

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZACATECAS.



PARTICIPACIÓN EN EL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSA MÁRQUEZ HUIZAR.

FRESNILLO, ZACATECAS



2005

m347016



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.

**PARTICIPACION EN EL TAMIZAJE DE CANCER
CERVICOUTERINO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. ROSA MARQUEZ HUIZAR

AUTORIZACIONES:



DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 55.**



DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA

**ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 4
GUADALUPE ZACATECAS.**



DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HGZ No. 2 FRESNILLO, ZACATECAS.**



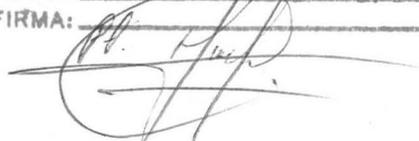
FRESNILLO, ZACATECAS

2005

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rosa Marquez H.

FECHA: 17 Agosto 2005

FIRMA: 

PARTICIPACIÓN EN EL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

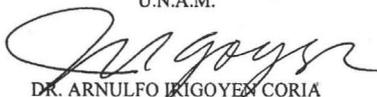
DRA. ROSA MÁRQUEZ HUIZAR.

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO RÍGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme elegido a mí , para ser hija suya, por haberme elegido a mí para ser Médico y por brindarme día a día los conocimientos tanto éticos y morales, como científicos para ayudar a los enfermos a recobrar su salud.

A mis Padres :

Tiburcio Márquez Campos y Teresa Huízar de Márquez, por su gran esfuerzo amor y dedicación, con el que me han guiado a caminar por la vida y en todo el proceso constante de mi preparación .

A mis Hermanos:

Porque siempre están presentes en mis proyectos y me apoyan en mis decisiones: Raquel, Adelina, Antonio, Victoria, Concepción, José, Javier, Martha, Patricia, Irma, Oscar.

A mis Sobrinos:

Especialmente para ti..... porque con tus conocimientos y carita sonriente me alimentan espiritualmente para seguir adelante.

A mis Profesores:

Por su gran paciencia para enseñarme avanzar sin cesar a nuevos estadios de comprensión y desarrollo, especialmente Dra. Aurora del Villar Barrios y Dr. Jesús Alfonso Hernández Lara por su apoyo y dedicación invaluable para mi superación.

A mis Compañeros y Amigos:

Por compartir conmigo su tiempo y conocimiento.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
3. JUSTIFICACIÓN.	8
4. OBJETIVOS:	9
4.1 Objetivo general.	9
4.2 Objetivos específicos.	9
5. HIPÓTESIS:	10
5.1 Hipótesis general.	10
5.2 Hipótesis específicas.	10
6. METODOLOGÍA:	11
6.1 Tipo de estudio.	11
6.2 Población de estudio:	11
6.2.1 Población.	11
6.2.2 Lugar.	11
6.2.3 Tiempo.	11
6.3 Muestreo:	11
6.3.1 Tipo de muestra.	11
6.3.2 Tamaño de la muestra.	11
6.4 Criterios de selección:	12
6.4.1 Criterios de inclusión.	12
6.4.2 Criterios de exclusión.	12

6.5	Variables a recolectar:	12
6.5.1	Variable dependiente.	12
6.5.2	Variables independientes.	12
6.5.4	Operacionalización de variables.	14
6.6	Procedimientos para captar la información.	23
6.7	Consideraciones éticas.	24
7.	RESULTADOS.	25
8.	DISCUSIÓN.	44
9.	CONCLUSIONES.	48
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	49
11.	ANEXOS:	53
11.1	Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	53
11.2	Anexo 2. Instrumentos de medición.	56
11.3	Anexo 3. Carta de consentimiento informado.	58

1. ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un proceso invasivo que se inicia habitualmente en la unión escamocilíndrica del cuello uterino a partir de los componentes escamosos ó adenomatosos (glandulares) del epitelio cervical.¹ Por causas anatómicas y fisiológicas, el VPH no se desarrolla en el hombre, quien funciona únicamente como portador.²

El cáncer cervicouterino es un padecimiento de origen multifactorial y actualmente considerado un enfermedad de transmisión sexual, ya que el principal agente etiológico es el virus de papiloma humano (VPH).³

Los virus más frecuentes fueron los tipos 16 (49.2%), 18 (11.7%), 45 (8%) y 31 (5%).⁵ Las mujeres que tienen la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen un riesgo mayor de infectarse con VPH y de desarrollar CaCu.⁴

De acuerdo con este criterio, se reconocen actualmente varios factores de riesgo para esta neoplasia, entre ellos la edad temprana del primer coito (antes de 17-18 años el riesgo relativo aumenta a 2 ó 3); en cuanto al número de compañeros sexuales de cada uno de los miembros de la pareja, ese aumento es lineal por cada compañero adicional, para un factor entre 0.5 y 1, hasta un riesgo relativo de por lo menos 9.⁵

El cáncer cervicouterino ocupa a nivel Mundial el segundo lugar como neoplasia maligna, y en México el primer lugar de mortalidad, es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana y su prevención y atención médica integral es una prioridad institucional.⁶

El CaCu es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de los países en desarrollo. Para tener una idea de la magnitud de este mal, basta señalar las cifras entregadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en febrero del 2002. En todo el mundo, el número de casos de CaCu alcanza 466,000 al año, lo que representa los

15% de todas las variedades de cáncer diagnosticados en la mujer y segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino. De las 230,000 mujeres que cada año mueren como consecuencia de este cáncer, a lo menos un 80 por ciento es de países de América Latina, del Sudeste Asiático y de África. De acuerdo a la OPS en el 2002 en América Latina y el Caribe, cerca de 30,500 mujeres mueren anualmente a causa de este mal, en gran parte, a la ineficiencia de los programas de control.⁷

Para el periodo de 1990 a 2000 se reportaron oficialmente un total de 48,761 defunciones por CaCu en México, iniciando en 1990 con 4,280 muertes en el año y terminando con 4,620 en el 2000, lo que representa en promedio 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad por CaCu de 0.76%.⁸

La mortalidad en Zacatecas, Zac. de CaCu en 2000 fue de 42 defunciones con una tasa de 8.3 por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar.⁹ En 2001 fue de 57 defunciones con una tasa de 11.0 por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar.¹⁰

El cáncer cervicouterino esta considerado como una de las formas de cáncer más fáciles de detectar, por lo tanto de prevenir, debido a su desarrollo, es gradual y por que mediante el tamizaje periódico –examen simple y de bajo costo- se puede detectar antes de que se propague.⁷

En medicina se entiende por tamizaje la aplicación sistemática de un procedimiento diagnóstico a una población dada y en un intervalo definido. Es el estudio organizado de personas asintomáticas respecto una enfermedad específica, con el objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad de esas personas.^{4,7}

En el caso del CaCu la única prueba diagnóstica con disminución de la mortalidad demostrada por estudios, es el tamizaje por citología vaginal ó Papanicolaou.⁴

George N. Papanicolaou en 1925 comienza un estudio sistemático de frotis vaginales en mujeres voluntarias trabajadoras en el hospital de mujeres de Nueva York. El azar, el destino, (Dios?), hace que realice el estudio en una portadora de cáncer de cuello uterino. Convoco a otras mujeres con cáncer, confirmo sus observaciones y presentó este nuevo diagnóstico de cáncer en la Third Race Betterment Conference en Battle Creek Michigan, en enero de 1928, y solo 13 años después lograría la aceptación de sus descubrimientos Su obra en el diagnóstico temprano del cáncer genital lo ha convertido, sin lugar a dudas, en uno de los grandes benefactores de la humanidad.^{7,11,12}

La prueba de papanicolau (llamada también prueba de Pap ó frotis de Pap) es una forma de examinar las células que se recogen del cervix (el extremo inferior, estrecho, del útero). Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales ó cáncer.⁵

En México, se han implantado acciones dirigidas a la prevención del cáncer desde hace cuatro décadas. EL Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro social inicio en 1962, pero logra presencia nacional hasta 1974.¹³ En México opera un Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (PANDOC) Sin embargo, el número oficial de muertes ocurridas entre 1980 y 1999 a raíz de esta enfermedad fue cercano a 80 mil.¹⁴ A pesar de que el programa a nivel nacional y el programa del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen carácter de prioritario, ambos están muy lejos de alcanzar a toda la población femenina. Por ejemplo, Escandón y colaboradores informan que la cobertura en el Instituto Mexicano del Seguro social pasó de 12% en 1975 a 19% en el año de 1999. Por su parte, en 1990 la Secretaría

de Salud estimaba que la cobertura de detección por medio del estudio citológico era del 14% en 1990, la cuál aumento a 20% en el año 1997. Lo anterior ha llevado a cuestionar la eficacia que ha tenido el PNDOC en reducir las muertes por CaCu¹³ No se sabe a que edad la prueba de papanicolau deja de ser efectiva. Las mujeres de 65 años de edad ó mayores tienen una tasa alta de mortalidad por cáncer del cuello del útero de 9.3 por cada 100.000, comparada con un 2.2 en mujeres menores de 65 años de edad, más de la mitad de mujeres mayores de 65 años no se ha hecho un Papanicolaou en los últimos tres años.¹⁵ Las mujeres que han tenido histerectomía, si esta se realizo como tratamiento de cáncer ó de una condición precancerosa, es necesario seguir recogiendo muestras del extremo del canal vaginal para determinar si hay cambios anormales.⁵ El inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado, en numerosos estudios, con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical⁵ así como menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, antecedente de tabaquismo positivo, carencia de empleo fijo asalariado.¹⁶

En las mujeres a las que no se ha detectado el virus, podrán espaciar la revisión ginecológica a cada tres ó cinco años sin temor al cáncer de cerviz.¹⁷

En tales circunstancias es importante identificar los factores personales psicosociales, y ginecobstetricos que determinan la utilización de Pap de acuerdo a estudios previos: La prevalencia en el uso de la PAP tenían antecedente de haberse realizado por lo menos una vez en su vida, tres años previos al momento de la encuesta 31.4%, en 13 unidades de primer nivel de atención de la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en Sonora se tomo en cuenta tanto el medio urbano como el rural,¹⁸ de cero a tres embarazos no realizaban detección (OR = 24.61, IC 95% 5.05-16.2)¹⁹ un estudio en investigación de factores de riesgo para neoplasia cervical aumenta a mayor número de partos.²¹ En el estudio de tamizaje en cáncer cervical reporta un 45% nunca se

lo habían realizado un 21,2% tenían solo una prueba de tamizaje el 8.7% tenían dos pruebas de tamizaje previas y por ultimo el 15,1% de la población de estudio tuvo el antecedente de haberse sometido a tres ó más citologías, la prevalencia de utilización del Pap entre las mujeres de 35 a 54 años de edad es 3,8 veces mayor (IC 95% 2,3-6,3), en comparación con las mujeres menores de 29 años. El conocimiento de la utilidad de la prueba de Pap se asocia estrechamente con la utilización del Programas de Detección Oportuna del Cáncer cervical (PDOC) (OR=6.0 a 29.6)^{21,22} En otro estudio se encontró que tener conocimiento es un 39% y de estas solo 8.5% se lo realizo.²³ y el antecedente de infección vaginal previa incrementa la prevalencia de utilización de la prueba de Pap (OR=1.7 a 2.18)^{21,22} las mujeres con antecedente de utilización de método de planificación familiar (OR=1,53, IC95% 1,2-2,0)²¹. Así mismo las mujeres cuyas parejas sexuales están de acuerdo en que se les realice exploraciones ginecológicas, tienen mayor prevalencia de utilización del PDOC (OR = 1,56, IC95% 1,1-2,3) el antecedente de haber presentado, En relación al estado civil ser soltera incrementa el uso del PDOC (OR 1.27, IC95% 0.8-1.9)²¹ Información por parte de los proveedores de la salud informan 82% del papanicolaou y sin información un 22%²⁴ La asistencia a otras instituciones del sector salud, 40% acudió a SSA, 35% IMSS, 20% otras, 5% al ISSTE.¹⁹ La escolaridad mínima primaria en 55%¹⁹ El vivir más de 30 minutos de la unidad de salud no utilizaron (OR 2.46; IC95% 1.54-3.93)¹⁸ Trabajo actual (RM 0.70 IC 95% 0.57 -0.85) escolaridad menos de 7 años (OR = 0.50 IC 95% 0.40-0.63).²⁵

La citología cervical debe realizarse cada tres años en mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias ó cáncer; las mujeres con los problemas anteriores serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la

periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos.

Por lo que la finalidad de este estudio es conocer los factores que influyen para la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estado de Zacatecas la mortalidad por cáncer cervicouterino se ha incrementado de acuerdo a los reportes de muertes por cáncer cervicouterino, en el año 2000 fueron 42 defunciones con una tasa de 8.3 X 100,000 habitantes, y en el año 2001 fueron 57 defunciones con una tasa de 11X 100,000 habitantes.

A pesar de que la citología vaginal es el método ideal para el tamizaje de cáncer cervicouterino para obtener una eficacia y eficiencia del tamizaje debe ampliarse a los grupos de mayor riesgo de adquirir la enfermedad por ser una enfermedad de transmisión sexual, en la actualidad inicio de vida sexual activa es desde la adolescencia y tener múltiples parejas, es la población que se tiene más desprotegida en la realización de la citología y/o el uso de preservativos.

Por lo que es de suma importancia estrategias para todo el equipo multidisciplinario, campañas de difusión para lograr la participación activa con el objeto de incrementar la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino en los grupos de mayor riesgo, y de esta manera lograr disminuir las tasas de morbimortalidad.

Es necesario que el usuario tenga una información adecuada de que los Servicios de Salud no solo son para cuando se tenga una enfermedad exclusivamente sino que tenga toda la información adecuada de que se debe acudir periódicamente para la prevención de las enfermedades.

¿Cuáles son los factores asociados para la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino?

3. JUSTIFICACION

Para lograr incrementar la cobertura de participación del tamizaje de cáncer cervicouterino se requiere conocer las causas que prevalecen y de esta manera diseñar estrategias para poder alcanzar la meta deseada.

Son varios los factores que influyen para que la mujer con inicio de vida sexual activa sea responsable de su salud por lo tanto es prioritario que el equipo de salud, manejen criterios unificados para preparar a la mujer a que asuma la responsabilidad de su salud y aspire a tener mejor calidad de vida.

La importancia de este estudio es para mejorar los índices alcanzados en las acciones de protección de la mujer, para lo cual se implementaran acciones que apunten sobre la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino haciendo énfasis sobre la población blanco, si tenemos en cuenta que el cáncer cervicouterino su etiología predominante es por la relación sexual y que el inicio de vida sexual activa inicia desde la adolescencia.

Por lo que es indispensable que el equipo de salud proporcione las herramientas necesarias para que la mujer deje a un lado sus mitos, pudor, ignorancia, debe saber que con este examen es posible prevenir cáncer cervical y/o su manejo en etapas tempranas.

Con este proyecto podremos identificar las causas por las que acuden a realizarse el tamizaje de cáncer cervicouterino, que nos servirán para establecer acciones institucionales para lograr una mayor cobertura del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados a la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la prevalencia en la participación del tamizaje de cáncer cervicouterino.

Determinar si las siguientes características se asocian a la participación en el tamizaje de cáncer Cervicouterino:

- Las características sociodemográficas: lugar de residencia, edad, estado civil, escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico, tiempo disponible, apoyo de la pareja, dejarlo para después, el pudor, el número de parejas sexuales.
- La atención en la Unidad de Medicina familiar: distancia en tiempo, tiempo de espera a la consulta para con el médico, información por parte del médico, conocimiento de la utilidad del DOC, periodicidad de la prueba, lugar donde se realiza.
- Los factores gineco/obstétricos: El inicio de vida sexual activa, método anticonceptivo, número de gestaciones edad de primer parto, alteraciones menstruales, antecedente familiar de cáncer cervicouterino, infecciones cervicovaginales, enfermedad de transmisión sexual, histerectomía por cáncer cervicouterino, tiempo de último papanicolaou previos a los 3 últimos años, total de exámenes realizados, tiempo en que conoció su resultado.

5. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

En la participación del tamizaje de cáncer cervicouterino existen factores asociados.

5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

La prevalencia es menor a la reportada a nivel nacional.

Las siguientes características se asocian a la participación del tamizaje de cáncer cervicouterino:

- Características sociodemográficas: ser del medio urbano, mayor de 25 años, casada, escolaridad baja, trabajar fuera del hogar, nivel socioeconómico medio alto, disponibilidad de tiempo, apoyo de la pareja, no hacer desidia, no tener pudor, tener dos ó menos compañeros sexuales.
- Características de la atención en la Unidad de Medicina Familiar: la distancia en tiempo menor de 30 minutos a la unidad, tiempo de espera menor de 30 minutos con el médico, información por parte del médico, tener conocimiento de la prueba, conocer la periodicidad de cuando realizarla, lugar donde se realiza la prueba.
- Factores gineco- obstétricos: inicio de vida sexual activa temprano, el tipo de método anticonceptivo la salpingoclasia, tener más de tres gestaciones, tener el primer parto mayor de 25 años, alteraciones menstruales, tener antecedente de familiar con cáncer cervicouterino, tener infecciones cervicovaginales, haber presentado enfermedades de transmisión sexual, no tener histerectomía, haberse realizado papanicolau más de una vez en los tres últimos años, conocer el resultado del papanicolau en dos meses.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio transversal analítico.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

6.2.1 POBLACIÓN:

Mujeres entre los 18 a 73 años de edad.

6.2.2 LUGAR:

La Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Fresnillo, Zacatecas.

6.2.3 TIEMPO:

En el periodo de junio a diciembre de 2003.

6.3.- MUESTREO:

6.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Se seleccionaron las participantes mediante un muestreo no probabilística, por conveniencia.

6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Ta^2 pq}{E^2}$$

n = Tamaño de la muestra.

Ta = 1.96 Confianza del 95%

P = 0.05 La proporción de observaciones que se presenta en la población.

Q = 1-0.5 Es la contraparte de la proporción de observaciones y es igual a

1-p.

E= 0.05 Margen de error.

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres de 18 a 73 años de edad con inicio de vida sexual activa que acudan a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Fresnillo, Zacatecas.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres que no acepten participar en la investigación.

6.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

6.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Participación del tamizaje de cáncer cervicouterino.

6.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

Sociodemográficas:

- Lugar de residencia.
- Edad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Nivel socioeconómico.
- Tiempo disponible.

- Apoyo de la pareja.
- Desidia.
- Pudor.
- Número de parejas sexuales.

Unidad de Medicina Familiar

- Distancia en tiempo
- Tiempo de espera a la consulta para con el medico
- Información por parte del médico
- Conocimiento de la utilidad
- Periodicidad de la prueba
- Lugar donde se realiza.

Gineco/obstétricos

- Inicio de vida sexual activa
- Método anticonceptivo hormonal oral, inyectable, DIU, preservativo, quirúrgico
- Número de gestaciones
- Edad de primer parto
- Alteraciones menstruales
- Antecedente familiar de cáncer cervicouterino
- Infecciones cervicovaginales
- Enfermedad de transmisión sexual
- Histerectomía por cáncer cervicouterino
- Tiempo de ultimo papanicolaou previos a los 3 últimos años

- Total de exámenes realizados
- Tiempo en que conoció su resultado.

6.5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Nombre:	Participación del tamizaje de Ca Cu.
Definición conceptual:	Cuando realiza el tamizaje de Ca Cu.
Definición operacional:	Realización dentro de los 3 últimos años del tamizaje hasta el momento de la aplicación de la cédula.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Si ó No.

SOCIODEMOGRAFICAS

Nombre:	Lugar de residencia.
Definición conceptual:	Sitio ó localidad donde radica una persona.
Definición operacional:	Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Rural ó Urbana.
Definición conceptual:	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.
Nombre:	Edad.
Definición conceptual:	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.
Definición operacional:	Años transcurridos hasta el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.
Categorías: Menores de 24 años - mayores de 25 años.

Nombre: **Estado civil.**

Definición conceptual: Condición e cada persona en relación a los derechos obligaciones y derecho civil.

Definición operacional: Tipo de unión ó relación que se tiene en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Unida ó no unida.

Nombre: **Escolaridad.**

Definición conceptual: Periodo durante el cuál se asiste a ala escuela ó un centro de enseñanza.

Definición operacional: El grado de escolaridad en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Nula, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, (escolaridad baja), secundaria completa, preparatoria, técnica incompleta, preparatoria técnica completa profesional incompleta, profesional completa. (escolaridad alta).

Nombre: **Ocupación.**

Definición conceptual: Trabajo, oficio ó actividad en lo que se emplea el tiempo con remuneración económica.

Definición operacional: Tipo de actividad que se desempeña en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Profesionista, técnico, secretaria, empleada mostrador, operaria, obrera, (trabajadora fuera del hogar), ama de casa.

Nombre: **Nivel socioeconómico.**

Definición conceptual: La recta administración de los bienes.

Definición operacional: Lo referido por el paciente en el momento de la aplicación de el método de Graffar. Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Estrato alto (04 - 06 puntos)
Medio alto (07 - 09 puntos)
Medio bajo (10 – 12 puntos)
Obrero (13 – 16 puntos)
Marginal (17 - 20 puntos)

Nombre: **Poca disponibilidad de tiempo.**

Definición conceptual: Momento oportuno para realizar una acción.

Definición operacional: El tiempo referido en el momento de la aplicación de la

encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Apoyo de la pareja.**

Definición conceptual: La confianza y estimulación para realizar acciones.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Desidia.**

Definición conceptual: Descuido, negligencia para realizar una acción.

Definición operacional: Lo referido por la paciente en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Pudor.**

Definición conceptual: Sentimiento de vergüenza hacia lo relacionado con el sexo.

Definición operacional: Lo referido por la paciente en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Número de parejas sexuales.**

Definición conceptual: Número de personas con las que se tiene una relación sexual (coito).

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Uno, dos tres, ó más.

Atención en la Unidad de Medicina Familiar

Nombre: **Accesibilidad a la unidad.**

Definición conceptual: Tiempo para desplazarse de un sitio a otro.

Definición operacional: Tiempo de traslado del domicilio a la unidad referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: 10 – 15 minutos
16 –30 minutos
más de 31 minutos.

Nombre: **Tiempo de espera a la consulta con el médico.**

Definición conceptual: Duración de espera para entrar a la consulta.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: De 10 a 15 minutos

De 16 a 30 minutos

De 31 á más minutos.

Nombre: **Información por parte del médico.**
Definición conceptual: Quien da información acerca de las acciones.
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: **Utilidad del papanicolau.**
Definición conceptual: Conocimiento acerca del interés sobre una acción.
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: **Conocimiento de la periodicidad con que se realiza papanicolau**
Definición conceptual: Saber cada cuando se debe hacer la prueba de cáncer cervicouterino
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: **Lugar.**

Definición conceptual: Sitio en donde se lleva a cabo un evento.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Sector Salud que acudió público ó privado.

Gineco – obstétricos

Nombre: **Inicio de vida sexual activa.**

Definición conceptual: Edad de inicio de primera experiencia sexual tipo coito.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Menores de 24 años- mayores de 25 años.

Nombre: **Método de anticonceptivo.**

Definición conceptual: El uso de un método de acuerdo a la orientación y consejería que obtenga para planear en momento, número y esparcimiento de los hijos.

Definición operacional: Uso de método y cuál en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No Dispositivo intrauterino, hormonales, preservativo, salpingoclasia.

Nombre: **Número de gestaciones.**

Definición conceptual: Cantidad de embarazos.
Definición operacional: Lo referido por la paciente en el momento de aplicación de la encuesta. Gestación / ___ Partos / ___ Abortos/ ___ Cesárea/ ___
Escala de medición: Nominal.
Categorías: No. De Gestación / ___ Partos/ ___ Abortos/ ___ Cesárea/ ___

Nombre: **Edad del primer parto.**
Definición conceptual: Fecha de expulsión de producto fecundado.
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Menores de 24 años - mayores de 24 años.

Nombre: **Alteraciones menstruales.**
Definición conceptual: Presencia de sangrado menstrual en forma irregular.
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: **Antecedente familiar de cáncer cervicouterino.**
Definición conceptual: Si algunas de sus consanguíneos presento tal padecimiento.
Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Si ó No.

Nombre: **Infección vaginal.**

Definición conceptual: Alteración micro ecológica caracterizada por flujo vaginal.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Enfermedad de transmisión sexual.**

Definición conceptual: Infección adquirida en la relación sexual.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si ó No.

Nombre: **Histerectomía.**

Definición conceptual: Extirpación del útero.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Ca Cu, Miomas, desconoce.

Nombre: **Total de papanicolau en los últimos 3 años.**

Definición conceptual: Número de pruebas realizadas en determinado tiempo.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Nunca, una vez, dos veces, tres ó más.

Nombre: **Total de papanicolau posterior inicio de viada sexual activa.**

Definición conceptual: El número de pruebas realizadas desde inicio de viada sexual activa.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Nunca, una vez, dos veces, tres ó más.

Nombre: **Conoció resultados.**

Definición conceptual: Tiempo en que después de la prueba conoció resultado.

Definición operacional: Lo referido en el momento de la aplicación de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Nunca, inmediatamente antes del mes, a los dos meses tres ó más meses.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Se incluyeron a mujeres de 18 a 73 años de edad con inicio de viada sexual activa que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 y mediante la cédula de información se obtuvieron los datos. A las pacientes se les explicó ampliamente el propósito del proyecto en el que voluntariamente aceptaron participar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se procedió a la aplicación de una encuesta, que contenía las variables de estudio, los

instrumentos de medición del nivel socioeconómico (método de Graffar), y fue aplicada por el investigador. Los datos se fueron capturando en Excel, para posteriormente analizarlos en el programa SPSS ver. 10; se utilizó estadística descriptiva para determinar la media, desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se determinó la asociación de factores de riesgo mediante razón de momios y el intervalo de confianza del 95% y la significancia estadística se determinó mediante X^2 considerando el valor alfa de 0.05

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se sometió para su aceptación por el Comité Local de investigación del Hospital General de Zona No. 2, el cual fue aprobado y su registro fue con el folio 2003 - 651- 005.

Los procedimientos humanos realizados se ajustan a las disposiciones éticas contempladas en la Declaración de Helsinki, y sus modificaciones hasta Edimburgo Escocia en el 2000, así como lo dispuesto en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

A todos los pacientes se les dio a conocer y firmar carta de consentimiento informado y se guarda la confidencialidad de los resultados de cada paciente.

7. RESULTADOS

Se incluyeron 384 mujeres con un promedio de edad de 37.5 desviación estándar de 12.47 y con un rango de 18 a 73 años de edad.

De las características sociodemográficas al separar las pacientes en un grupo que si participaron y en las que no participaron en la Detección Oportuna de Cáncer fueron casi similares en cuanto a la procedencia predomino la urbana 85.8% y 85.3% (Cuadro 1, gráfica 1), el estado civil unida (casada, unión libre) 82% y 75.6% (Cuadro 2 , gráfica 2), la escolaridad alta (secundaria completa a profesional) 53.7 y 61.8% (Cuadro 3, gráfica 3), el nivel socioeconómico obrero 36.3% y 38.3% (Cuadro 4, gráfica 4), la actividad laboral el ser ama de casa es igual en ambos grupos 54.4%, (Cuadro 5, gráfica 5) respectivamente.

Se realizaron detección oportuna del cáncer desde el inicio de su vida sexual activa hasta el momento del estudio cuando menos una vez ó más dos terceras partes 261 (68%) y una tercera parte no se lo han efectuado 123 (32%). (Cuadro 6, gráfica 6)

Las mujeres que en los tres últimos años previos a la encuesta se realizaron una ó más ocasiones la detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC) fue casi la mitad 53.1 % (n = 204), las que no se lo realizaron 46.9% (n = 180). (Cuadro 7, gráfica 7)

Dos terceras partes se realizaron la detección oportuna de cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano de Seguro Social 68.1% (n = 178) y una tercera parte en otras instituciones 31.9% (n = 83). (Cuadro 8, gráfica 8)

En relación en al tiempo en que conocieron su resultado en menos de dos meses el 62.3% (n=162), más de tres meses el 14.9% (n=39), una quinta parte nunca conoció su resultado 22.8% (n =60). (Cuadro 9, gráfica 9)

Al separar las pacientes en un grupo que si participaron y en las que no participaron en el Detección Oportuna de Cáncer fueron en cuanto al tener tres a cuatro embarazos 40.5% y 22.7% (Cuadro 10, grafica 10), respectivamente.

El método anticonceptivo la mayor parte de las que se realizaron la detección oportuna cáncer cervicouterino no contaban método anticonceptivo 65.2% (n = 250) y el 15.2% (n = 58) que contaban con método definitivo era la salpingoclasia de 15.2%. (cuadro11, gráfica11)

Los factores asociados con significancia estadística de las características sociodemográficas fueron la edad mayor de 25 años con Razón de Momios (RM) 11.22 con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de 5.11-25.21 y valor $p < 0.001$. (Cuadro 12)

Los factores asociados con significancia estadística inherentes a la mujer, fueron el tener tiempo disponible para acudir detección oportuna de cáncer cervicouterino con RM 2.09 (IC95% 1.03-4.25, $p = 0.026$), el no hacer desidia RM 6.5 (IC95% 3.29-11.28), $p < 0.001$). Factores que insinuaron cierta asociación pero sin significancia estadística son el tener apoyo de su pareja RM 2.23 (IC95% 0.87-5.73, $p = 0.062$). (Cuadro 13)

Factores asociados con significancia estadística inherentes a los servicios de la Unidad de Medicina Familiar fueron la distancia en tiempo menor de 30 minutos con RM 1.70 (IC95% 1.07-2.69, $p = 0.017$); recibir información por parte del médico con RM 4.33 (IC 95% 2.68-7.00, $p < 0.001$); saber cada cuando se debe realizar el DOC con RM 15.43 (IC 95% 8.73-27.42, $p < 0.001$); conocer la utilidad de la DOC RM 59.8 (IC95% 8.43-1205.37, $p < 0.001$). (Cuadro 14)

Factores asociados con significancia estadística gineco/obstetricos fueron el método de planificación familiar salpingoclasia con RM 1.91 (IC95% 1.01-3.65, $p =$

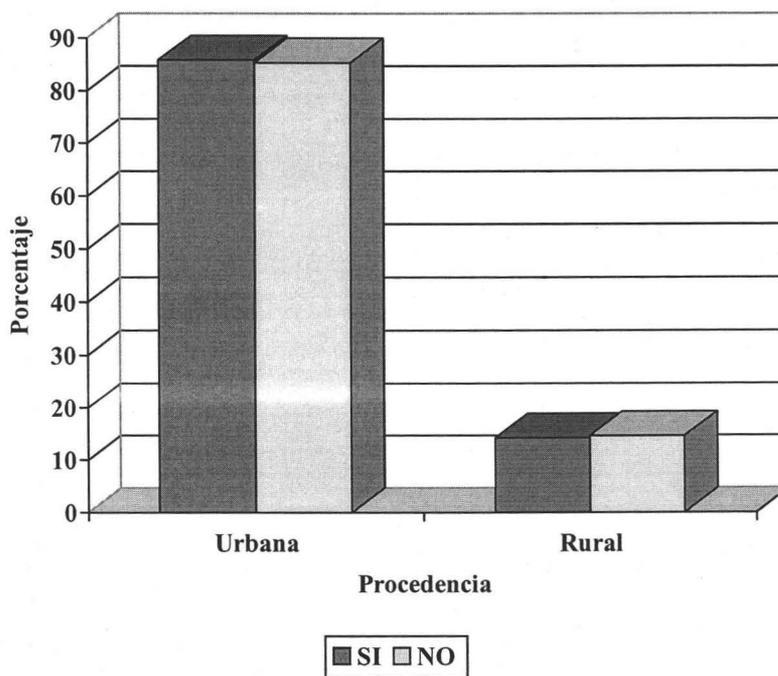
0.032); tener más de tres gestaciones con RM 3.48 (IC95% 2.17-5.61, $p < 0.001$). (Cuadro 15,16)

Cuadro 1. Lugar de procedencia para realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

PROCEDENCIA	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Urbana	224	85.8	105	85.3
Rural	37	14.2	18	14.6
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.
 DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino).

Gráfica 1.
 Lugar de procedencia para realización de DOC en mujeres adscritas a la U.M.F. no. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 1.

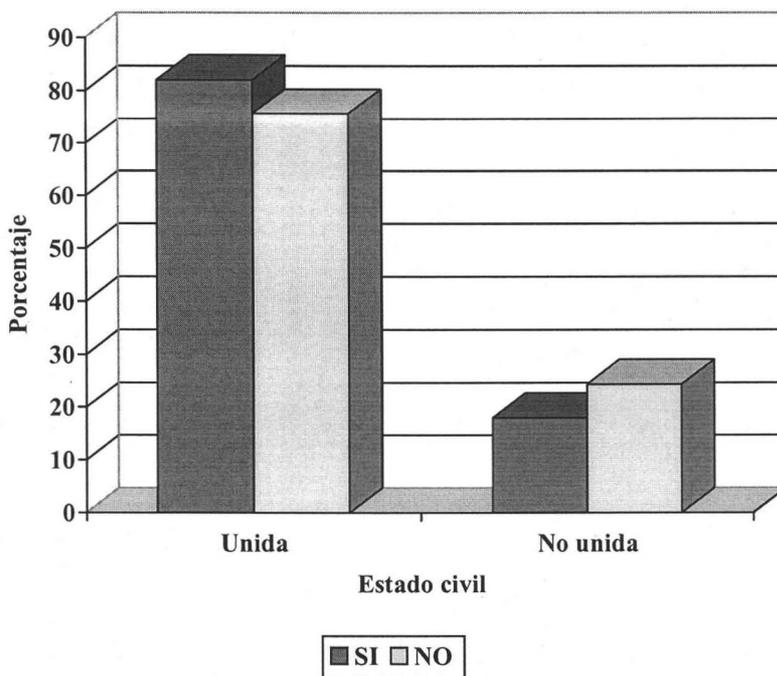
Cuadro 2. Estado civil realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

ESTADO CIVIL	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Unida	214	82.0	93	75.6
No unida	47	18.0	30	24.4
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.
 DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino).

Gráfica 2.

Estado civil realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 2.

Cuadro 3. La escolaridad y la realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

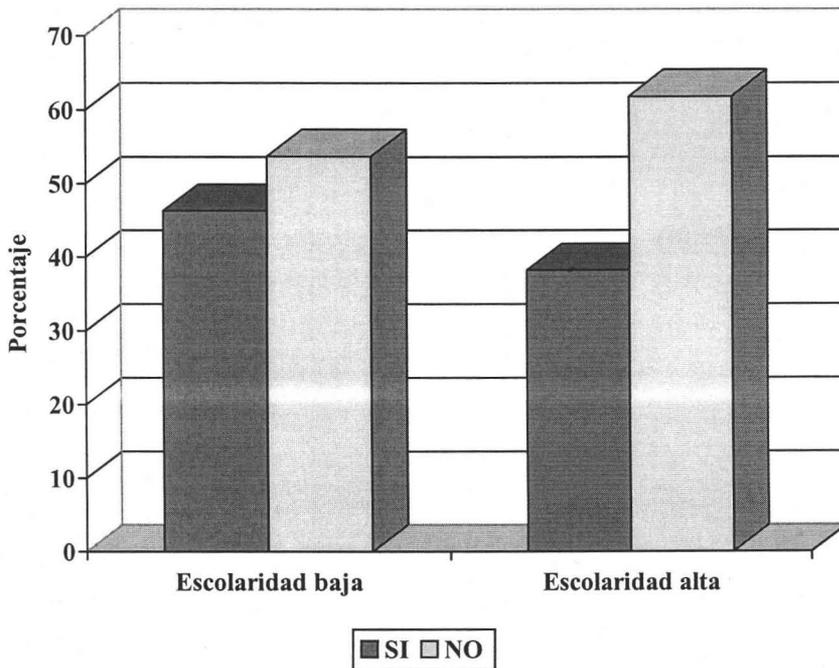
ESCOLARIDAD	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Escolaridad baja (hasta secundaria incompleta)	121	46.3	47	38.2
Escolaridad alta (hasta profesional completa)	140	53.7	76	61.8
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 3

La escolaridad y la realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2003



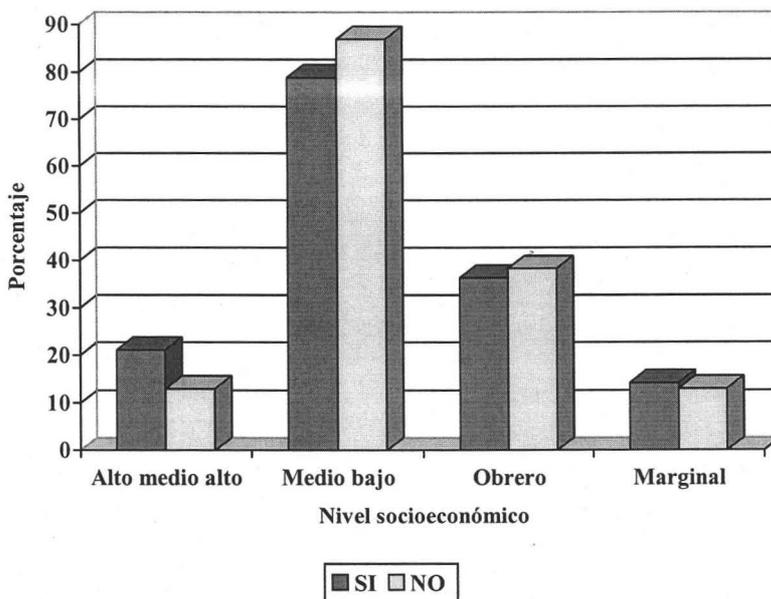
Fuente: cuadro 3

Cuadro 4. Distribución según el nivel socioeconómico realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Alto, medio alto	55	21.2	16	13.0
Medio bajo	74	28.3	44	35.7
Obrero	95	36.3	47	38.3
Marginal	37	14.2	16	13.0
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.
DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 4.
Distribución según el nivel socioeconómico realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 4.

Cuadro 5. Distribución de la actividad laboral según realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

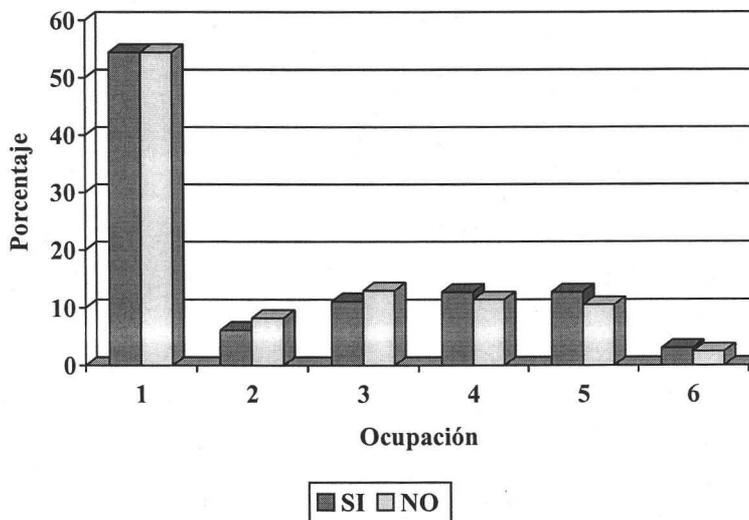
Actividad laboral	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Ama de casa	142	54.4	67	54.4
Empleado mostrador	16	6.1	10	8.2
Obrero	29	11.1	16	13.0
Profesionista	33	12.7	14	11.4
Secretaria	33	12.7	13	10.5
Técnico	8	3.0	3.0	2.4
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 5.

Distribución de la actividad laboral según realización de la DOC en las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



1.-Ama de casa 2.- E. Mostrador 3.- Obrera
4.- Profesionista 5.- Secretario 6.-Técnico

Fuente: cuadro 5.

Cuadro 6. Realización de DOC después del IVSA en mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

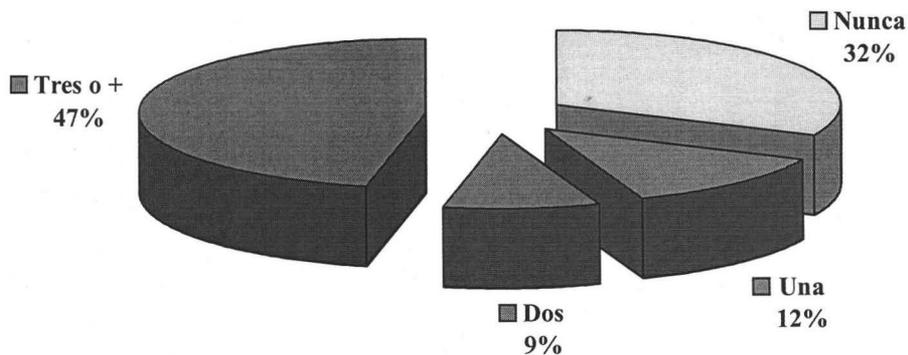
Total de DOC	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	123	32.0
Una vez	47	12.4
Dos veces	34	8.8
Tres ó mas veces	180	46.8
Total	384	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

IVSA. (Inicio de vida sexual activa)

Gráfica No. 6.
Realización de DOC después del IVSA en mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 6.

Cuadro 7. Realización de DOC en los últimos 3 años en mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

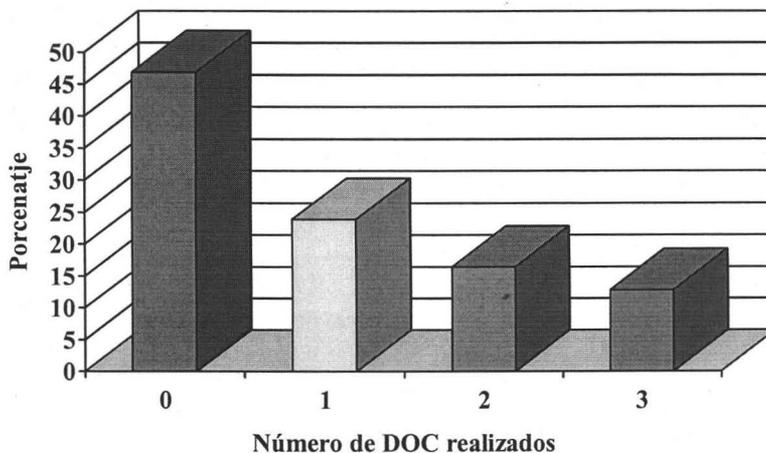
DOC en los últimos 3 años	Frecuencia	Porcentaje
No se lo realizaron	180	46.9
Una vez	92	23.9
Dos veces	63	16.4
Tres ó mas veces	49	12.8
Total	384	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 7.

Realización de DOC en los últimos 3 años en mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



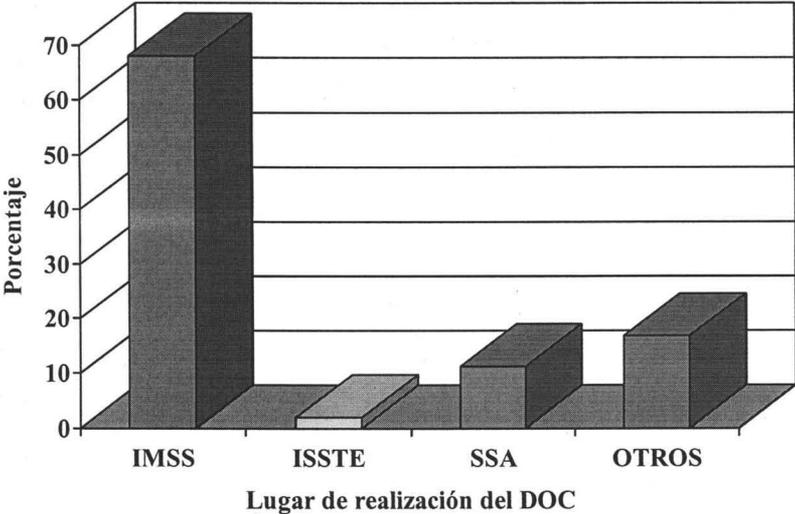
Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Lugar donde se realización de DOC las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	178	68.1
ISSTE	5	1.9
SSA	29	11.2
OTROS	49	16.8
Total	261	100.0

Fuente: encuestas.
 DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 8.
 Lugar donde se realización de DOC las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Tiempo en que conocieron su resultado las mujeres que se realizaron el DOC, adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

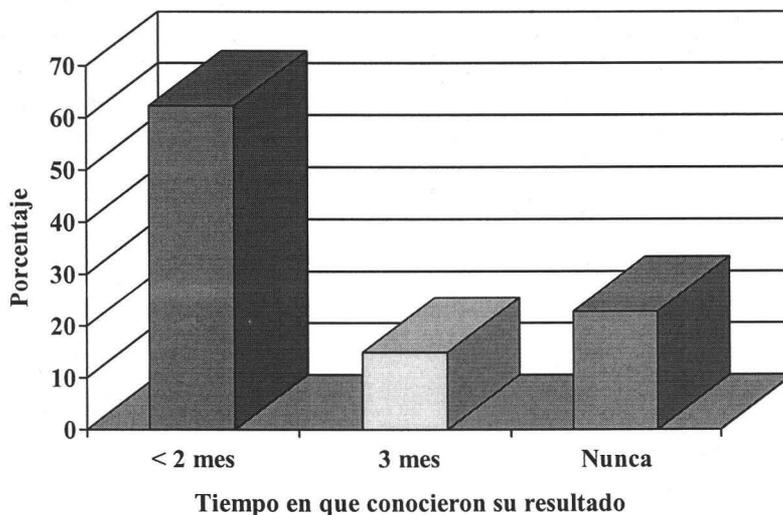
Tiempo que conocieron resultado del DOC	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2 meses	162	62.3
Más de tres meses	39	14.9
Nunca	60	22.8
Total	261	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 9.

Tiempo en que conocieron su resultado las mujeres que se realizaron el DOC, adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 9.

Cuadro 10. Distribución según el número de embarazos y realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

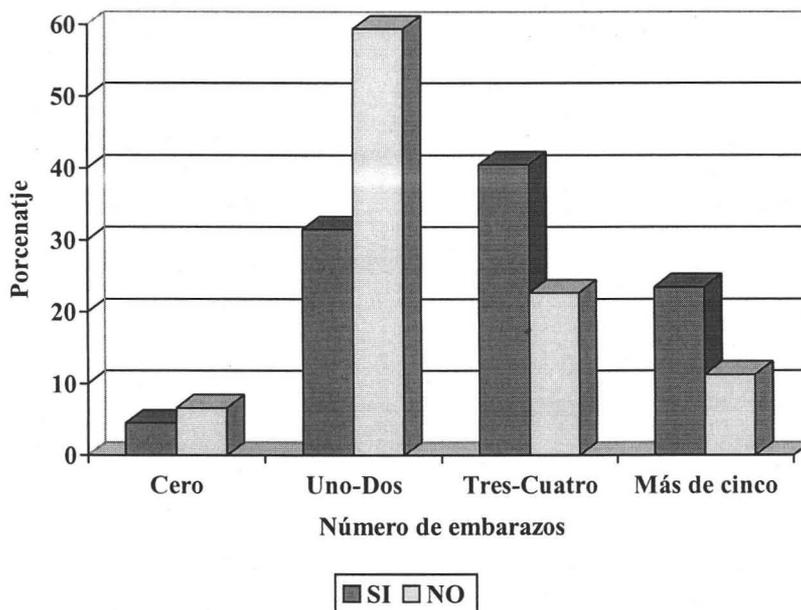
Gestaciones	SI DOC		NO DOC	
	Número	%	Número	%
Cero	13	4.5	8	6.6
Uno-dos	80	31.5	73	59.4
Tres-cuatro	106	40.5	28	22.7
Mas de cinco	62	23.5	14	11.3
TOTAL	261	100.0	123	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 10.

Distribución según el número de embarazos y realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zac. 2003.



Fuente: cuadro 10.

Cuadro 11. Distribución según el método anticonceptivo y realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

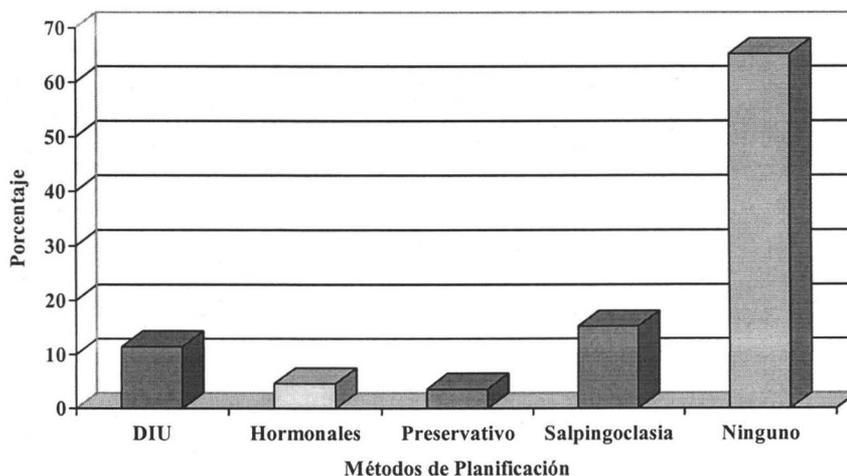
Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
DIU	44	11.4
Hormonales	18	4.6
Preservativo	14	3.6
Salpingo	58	15.2
Ninguno	250	65.2
Total	384	100.0

Fuente: encuestas.

DOC (detección oportuna de cáncer cervicouterino)

Gráfica 11.

Distribución según el método anticonceptivo y realización de la DOC en la mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F No. 55 del IMSS de Fresnillo, Zacatecas en el 2003.



Fuente: cuadro 11.

Cuadro 12. Factores sociodemográficos asociados a la participación en el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

Factores	DOC Realizado		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Procedencia					
Rural	37	18	1.00	-	-
Urbana	224	105	1.04	0.54-1.98	0.904
Edad					
< de 25 años de edad	10	38	1.00	-	-
> de 25 años de edad	251	85	11.22	5.11-25.21	<0.001
Estado civil					
No unida	47	30	1.00	-	-
Unida	214	93	1.47	0.85-2.55	0.144
Escolaridad					
Escolaridad alta	121	47	1.0	-	-
Escolaridad baja	140	76	1.00	0.45-1.13	0.133
Ocupación					
Ama de casa	142	67	1.00	-	-
Trabajar fuera del hogar	119	56	1.00	0.64-1.58	0.990

*Prueba: χ^2

Fuente: encuestas

DOC (detección de cáncer cervicouterino)

Cuadro 13. Factores inherentes a la mujer asociados a la participación en el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

Factores	DOC Realizado		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Tiempo disponible					
No	21	19	1.00	-	-
Si	240	104	2.09	1.03-4.25	0.026
Apoyo de la pareja					
No	10	11	1.00	-	-
Si	217	90	2.23	0.87-5.73	0.062
Desidia					
Si	137	107	1.00	-	-
No	124	16	6.5	3.29-11.28	<0.001
Pudor					
Si	143	78	1.00	-	-
No	118	45	1.43	0.90-2.28	0.110
No. Parejas sexuales					
Tres ó más	23	11	1.00	-	-
Dos ó menos	238	112	1.02	0.45-2.28	0.966

*Prueba: X^2

Fuente: encuestas

DOC (detección de cáncer cervicouterino)

Cuadro 14. Factores Sector Salud asociados a la participación en el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zacatecas en el 2003.

Factores	DOC Realizado		RM	IC95%	P*
	Si	No			
Distancia en tiempo					
> de 30 minutos	88	57	1.00	-	-
< de 30 minutos	173	66	1.70	1.07-2.69	0.017
Tiempo de espera médico					
> de 31 minutos	141	75	1.00	-	-
< de 30 minutos	120	48	1.33	0.84-2.11	0.200
Información por parte del médico					
No	71	76	1.00	-	-
Si	190	47	4.33	2.68-7.00	<0.001
Sabe cada cuando se debe de realizar					
No	29	81	1.00	-	-
Si	232	42	15.43	8.73-27.42	<0.001
Sabe la utilidad del DOC					
No	1	23	1.00	-	-
Si	260	100	59.8	8.43-1205.37	<0.001

*Prueba: χ^2

Fuente: encuestas

DOC (detección de cáncer cervicouterino)

Cuadro 15. Factores gineco/obstetricos asociados a la participación en el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zac. 2003.

Factores	DOC Realizado		RM	IC95%	P*
	Si	No			
IVSA					
>24 años	34	18	1.0	-	-
<25 años	227	105	1.14	0.59-2.21	0.667
Método de planificación familiar					
Otros	203	107	1.00	-	-
Salpingoclasia	58	16	1.91	1.01-3.65	0.032
Gestaciones					
Cero uno dos	93	81	1.00	-	-
Tres ó mas	168	42	3.48	2.17-5.61	<0.001
Edad 1er.parto					
Menores de 24 años	203	104	1.00	-	-
Mayores de 25 años	58	19	1.56	0.86-2.88	0.121

*Prueba: X^2

Fuente: encuestas

DOC (detección de cáncer cervicouterino)

Cuadro 16. Factores gineco/obstetricos asociados a la participación en el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas adscritas a la U.M.F. No. 55 Fresnillo, Zac. 2003

Variables de riesgo	DOC		RM	IC95%	P*
	Realizado				
	Si	No			
Alteraciones menstruales					
No	138	69	1.00	-	-
Si	123	54	1.14	0.72-1.79	0.554
Antecedente hereditario de Ca Cu					
No	226	107	1.00	-	-
Si	35	16	1.04	0.53-2.05	0.913
Infecciones cervicovaginales					
No	122	51	1.00	-	-
Si	139	72	1.00	0.51-1.27	0.331
Enfermedad de transmisión sexual					
No	241	117	1.00	-	-
Si	20	6	1.62	0.59-4.64	0.310
Histerectomía					
Si	16	9	1.00	-	-
No	245	114	1.21	0.48-3.01	0.660

*Prueba: X^2

Fuente: encuestas

DOC (detección de cáncer cervicouterino)

8. DISCUSIÓN

A pesar de la creación del Programa Nacional de Cáncer y a la implementación de la detección temprana de la prueba del Papanicolau la cobertura de la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino en nuestro estudio fue baja, con solo el 53.1%.

La edad promedio de las que si participaron en el tamizaje de cáncer cervicouterino fue de 37.5 años, muy semejante a la encontrada en otros estudios.²² En las que no participaron la edad media fue de 28.2 años, esto se debe a que el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino es a partir de los 25 años.

De los factores encontrados con asociación para la participación en la detección oportuna de cáncer cervicouterino fueron la edad mayor de 25 años que se asoció once veces más que las menores de esta edad para la participación en la DOC, esto se debe probablemente a que en esta edad tienen más conciencia en la realización del DOC y estar más en contacto con las instituciones de salud ya sea por problemas de ellas o al traer a sus hijos. Sin embargo algunos autores mencionan que la edad ideal realizar la detección oportuna de cáncer es a los 18 años de edad ó cuando se empieza a tener vida sexual activa (lo que ocurra primero)⁷. Ante el inicio temprano de vida sexual activa en la adolescencia y el tener múltiples parejas sexuales son un factor de riesgo se debería ampliar la cobertura en menores de 25 años, o bien particularizar los casos con factores de riesgo menores de la edad establecida.

Aunque no se asoció el tipo de residencia para la participación en la DOC, predominaron las derechohabientes residentes en zona urbana lo que contrasta con otras investigaciones donde predomina el área Rural,⁸ lo anterior se debe al haber seleccionado solo a aquellas personas que acudieron a consulta a la unidad de medicina familiar que esta localizada en zona urbana, mientras que en el otro estudio se trataba de población abierta.

Se presento mayor participación de personas casadas ó que viven en unión libre (unidas), pero no se existió asociación, sin embargo en otro estudio refieren que el ser soltera incrementa la realización de detección oportuna del cáncer.²¹ El resultado de que las no unidas no participen más en el DOC tal vez se deba al nivel cultural o por las creencias de la población al pensar que si no se vive con la pareja, o que solo se tenga relación ocasional no es necesario realizarse tal detección.

No se encontró asociación de la escolaridad alta (secundaria completa hasta profesional.), ya que es de esperar que personas con mayor preparación, participen en el autocuidado de su salud. En otras investigaciones encontraron que la escolaridad baja (primaria como mínima)¹⁹ es un factor que influye para la participación de las detecciones.

Tampoco presentó asociación el no trabajar fuera de casa, algo contrario a lo esperado, debido a que supuestamente tienen mayor tiempo disponible para su participación en el DOC que las trabajadoras.

El nivel socioeconómico que prevaleció en este estudio fue el obrero, opuesto a lo reportado en otros estudios donde predominó el nivel socioeconómico alto,²¹ y que también fueron realizadas en UMF del IMSS de la Ciudad de México, sin embargo esperaríamos que las personas de nivel socioeconómico alto participarían más, al considerar que están más informadas sobre los beneficios que tiene el prevenir las enfermedades. Pero no siempre lo cultural va de la mano con lo económico.

El tener tiempo disponible para realizarse la DOC se asocio dos veces más que las que refieren no tenerlo, considerando los resultados de ser o no trabajadora fuera de casa no influye, sino que, ambas se hacen tiempo para la participación de sus detecciones. Por lo que sería conveniente acudir a las empresas, centros de trabajo a difundir información que incluya entre otros puntos los horarios de atención del servicio de medicina preventiva, y

que no es necesario pasar a consulta con el médico para el envío a sus detecciones y no pierdan más tiempo.

El apoyo de la pareja se asoció dos veces más que las que no tienen el apoyo de la pareja, resultado similar al encontrado en otros estudios (RM 1.56), por lo que se deriva que la participación en los programas de salud de la mujer debe ser en forma conjunta con su pareja.

También el no hacer desidia se asoció siete veces mayor que en las mujeres que si hicieron desidia, por lo que es importante promover, dar prioridad a las mujeres que acuden a consulta y aprovechar todas las oportunidades de las mujeres que acuden a las clínicas de salud por el motivo que sea.

No influyó el pudor ni el número de parejas sexuales mayor de tres para la participación en la DOC. Sin embargo en relación número de parejas sexuales esperaría mayor participación, debido a que entre más número de parejas se tenga es mayor la probabilidad de contraer el cáncer cervical.

Las personas que tenían una distancia en tiempo menor de 30 minutos de la casa a la UMF participan dos veces más que las que hacen más de 30 minutos al servicio de salud. Esto implica el dejar de hacer quehaceres de sus casas para su traslado. Por lo que una estrategia adecuada es establecer brigadas para promover su participación.

El recibir información sobre la DOC por parte del médico es cuatro veces mayor la participación que las que no reciben información, estudios anteriores mostraron resultados semejantes (RM 6.0 a 29.6),^{21, 22} por lo que es considerado como uno de los factores fundamentales para la participación. Esto es necesario resaltarlo en el personal médico para que perciba que todavía tiene una influencia importante sobre los pacientes y que cosas que deje de promover e informar va en detrimento de la salud de los pacientes.

Aspectos relacionados con lo anterior fueron los resultado de quienes conocen cada cuando debe de realizarse la detección se asocia quince veces más que las que lo desconocían, y las que saben la utilidad de la DOC participan cincuenta y nueve veces más que las que no la saben; esto demuestra la importancia del papel que el equipo de salud juega al proporcionar este tipo de información, y es la única manera de concienciar a la población para que se preocupe más por su salud.

El método de planificación familiar de salpingoclasia se asocio casi dos veces que los otros métodos en conjunto a la participación de la DOC. Aunque esperaríamos que las usuarias de DIU, se lo efectuaran más por el riesgo de infecciones cervicovaginales, que son factores predisponentes para el cáncer cervicouterino.

Quienes tienen tres ó más embarazos tienen tres veces más participación que las mujeres que tuvieron menos de tres embarazos. Coincide con los resultados de otros estudios en que a mayor número de gestaciones mayor participación,^{19,22} esto es de suma importancia si recordamos que a mayor número de embarazos se tiene mayor riesgo de cáncer cervical.

La edad del primer parto resulto ser igual en cuanto a la participación de las mayores de 25 años de edad es dos veces más la participación que en las menores de 24 años.

En relación con presentar alteraciones menstruales, antecedentes heredofamiliar de cáncer cervicouterino, presentar infecciones cervicovaginales y enfermedades de transmisión sexual, no tuvieron asociación para la participación en la DOC, esto es preocupante, ya que evidencia el poco interés que se presta a estas alteraciones que se relacionan con cancer cervicouterino.

9. CONCLUSIONES

La prevalencia de realización de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en los últimos 3 años de la muestra estudiada fue del 53.1 %; los factores asociados a la participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino fueron tener edad mayor de 25 años, recibir información por parte del médico, conocer la utilidad y cada cuando se debe realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino, tener tres ó más gestaciones, tener tiempo disponible, no hacer desidia, vivir a una distancia en tiempo a la unidad menor de 30 minutos y la utilización del método anticonceptivo salpingoclasia.

Estos factores identificados deben tenerse en cuenta para evaluar a cada paciente, y así informarla y orientarla adecuadamente para una mayor participación en la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa MM, Rivera LR. Importancia de la citología (papanicolaou) para detectar cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de clínica privada. Rev Med Hond 2000; 68:86-88.
2. ISSSTE. Asociados a virus del papiloma humano el 97% de los casos de cáncer cervicouterino. México D.F. 13/julio1999 B. 100-99. (Consultado el 6 junio 2003)
Disponible en URL:
<http://www.informatica.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/99/boletin100.html>.
3. Meneses GF, Lazcano PE, González M, Hernández AM, Nájera P, Sepúlveda AJ. Prevalencia del uso de la prueba de papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en México. Rev Inst Nal Carcerol Mex 1999; 45 (1): 17-35.
4. La prueba de papanicolaou: preguntas y respuestas. Natl cáncer I (rev. 06/12/2002) (Consultado 20 agosto 2004). Disponible en URL:
http://cis.nci.nih.gov/fact/5_16s.htm.
5. Rubiano VJ, Trujillo D, Gutiérrez MD, Bueno MM. Guía practica clínica basadas en la evidencia tamizaje en cáncer ginecológico. Proyectos iss-ascofame 1997 (Consultado 30 julio 2003). Disponible en URL:
<http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/tamiza-3.pdf>
6. Farfán ML, Barrón TE, Jiménez DM, Vázquez ME, Ayala AS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3).123-130.
7. Agenda salud. Publicación trimestral del programa mujeres y salud. Santiago de Chile: Isis internacional; 25/2002.

8. Palacio ML, Rangel GG, Hernández AM, Lazcano PE. cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Sal Pub Mex* 2003; supl 3:5315-S325.
9. Estadísticas de Mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. *Sal Pub Mex* 44(3):266-82.
10. Estadísticas de Mortalidad en México: muertes registradas en el 2001. *Sal Pub Mex* 2002; 44 (6): 565-81.
11. Gallegos CM. Papanicolaou, Citología Exfoliativa. *Bol CitiMed*. (Consultado el 1 Agosto 2003). Disponible en URL: <http://www.citimed.com.mx>.
12. Bavastro G, George N. Papanicolaou maestro pionero sabio. 2000 (Consultado el 20 Mayo 2003). Disponible en URL: <http://www.gineconet.com./articulo/457htm>.
13. Torres CJ, Tapia YJ, Dorantes J. Mortalidad de cáncer cervicouterino en México: 1979-1999. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16(1): 35-42.
14. Lazcano PE, Moss S, Alonso P, Salmerón CJ, Hernández AM, Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino en países en vías de desarrollo. *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. México DF: Edit. Panamericana; 2000. p.155-74.
15. NCCC. Datos sobre el cáncer del cuello del útero existiendo en las mujeres mayores de edad. (Consultado el 15 Mayo 2003). Disponible en URL: <http://www.ncc-online.org/español-2.asp>
16. Hernández HD, Hernández AF, Ormelas BL, González LG, Andrade A, Martínez GM. Cáncer de cuello uterino, Factores sociales, clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras. *Rev Med IMSS* 2001; 39 (4): 325-333.

- Muñoz N, Bosh F, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic Classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Eng J Med* 2003;(6):518-526.
17. Romero CJ, Guiscafre GH, Santillana MM. Factores en la no utilización oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. *Rev Med IMSS* 1997; 35 (3):227-232.
 18. Hernández HC, Girón CJ, Correa-Chacón AJ, Hernández-Lara JA, Esquivel AA, Jacobo SA. Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(1):7-10
 19. Castañeda IM, Toledo CR, Aguilera DM. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Sal Pub Mex* 1998; 40 (4).330-338.
 20. Aguilar PJ, Leyva LA, Angulo ND, Salinas A, Lazcano PE. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Sal Pub Mex* 2003; 37 (1):100-6.
 21. Lazcano PE, Moss, PS, Cruz VA, Alonso RP, Casares QS, Martínez LC, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Sal Pub Mex* 1999; 41: 278-285.
 22. Adanu RMK. Cervical cancer knowledge and screening in Accra, Ghana. *J. Womens Health (Larchmt) Gender-Based Med* 2002;11(6):487-488
 23. Gichangi P, Estamble B, Bwayo, J, Rogo K, Ojwang S, Opiyo A. Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13(6): 827-833.

24. Torres MG, Salmerón CJ, Téllez RM, Lazcano PE, Juárez MS, Torres TI, et al
Characteristics of respondents to a cervical cancer screening program in a
developing country. Arch Med Res 2002, 33: 295-300.
25. Huerta GJ. PAC medicina familiar. 1ra Ed. México DF: Intersistemas; 1999. p.

52

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1 Hoja de recolección de datos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ZACATECAS
UMF No. 55 FRESNILLO, ZACATECAS
"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACION DEL TAMIZAJE DE CACU"

FECHA _____ FOLIO _____

CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

PROCEDENCIA: 1 _____ Urbana 2 _____ Rural.

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: 1 _____ Unida 2 _____ No unida.

ESCOLARIDAD: 1__ Nula 2__ Primaria 3__ Secundaria 4__ Preparatoria
5__ Preparatoria 6__ profesional.

OCUPACIÓN: 1__ Profesionista 2__ Técnico 3__ Secretaria 4__ Empleada mostrador
5__ Obrera, operario 6__ Ama de casa 7__ estudiante.

SE HA REALIZADO PAPANICOLAOU: 1 _____ Si 2 _____ No.

II.- NIVEL SOCIOECONÓMICO.

A).- PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA. _____

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante ó de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida ó universidad inconclusa.
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxistas, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B).- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE _____

- 1.-Universitaria ó su equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3.-Secundaria incompleta ó técnico inferior (cursos cortos)
- 4.-Educación primaria completa.
- 5.-Primaria incompleta analfabeta.

C).- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS _____

- 1.- Fortuna heredada ó adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- 2.- Ingresos provenientes de una ingresa privada, negocios, honorarios profesionales

(Médicos, abogados, etc.) Deportistas profesionales.

- 3.- Sueldo quincenal ó mensual.
- 4.- Salario diario semanal.
- 5.- Ingresos de origen publico privado (subsidios).

D).-CONDICIONES DE VIVIENDA. _____

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
- 4.- Vivienda con espacios amplios ó reducidos pero confortables y deficientes condiciones sanitarias .
- 5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho ó de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

III.- ACCESO A LA UNIDAD:

- 1.- Distancia en tiempo para llegar a la unidad: 1 ___ De 10 a 15 minutos.
2 ___ 16 a 30 minutos. 3 ___ más de 31 minutos.
- 2.- ¿Tiene tiempo disponible para acudir papanicolaou? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 3.- ¿Su pareja esta de acuerdo en que se realice el papanicolaou? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 4.- ¿El tiempo de espera para la consulta con el Médico fue de?
1 ___ 10-15min 2 ___ 16-30min 3 ___ + 31min
- 5.- ¿Su médico le informo sobre el papanicolaou? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 6.- ¿Lugar en que se realizó el papanicolaou? 1 ___ IMSS 2 ___ ISSSTE 3 ___ SSA 4 ___ Otros.
- 7.- ¿Sabe usted cada cuando se lo debe realizar? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 8.- ¿Hace usted desidia para realizarlo? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 9.- ¿Le da vergüenza realizarse el papanicolaou? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 10.- Edad de inicio de relación sexual _____
- 11.- No. De parejas sexuales: 1 ___ Una 2 ___ Dos 3 ___ Tres 4 ___ + de tres.
- 12.- ¿Utiliza método anticonceptivo actualmente? 1 ___ Si 2 ___ No.
- 13.- ¿Cuál método? 1 ___ DIU 2. ___ PASTILLAS 3 ___ INYECCIÓN _____
4 ___ PRESERVATIVO 5 ___ SALPINGO 6 ___ NINGUNO.

- 14.- Número de embarazos: 1__ Cero 2__ Uno a dos 3__ Tres a cuatro 4__ + de 5.
- 15.- Edad del primer parto _____.
- 16.- Alteraciones menstruales: 1__ Si 2__ No.
- 17.- ¿Tiene antecedente familiar de cáncer en la matriz? 1__ Si 2__ No.
- 18.- Presencia infecciones cervicovaginales: 1__ Si 2__ No.
- 19.- ¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? 1__ Si 2__ No.
- 20.- ¿Tiene histerectomía? 1__ Si 2__ No
- 21.- ¿Sabe usted que es el papanicolaou? 1__ Si 2__ No
- 22.- ¿El papanicolaou sirve para detectar? 1__ Cáncer en la matriz 2__ embarazo.
- 23.- ¿A que edad se realizo su primer papanicolaou? _____
- 24.- ¿Cuantas veces se lo ha hecho en los últimos 3 años? 1__ nunca 2__ una vez
3__ Dos veces 4__ Tres ó más veces
- 25.- ¿Total de papanicolaou que se ha realizado? 1__ nunca 2__ una vez
3__ Dos veces 4__ Tres ó más veces
- 26.- ¿En cuanto tiempo conoció su resultado?
1__ Menos de 1 mes 2__ 1mese 3__ 2 meses 4__ 3 meses 5__ + 3meses
6__ Nunca 7__ muestra no útil (Hay que repetir el examen)

GRACIAS POR PARTICIPAR.

11.2 Anexo 2. Instrumentos de Evaluación.

I.- Método Graffar: En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar es estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla:

	A	B	C	D
04-06: Estrato alto	1			
07-09: Medio alto	2			
10-12: Medio bajo	3			
13-16: Obrero	4			
17-20: Marginal	5			

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

I.- NIVEL SOCIOECONÓMICO: Método de Graffar.

A).- PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA.

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante ó de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida ó universidad inconclusa.
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxistas, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B).- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.

- 1.-Universitaria ó su equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3.-Secundaria incompleta ó técnico inferior (cursos cortos)
- 4.-Educación primaria completa.
- 5.-Primaria incompleta analfabeta.

C).- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

- 1.- Fortuna heredada ó adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- 2.- Ingresos provenientes de una ingresa privada, negocios, honorarios profesionales

(Médicos, abogados, etc.) Deportistas profesionales.

3.- Sueldo quincenal ó mensual.

4.- Salario diario semanal.

5.- Ingresos de origen publico privado (subsidios).

D).-CONDICIONES DE VIVIENDA.

1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.

2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.

3.-Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.

4.- Vivienda con espacios amplios ó reducidos pero confortables y deficientes condiciones sanitarias.

5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho ó de construcción relativamente

sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

** Estrato alto (04-06)

** Medio alto (07-09)

** Medio bajo (10-12)

** Obrero (13-16)

** Marginal (19-20)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
"Factores que influyen en la participación del tamizaje de cáncer cervicouterino."
Registrado ante el comité local de investigación médica con el número 2003-651-005.

El objetivo de este estudio determinar los factores que participan en el tamizaje de Ca Cu.
Para el diagnóstico oportuno con la finalidad de prevenir cáncer.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar solo un cuestionario.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad
responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre
cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi
tratamiento, así como ha responder cualquier pregunta y aclara duda que le plantee acerca
de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios ó cualquier otro asunto
relacionado con la investigación ó con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, sin que ello afecte la
atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las
presentaciones ó publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados
con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Fresnillo, Zac. a _____ de _____ de 2003.

Nombre y firma del paciente

Dra. Rosa Márquez Huizar
Matricula 7961014

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo