ellas presentó una actitud positiva al mismo.²⁴ Y el de González Salinas y col. quienes analizan estas mismas variables en trabajadoras de la salud (médicas, enfermeras, odontólogas y técnicas de laboratorio), en las que no se encontraron niveles altos de conocimientos en relación al cáncer cervicouterino, método de detección y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actitudes positivas hacia este, sin embargo este personal tampoco se realiza el estudio periódicamente por temor y angustia a conocer el resultado y/o incomodidad, pena y sensación de invasión a su intimidad.²⁹

Estos resultados refuerzan nuestros hallazgos de que no solo es necesario dar una buena educación para la salud en relación al cáncer cervicouterino y el método de detección oportuna. Sino que se requiere incidir en aspectos sociales y culturales que están influyendo en la toma de decisiones de las mujeres para que se realicen o no el estudio.

Por otro lado habrá que ofrecer un servicio de consejería que permita despejar dudas y temores de las mujeres, así como que encuentren recursos propios y redes de apoyo que les permitieran en su momento enfrentar el diagnóstico de cáncer.

Así mismo es importante optimizar recursos humanos y materiales, abreviar tiempos de espera, disminuir oportunidades perdidas y agilizar tramites en la toma de muestras para evitar que la paciente que llegue a las unidades de salud regrese a su domicilio sin que se haya realizado su prueba de detección.

Es necesario hacer énfasis durante la consejería, en que una actitud positiva puede mejorar las expectativas de vida y disminuir los costos de recursos médicos empleados en asistir este padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. ANEXOS

CUESTIONARIO

1. Edad | () 18-24 | () 25-29 | () 30-34 | () 35-39 | () 40 ó más

2. Edo. Civil | () soltera | () casada | () viuda | () divorciada | () unión libre | () separada

3. Ocupación | () ama de casa | () estudiante | () empleada | () profesionalista

4. Escolaridad | () analfabeta | () sabe leer y escribir | () primaria | () secundaria | () media superior | () profesionalista

NIVEL SOCIOECONÓMICO

5. Su casa es | () rentada | () prestada | () propia

6. De que material esta construida | () lámina de cartón | () lámina metálica | () madera | () tabique

7. El piso de su casa es de | () tierra | () cemento | () mosaico

8. El techo es de | () lámina | () madera | () losa

9. Cuántos cuartos tiene su vivienda | () uno | () dos | () tres | () cuatro ó más

10. Cuántas gentes habitan en su casa | () 2 ó más | () 3-4 | () 4 o más

11. Tiene luz eléctrica | () no | () si

12. Tiene agua potable | () no | () si

13. Tiene drenaje | () no | () si

14. Su baño es | () pozo ciego | () fosa séptica | () tipo inglés

15. En su casa tiene | () televisión | () video | () refrigerador

| () teléfono | () computadora | () carro

16. I.V.S.A. | () antes de los 18 años | () 19 a 23 años | () 24 ó más

17. Número de hijos | () sin hijos | () 1 o 2 | () 3 a 4 | () 5 ó más

18. Número de parejas sexuales | () una | () dos | () 3 ó más

19. Ha padecido E.T.S. | () no | () si | () no sé

20. Algún familiar con CA de matriz | () no | () si | () no sé

RESPUESTAS

1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 No tengo respuesta	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
----------------------------	-----------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------

DEL ESTUDIO DE D.O.C. PAPANICOLAOU

21.	Mi estado de salud no facilita el desarrollo de un cáncer de matriz	()
22.	Considero probable que en un futuro me dé cáncer de matriz	()
23.	Me preocupa bastante tener cáncer de matriz	()
24.	El cáncer me asusta	()
25.	Si tuviera cáncer de la matriz, las relaciones con mi familia se afectarían	()
26.	Si tuviera cáncer, mi vida cambiaría bastante	()
27.	Tener cáncer, es más grave que tener cualquier otra enfermedad	()
28.	No me realizo el estudio de DOC porque me angustiaría saber que tengo cáncer	()
29.	Hacerme el Papanicolaou cada año me causa temor	()
30.	La prueba de DOC es dolorosa	()
31.	Me incomoda hacerme el DOC	()
32.	El hacerme el DOC me lleva mucho tiempo	()
33.	El realizarme el estudio de DOC interfiere con mis actividades	()
34.	El estudio de DOC implica un nuevo hábito, lo cual es difícil para mí	()
35.	Me daría pena si el estudio de DOC me lo practicara un médico (hombre)	()
36.	No me gusta hacerme el DOC porque me preguntan sobre cuestiones íntimas	()

CONOCIMIENTOS CON RELACIÓN AL PAPANICOLAOU

37.	Es muy costoso el estudio de DOC	()
38.	Solo las mujeres que han tenido hijos, deben realizarse el estudio de DOC	()
39.	El estudio de DOC, me lo debo realizar solo cuando tenga inf. Vaginal	()
40.	No todas las mujeres deben realizarse el estudio de DOC	()
41.	La prueba de DOC, no sirve para detectar CA de matriz en su etapa inicial	()
42.	Las mujeres menopáusicas no deben realizarse el estudio de DOC	()
43.	Las mujeres casadas sin hijos, no deben realizarse el estudio de DOC	()
44.	Puedo prevenir futuros problemas si me hago el estudio de DOC	()
45.	El estudio de DOC no ayuda a detectar infecciones	()
46.	No es mucho lo que me beneficia hacerme el estudio de DOC	()

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 1**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENTREVISTADAS POR GRUPOS DE EDAD**

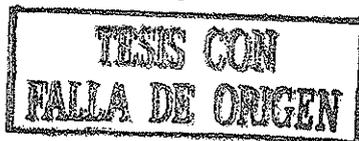
Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
18-24	105	21.0
25-29	92	18.4
30-34	93	18.6
35-39	67	13.4
40 ó más	143	28.6
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

CUADRO NO. 2**DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	73	14.6
Casada	282	56.4
Viuda	37	7.4
Divorciada	22	4.4
Unión Libre	78	15.6
Separada	8	1.6
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.



CUADRO NO. 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES ENTREVISTADAS POR OCUPACIÓN

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	288	57.6
Estudiante	34	6.8
Empleada	138	27.6
Profesional	40	8
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

CUADRO NO. 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sabe leer y escribir	48	9.6
Primaria	127	25.4
Secundaria	152	30.4
Media superior	107	21.4
Profesional	66	13.2
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

78

CUADRO NO. 5

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 18 años	232	46.4
19 a 23 años	217	43.4
24 ó más	51	10.2
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

CUADRO NO. 6

NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

No. De hijos	Frecuencia	Porcentaje
Sin hijos	50	10
1 o 2	266	53.2
3 a 4	126	25.2
5 ó más	58	11.6
TOTAL	500	100

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 7

NÚMERO DE PAREJAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

No. de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	328	65.6
2	113	22.6
3 ó más	56	11.2
TOTAL	500	100

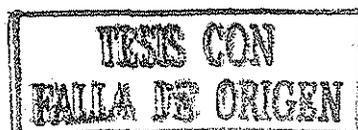
Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

CUADRO NO. 8

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ANTECEDENTES DE CA DE MATRIZ

ETS/ Antecedentes de CA de matriz	No	%	Si	%
Ha padecido E.T.S	439	87.8	61	12.2
Algún familiar con CA de matriz	420	84.0	80	16

Fuente: Cuestionario del Área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana



CUADRO NO. 9

CONOCIMIENTOS RELEVANTES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN RELACION AL PAPANICOLAOU

Conocimientos en relación al Papanicolaou	Frecuencia	Porcentaje
Solo las mujeres que han tenido hijos, deben realizarse el estudio de DOC	118	23.6 %
El estudio del DOC me lo debo realizar sólo cuando tenga infección vaginal	83	16.6 %
No todas las mujeres deben realizarse el estudio de DOC	113	22.6 %
Las mujeres casadas sin hijos, no deben realizarse el estudio de DOC	116	23.2 %
Puedo prevenir problemas futuros si me hago el estudio de DOC	405	81.0 %
No es mucho lo que me beneficia hacerme el estudio de DOC	97	19.4 %

Fuente: cuestionario del área de influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 10

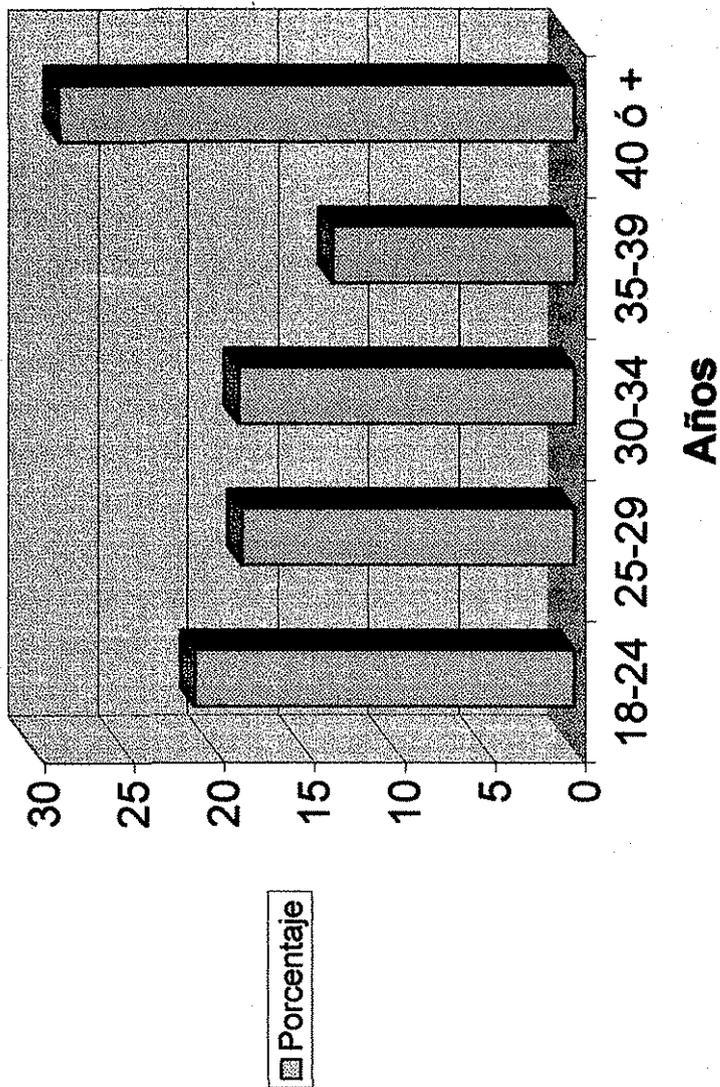
ACTITUDES RELEVANTES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN RELACIÓN AL PAPANICOLAOU

Actitudes en relación al Papanicolaou	Frecuencia	Porcentaje
Me preocupa bastante tener cáncer de matriz	423	84.6 %
El cáncer me asusta	429	85.8 %
Si tuviera cáncer de matriz las relaciones con mi familia se afectarían	317	63.4 %
Si tuviera cáncer, mi vida cambiaría bastante	407	81.4 %
Tener cáncer, es más grave que tener otra enfermedad	307	61.4 %
Me daría pena si el estudio me lo practicará un médico (hombre)	293	58.6 %

Fuente: cuestionario del área de Influencia del Centro de Salud José Castro Villagrana.

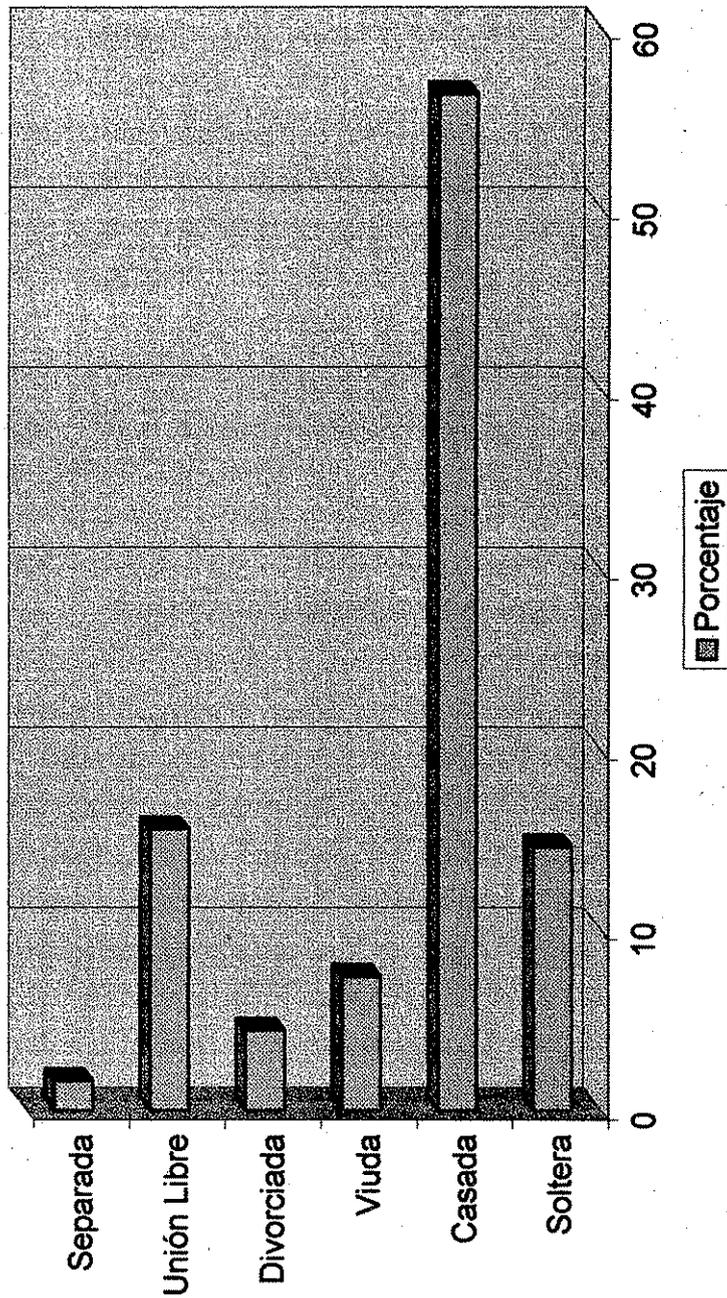
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No. 1 Distribución de mujeres entrevistadas por grupos de edad

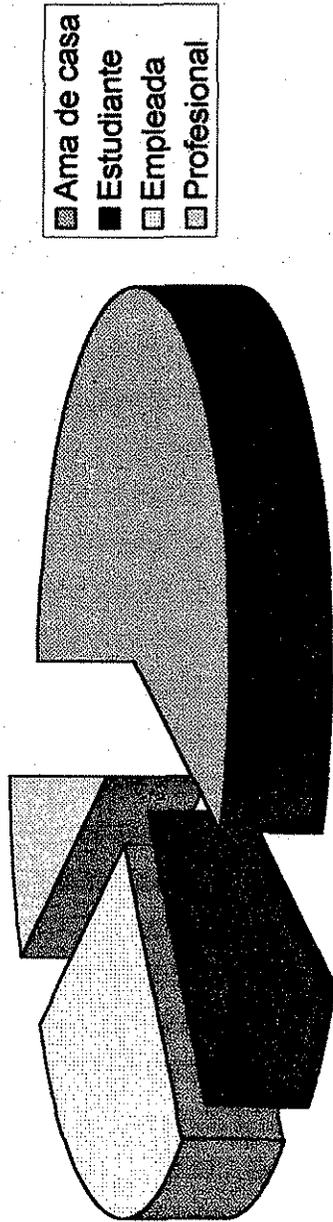


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 2 Distribución de mujeres entrevistadas por estado civil

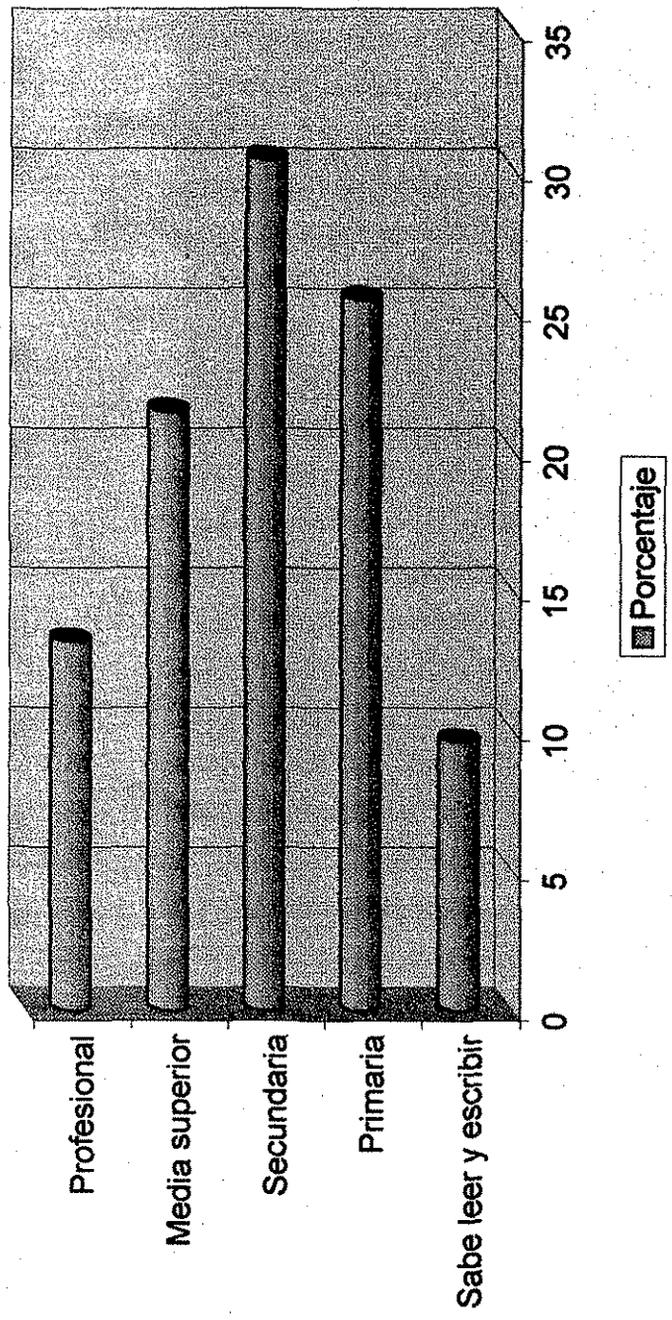


Gráfica No. 3 Distribución de mujeres entrevistadas por ocupación.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

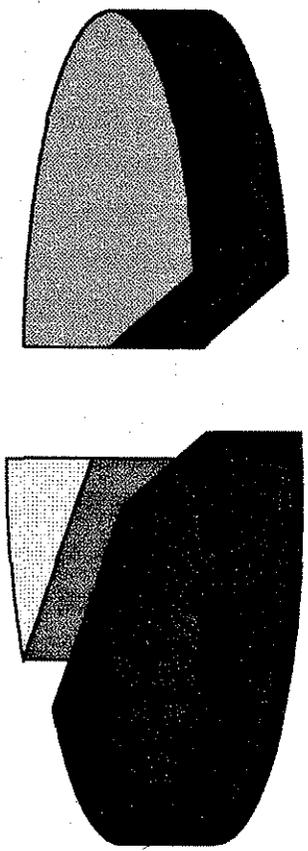
Gráfica No. 4 Distribución de mujeres entrevistadas por escolaridad



TESIS CON
PALABRAS DE ORIGEN

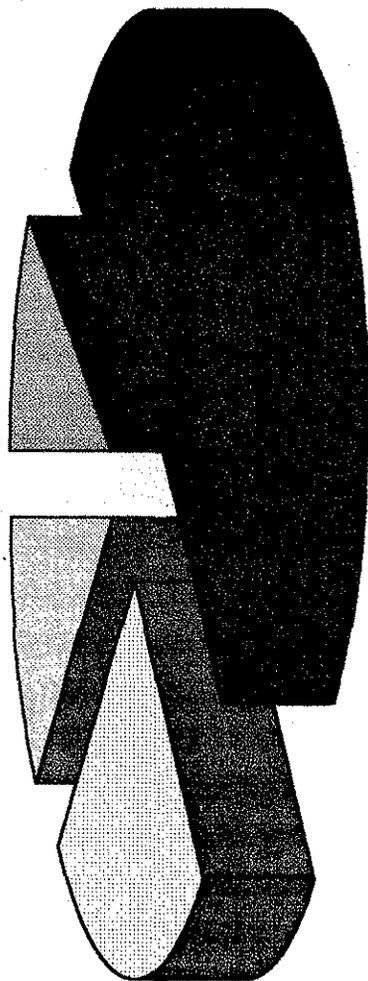
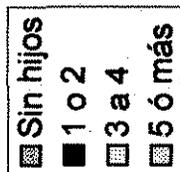
Gráfica No. 5 Inicio de vida sexual activa de las mujeres entrevistadas

- Antes de los 18 años
- 19 a 23 años
- 24 ó más



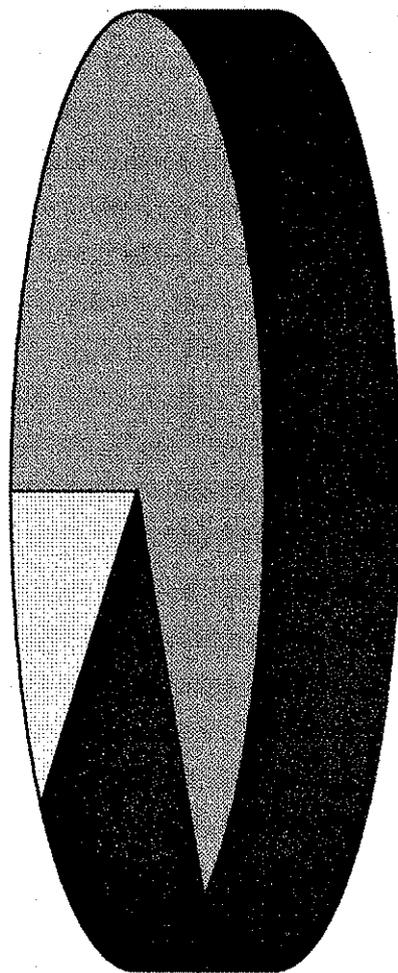
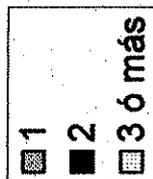
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 6 Número de hijos de las mujeres entrevistadas



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

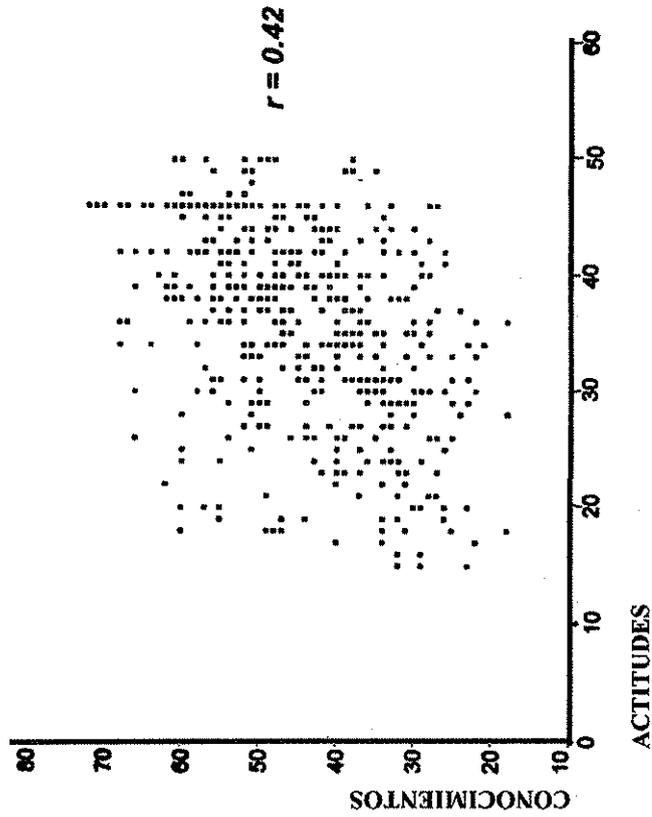
Gráfica No. 7 Número de parejas de las mujeres entrevistadas



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No. 8

CORRELACION ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
CON RELACION AL ESTUDIO DOC



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Norma Oficial Mexicana. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Subsecretaría de prevención y control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva NOM-014ª SSA2-1996.
2. Mauricio Frías Mendivil, Alejandro Mohar Betancourt, Laura Suchil Bernal, et al. Factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino. Un estudio de casos y controles. *Cancerología* oct-dic 1999; Vol 45 No. 4 Pág 209-216
3. Maura Sara Castañeda-Iñiguez, M.C.M. En C.,Rebeca Toledo-Cisneros, M.C.,Mario Aguilera-Delgadillo, M.C. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud pública de México* julio-agosto 1998; vol 40 Núm. 4 pág. 330-337
4. J.M.Alonso Gordo, B. Bellas Beceiro, Cierco Peguera, M. Gálvez Ibañez et al. Cáncer de cérvix. *Atención Primaria* diciembre 1999; vol. 24 suplemento pág. 77-81
5. Charles Guest, Elizabeth Griffith, Soi Yeng Lewis, Nicole Moulding. *Epidemiology and detection of cervical cancer. Australian Family Physician* 1996, Vol. 25 núm 11 pagina 173-179
6. Xóchitl Terán. *Enfermedades de transmisión sexual.CONASIDA* 1996; Vol. 2 núm. 4 pág. 142-146
7. David L. Williams,Do, Charles Dietrich, MD, and John Mcbroon, MD.*Endocervical Curettage When Colposcopic Examination Is Satisfactory and Normal.Obstetrics and Gynecology* june 2000, Vol. 95, Núm. 6, part 1 pág 801-803
8. Thomas S. Frand, MD, Amie M. Deffenbaugh, BS, Mark Hulick, BS, and Kathryn Gumper, BS . *Hereditary susceptibility to breasst cancer: significance of age of onset in family history and contribution of BRCA1 BRCA2. Obstetrics and Ginecology Abstracts* may 1999:32
9. Michael E. Hagensee, MD, PhD, Joseph Slavinky, III, Cristtopher M. Gaffga, et al. *Seroprevalence of human papilomavirus type 16 in pregnan women. Obstetrics and Gynecology* 1999; vol. 94 No. 5 pagina 653-658
10. Christine Bergeron, MD, PhD, Dominique Jeannel, PhD, Jean Dominique Poveda, et al. *Humann papilomavirus testin in women with mild cytologic atypia. Obstet Gynecol* june 2000; 95 No. 6 pagina 821-827

51

11. PAPPs-sem FYC. Grupos de expertos del PAPss-sem FYC. Prevención del Cáncer de cérvix <http://www.papps.org/prevencion/cancer/p107.htm>
12. Fernando Meneses-González, Eduardo César Lazcano Ponce, Monserrat Lino González, et. Al. Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou, en mujeres de 15 a 49 años en México ene-mar 1999; Vol 18 Núm. 5 pág. 24-31
13. Panorama general sobre el cáncer cervicouterino. http://lucas.funsalud.org.mx/comsalud/querrero/ene-feb/csgro_p4.html
14. Cáncer del cervix o cuello uterino <http://www.ecomedic.com/em/cancer/cervicouterino.htm>
15. Prueba de Papanicolaou [hht://www.internet.uson.mx/webepers/medicina/papanico.Htm](http://www.internet.uson.mx/webepers/medicina/papanico.Htm).
16. Papanicolaou descubre el cáncer de cuello uterino <http://www.Laindustria.com/medik/070198f4.html>
17. A.M. Redondo Horcajo, A. Guerra Merino, G. Pinedo Garrido y R. García Aranda. Prevención del cáncer de cérvix. Comparación de la calidad de la muestra según utilizamos bastoncillo o cepillo cervical. Atención Primaria junio 2000; Vol. 26 núm. 1 pág. 39-41
18. Izquierdo A, Viladiu P, Borrás JM V, Catalan G. Perception of the causes of cancer and its prevention in women of Girona. Med Clin jun 1996; vol. 1(107) paga 14-19.
19. Lazcano-Ponce, Eduardo César, et al. Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Rev Invest Clin 1995;47:377-85
20. Patricia Hernández-Peña, M.C., M:S:P., Eduardo César Lazcano-Ponce, M.C., Dr. en C. Análisis costo beneficio del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino. Salud publica Mex 1997; 39:379-387
21. Programas de detección del cáncer cervicouterino como parte de la política nacional de lucha contra el cáncer <http://www.ssa.gob.mx/actualissate/coleccio/1/abril/artrepr.htm>
22. Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana. Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria NOM-014-SSA 1994.



23. Norma Oficial Mexicana. Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria a la salud. Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F. México NOM-014-SSA2-1994
24. María Elena Abascal Ruíz, Jorge Armando Gran Abalo, Alicia Amelia Rodríguez, et al. Creencias y conocimientos sobre el cáncer. Un estudio en la población cubana. Revista Psicología y Salud <http://bugs.invest.uv.m-cancer/revista/rev0701.htm>
25. Khanna N, Phillips MD. Adherence to care plan in women with abnormal papanicolaou smears: a review of barrier interventions. J Am Board Fam Pract mar-apr 2001. Vol. 14 (2) pág. 123-30
26. Taller sobre vinculación de la investigación epidemiológica en programas de prevención y control de cáncer <http://www.insp.mx/salud/37/374-12shtml>
27. Dr. Leonardo Verduco Rodríguez, Dra. Haydee Aguirre González, Dr. José Antonio Palet Guzmán, et al. Cáncer cervico uterino y edad. Ginecol. Obstet Méx 1997; Vol 65(4):119-1
28. Rengaswamy Sankaranarayanan, M.D. Integration of cost-effective early detection programs into the health services of developing countries. Cancer August 2000 Vol. 89 No. 3 pág. 475-481
29. González Salinas.H.G. Madrigal de León ,MP Palomeque Ramírez, Dickinson Bannack, et al. Conocimientos y Actitudes de trabajadoras de salud en torno al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Atención primaria sep 1996; Vol. 18 Núm. 5 pág. 24-31
30. Cosette M. Wheeler, Ph. D. Preventive vaccines for cervical cancer. Salud Pública de México. Julio-agosto 1997 Vol. 34 Nú. 4 pág. 283-287
31. Larsen LP, Olesen F. Women's Knowledge of and attitude towards organized cervical smear screening. Acta Obstet Gynecol Scand nov 1998 77(10) pág. 988-96

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN