

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES RELACIONADOS CON LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER  
CÉRVICOUTERINO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL GENERAL DR.

MANUEL GEA GONZÁLEZ. SS

PRESENTAN

CALDERÓN GUZMÁN JAZMÍN ARACELI No. Cta. 093310460  
CURIEL PÉREZ NANCY ESMERALDA No. Cta. 401068786

---

DIRECTOR DE TESIS  
MCE HUGO TAPIA MARTÍNEZ

ABRIL 2005



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.

## AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios por darme vida,  
salud, paciencia, sabiduría y  
perseverancia para continuar.

A mis padre porque sus aciertos y errores  
me mostraron el camino, y mi madre que su  
apoyo y entusiasmo me dieron el  
empuje para seguir.

A mi hermana, amigos y maestros, porque me  
acompañaron en esta jornada en especial a mi  
amiga y compañera Nancy y a mi Maestro Hugo  
por trabajar a la par y darme consejo para  
alcanzar la meta.

Jazmín Araceli Calderón Guzmán.

A mis padres, por permitir el milagro  
de darme la vida y continuar a mi lado  
en los momentos de crisis que se han presentado  
en el camino que he recorrido. Por respetar mis decisiones.  
Y por las futuras alegrías u errores que compartiremos...  
Gracias. ¡Los amo!

A mi hermano, que con sus ejemplos  
me ha mostrado el camino que yo prefiero elegir,  
por los momentos de alegría, de amistad, de tristeza,  
de confianza y de riñas, que son las cosas que nos  
han permitido tenernos la confianza y respeto...  
gracias ¡te amo!

A todos los que me han acompañado durante  
mis estudios profesionales, al Maestro  
Hugo en la dirección del trabajo y por la  
orientación que me ha dado como profesor.  
En especial a mi compañera y amiga, Jazmín  
por tener la paciencia durante todo el proceso y  
por la amistad que me ofreces. ¡gracias!

Nancy Esmeralda Curiel Pérez.

## **DEDICATORIA**

A todas las mujeres de todos los países,  
de todas las razas, de todos los credos  
y de todas las profesiones,  
conocidas, no conocidas y por conocer.

A todos los estudiantes de enfermería,  
a las enfermeras y enfermeros, a los que han  
hecho investigación y los que la harán, que este  
esfuerzo sirva de guía y apoyo a futuras generaciones  
interesadas en el tema para mejorar  
la calidad de vida del mundo.

JAZ y NANCY

**NO CLAUDIQUES.**

SI EN LA LID EL DESTINO TE DERRIBA.

SI TODO EN TU CAMINO ES CUESTA ARRIBA.

SI TU SONRISA ES ANSIA INSATISFECHA.

SI HAY FAENA EXCESIVA Y VIL COSECHA.

SI A TU CAUDAL SE CONTRAPONEN DIQUES.

DATE UNA TREGUA; PERO...

**¡ NO CLAUDIQUES !**

Autor: Anónimo

## CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. OBJETIVOS	7
4.1 OBJETIVO GENERAL	7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1 HISTORIA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL	7
5.2 ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA TOMA DE PAPANICOLAOU	9
5.3 IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL	13
5.3.1 Concepto	13
5.3.2 Frecuencia con que deben practicarse el frotis de papanicolaou.	13
5.3.3 Confiabilidad del Estudio	14
5.4 CÁNCER CÉRVICO UTERINO	15
5.4.1 Estadísticas de CaCu en México	15
5.4.2 Etiología..	19
5.4.3 Clasificación	20
5.4.4 Manifestaciones clínicas	22
5.4.5 Diagnostico y tratamiento	23
5.4.6 Prevención	25

5.4.6.1 Programa Nacional de Prevención y Control de CaCu en México.	26
5.4.7 Factores sociodemográficos y cáncer cérvico uterino.	26
5.4.8 Factores académico-laboral y cáncer cérvico uterino.	37
5.4.9 Factores culturales y cáncer cérvico uterino.	43
5.4.10 Autocuidado y cáncer cérvico uterino.	47
6. MATERIAL Y MÉTODO	53
6.1 TIPO DE ESTUDIO	53
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	53
6.3 TIPO DE MUESTRA	53
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	54
6.4.1 De inclusión	54
6.4.2 De exclusión	54
6.5 VARIABLES	54
6.5.1 Dimensiones de la variable	54
6.5.1.1 Indicadores de las variables	54
6.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	56
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
8. RECUENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	59
9. ANÁLISIS DE DATOS	100
10. CONCLUSIONES	109
11. RECOMENDACIONES	110

12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
13.	REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	115
14.	ANEXOS Y APÉNDICES	117
14.1	ANEXO A CUESTIONARIO “FACTORES RELACIONADOS CON LA DOCACU EN LAS ENFERMERAS DEL H. G. DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”	117
14.2	ANEXO B CURSO DE CAPACITACIÓN “PREVENCIÓN DEL CACU EN LAS ENFERMERAS DEL H. G. DR. MANUEL GEA GONZALEZ”	126
14.3	APÉNDICE A “CUADRO 1 DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS CÉRVICOVAGINALES SEGÚN EL SISTEMA BETHESDA”	130
14.4	APÉNDICE B “ CUADRO 2 CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAOU”	132
14.5	APÉNDICE C “ CUADRO 3 NOMENCLATURA CLÁSICA EN LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL”	132
14.6	APÉNDICE D “CUADRO 4 CLASIFICACIÓN DE RICHART”	132
14.7	APÉNDICE E “ CUADRO 5 CLASIFICACIÓN DEL SISTEMA BETHESDA”	132
14.8	APÉNDICE F “PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CACU EN MÉXICO.	133

## 1. INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos en México ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población general y, dentro de éstos, el cáncer cérvico uterino (CaCu), representa el tercer lugar como causa de muerte únicamente antecedido por los tumores de pulmón y estómago en primero y segundo, las tasas de mortalidad por cáncer en México muestran una marcada tendencia creciente en las últimas décadas las defunciones por neoplasias malignas ocupa el primer lugar si se toma en cuenta sólo el sexo femenino en el 2001 el 8% del total de muertes por neoplasias se debió a éste cáncer, el cual registró una tasa de 21 por 100,000 mujeres de 25 y más años.

El presente trabajo tiene como finalidad identificar que dimensiones y factores están relacionados con la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las enfermeras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”,

Se mencionara los rubros que se pretenden cubrir dentro del marco teórico de la citología vaginal y cáncer cérvico uterino. Se presentaran las variables que servirán de base para la investigación, las dimensiones y sus indicadores. Así mismo, y siguiendo los aspectos metodológicos de la investigación se describe el instrumento de recolección de la información, las consideraciones éticas, el plan de recolección de datos, el recuento y presentación de la información, el análisis, conclusiones, recomendaciones, así como referencias bibliográficas y electrónicas consultadas.

Finalmente se encuentran los anexos donde se integra el instrumento de valoración que esta dividido conforme lo marcamos en el rubro de variables además de un programa de actividades de educación continua.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Datos del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico uterino en México de 1999, realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, mostraron que las tasas de uso de Papanicolaou más bajas se registraron en los estados de Aguascalientes, Oaxaca, Baja California, Tlaxcala y el Distrito Federal.

Como respuesta a estas desconcertantes cifras el Dr. De la Garza Salazar enfatizó que para el año 2001, el Programa Nacional de Control y Prevención del cáncer cérvico uterino esperaba realizar más de 7 millones de pruebas de Papanicolaou (37.7 lecturas por día) en los 772 centros de atención hospitalaria, que incluyen a la Secretaría de Salud con 51.4 por ciento, Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 8.1 por ciento. "La infraestructura para dar apoyo a las mujeres y combatir el cáncer, contará con más de 772 laboratorios de citología y 187 clínicas de displasias en todo el país", concluyó.

De acuerdo a las fuentes de información mencionadas en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-014-SSA2-1994, NOM-017-SSA2-1994 que brindan el conocimiento acerca del comportamiento de cáncer en el país forman parte del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), dentro del cual forman parte: El Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos que registra los casos probables que se identifican en todas las instituciones del sector salud referente a cáncer cérvico uterino, así como el propio Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) se observa que en México el incremento gradual de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer en la población de mayor edad

afectando cada vez a mayor numero de jóvenes. En el 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales de las cuales el 52% representa al sexo femenino es decir 57 defunciones por cada 100,000 habitantes donde se concentró un aumento de mortalidad a partir de los 25 a 34 años de edad.

Según las autoridades de salud encargadas del Programa Nacional de Control y Prevención del cáncer cérvico uterino, la meta para 2006 es que 80 por ciento de las mujeres tengan acceso a la prueba del Papanicolaou. Con ello se elevaría la cobertura actual a más del doble. La prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico uterino constituye una prioridad en nuestro país. En países en desarrollo como México los cambios de estilo de vida han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto a la demanda de atención medica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y /o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, en los casos que señala los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica.

Si bien la cobertura para la detección del CaCu se ampliará en los siguientes años, no garantiza la asistencia de las mujeres con mas de 25 años de edad para realizarse esta prueba, puesto que en varios casos las mismas mujeres exponen factores o razones para no realizarse la prueba.

A lo largo de la formación profesional en enfermería, hemos observado que varias mujeres incluyendo, compañeras de carrera, pacientes y familiares, evitan realizarse el

---

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2001), Situación epidemiológica del cáncer en México Pág.4, 6

Secretaría de Salud. Programa de Salud Reproductiva. (1994). NOM-014-SSA2-1994, Pág. 8

examen del papanicolaou; anteponiendo la idea de solo asistir al medico o centro de salud después de varios días de presentar alguna molestia genital.

Las enfermeras por su parte, deben fomentar el autocuidado de la salud como la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a las personas en quienes dirige sus intervenciones ya que, el rol como educadora de su perfil profesional y; su rol como mujer se lo exige. Sin embargo, en sondeos realizados durante practicas profesionales y en la pasantía, han informado como motivos para no realizarse su prueba de detección oportuna de cáncer cérvico uterino: miedo a ser lastimadas o de encontrarse con personal poco profesional, falta de tiempo debido a que deben dividir su día entre su trabajo en el hospital y las obligaciones como amas de casa y su responsabilidad como madres, desidia debido a que en sus días de descanso los aprovechan para arreglar pendientes en su casa o de otros aspectos o que simplemente desean permanecer descansando en su casa y no toman en cuenta los factores de riesgo que ellas pueden tener para presentar cáncer cérvico uterino. Como se aprecia, son varios los factores que intervienen para limitar o evitar el papanicolaou en las enfermeras, además es interesante tomar en consideración los propios factores de las enfermeras como los hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo, vida sexual, entre otros; para desarrollar cáncer cérvico uterino, con lo cual se integran los aspectos externos e internos que pueden asociarse con la citología vaginal; pero, ¿cuales de ellos predominan en la población de enfermeras? ¿Y que acciones se pudieran implementar para favorecer la toma de la muestra? Motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación.

## 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados con la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

## 3. JUSTIFICACIÓN

Los factores relacionados con la detección oportuna del cáncer cérvico uterino (DOCaCu) en las enfermeras de un Hospital General, representan una oportunidad para describir aquellos factores más representativos en una población femenina considerada como clave y que de ninguna manera están exentas de padecer esta enfermedad, ya que las enfermeras como parte del equipo de salud, deben promover la salud y la protección específica en cuanto a la prevención del cáncer cérvico uterino; por lo tanto son un ejemplo para la población en general. Con los resultados de esta investigación se espera beneficien a las siguientes instancias:

- ∞ Para las enfermeras directivas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, reconocer de manera objetiva los factores de relacionados con la DOCaCu, permitiría la implementación de programas como: la toma de papanicolaou en su mismo hospital, para favorecer la salud de su personal femenino; difusión de los resultados de la investigación, para concientizar al personal ó; realizar un curso sobre la importancia de la DOCaCu en las enfermeras sustentado con la información obtenida de la investigación.

## 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados con la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

## 3. JUSTIFICACIÓN

Los factores relacionados con la detección oportuna del cáncer cérvico uterino (DOCaCu) en las enfermeras de un Hospital General, representan una oportunidad para describir aquellos factores más representativos en una población femenina considerada como clave y que de ninguna manera están exentas de padecer esta enfermedad, ya que las enfermeras como parte del equipo de salud, deben promover la salud y la protección específica en cuanto a la prevención del cáncer cérvico uterino; por lo tanto son un ejemplo para la población en general. Con los resultados de esta investigación se espera beneficien a las siguientes instancias:

- ∞ Para las enfermeras directivas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, reconocer de manera objetiva los factores de relacionados con la DOCaCu, permitiría la implementación de programas como: la toma de papanicolaou en su mismo hospital, para favorecer la salud de su personal femenino; difusión de los resultados de la investigación, para concientizar al personal ó; realizar un curso sobre la importancia de la DOCaCu en las enfermeras sustentado con la información obtenida de la investigación.

- ∞ Para las enfermeras en general, los resultados de esta investigación servirían para ampliar sus conocimientos con respecto a la prevención del cáncer cérvico uterino y los factores asociados con la toma del papanicolaou. Lo que favorecerá la toma de conciencia sobre este tema.
- ∞ Para los investigadores de enfermería, los resultados ayudarán al establecimiento de estudios más profundos sobre este tópico para analizar, explicar o comprender de mejor manera el fenómeno de estudio.
- ∞ Para los estudiantes de enfermería esta tesis puede representar una forma de comprometerse o desarrollar en su formación profesional la importancia de su autocuidado como personas y como personal profesional de la salud.
- ∞ Para los pacientes o mujeres, la presente investigación pretende contribuir a la disminución del cáncer cérvico uterino porque favorece la importancia de la toma del papanicolaou por un lado, y por otro, porque habrá mayor participación de las enfermeras para esta tarea.
- ∞ Para las pasantes esta tesis representa la culminación de la formación profesional en enfermería y obstetricia y se utilizará como criterio de titulación.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores relacionados con la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- › Describir los factores sociodemográficos que se relacionan con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- › Señalar los factores académico-laborales asociados con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- › Enumerar los factores culturales relacionados con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- › Identificar el riesgo que presentan las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González para desarrollar cáncer cérvico uterino.
- › Integrar un trabajo teórico-metodológico sobre la prevención del cáncer cérvico uterino que sirva como opción de titulación para la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 HISTORIA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL**

De acuerdo con José Miguel Lázaro Maisanava, José Ángel Muniesa Soriano y Amalia Pardo Murcia.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores relacionados con la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los factores sociodemográficos que se relacionan con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- Señalar los factores académico-laborales asociados con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- Enumerar los factores culturales relacionados con la DOCaCu en las enfermeras del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- Identificar el riesgo que presentan las enfermeras del Hospital General Dr. Manuel Gea González para desarrollar cáncer cérvico uterino.
- Integrar un trabajo teórico-metodológico sobre la prevención del cáncer cérvico uterino que sirva como opción de titulación para la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 HISTORIA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL**

De acuerdo con José Miguel Lázaro Maisanava, José Ángel Muniesa Soriano y Amalia Pardo Murcia.

La citología cérvico vaginal (triple toma) por el método de PAPANICOLAOU (implantada de forma general en la década de los años 50), sigue siendo hoy día el método más útil y barato para el estudio de las lesiones escamosas preinvasoras (displasia y carcinoma "in situ") de cérvix. Las campañas masivas de despistaje que se realizan habitualmente en los países desarrollados han contribuido claramente al descenso del cáncer cervical invasor y, por tanto, a la mortalidad por esta causa.

El médico americano de origen griego GEORGE PAPANICOLAOU, mientras estudiaba la maduración hormonal de la mucosa vaginal, descubrió que se podía identificar células tumorales en el flujo vaginal de mujeres con cáncer de cérvix. Papanicolaou publicó su estudio en el año 1928 en USA, siendo muy limitada su aceptación por la comunidad científica. Por otra parte, Aurel Babés, un patólogo rumano, publicó también la posibilidad de diagnóstico del cáncer uterino por citología exfoliativa (Bucarest, 1927). Hacia la mitad de la década de los 40, J. Ernest Ayre, médico canadiense, describió el método que hoy conocemos como de Papanicolaou, para el estudio de la mucosa cérvico vaginal. Ayre usó una espátula (espátula de Ayre) para obtener las células, extendiéndose posteriormente en un porta de cristal para luego fijarlas inmediatamente y teñirlas finalmente para hacerlas visibles al microscopio. Éste hecho, junto con el desarrollo y aceptación de los conceptos de carcinoma precoz y carcinoma "in situ", hicieron por fin que el entusiasmo por esta técnica fuese masivo y que los laboratorios de Citología y Anatomía Patológica en los años 50 realizaran esta técnica de forma rutinaria. Cuando Papanicolaou publicó su Atlas de Citología Exfoliativa en 1954, ya se estaba utilizando esta técnica para muchos más

órganos. Podemos concluir diciendo que los trabajos de Papanicolaou y sus seguidores han dejado una influencia dominante en el desarrollo de la citología moderna actual.

Su nombre, con el tiempo y la popularidad del test que impulsara a través de sus estudios para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, fue transformándose simplemente en Dr. Pap y en Pap Test la prueba indolora, sencilla, inseparable de una revisión ginecológica completa.

## 5.2 ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA TOMA DE PAPANICOLAOU

Varios estudios se han implementado a través de varias décadas con el fin de identificar los factores de riesgo de la población femenina de nuestro país que presentan para desarrollar cáncer cérvico uterino y así talvez para identificar que tan efectivo ha sido el programa nacional para la detección oportuna del mismo que el gobierno federal a implementado a través de la secretaria de salud desde 1974.

Estudios en entidades federativas tanto del norte como del sur han arrojado como principales factores de riesgo los siguientes:

- ∞ Multiparidad.
- ∞ Inicio de vida sexual activa antes de los 14 años.
- ∞ Menarca tardía después de los 17 años.
- ∞ Varias parejas sexuales.
- ∞ Virus del papiloma humano.
- ∞ Anticonceptivos hormonales.

---

<sup>4</sup>LÁZARO M. J. M . (Mes de Julio 2005) Consultada en: <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html>

<sup>5</sup>Salud publica de México (1995)*Indicadores y noticias de salud*, Vol37 N° 4 pp. 375-380 México DF

∞ El riesgo relativo de las mujeres a padecer cáncer cervical aumentó en relación inversa al número de años de educación.

Estos estudios se han realizado a diferentes grupos de la población abierta de diferentes instituciones de salud (IMSS ISSSTE SSA).

Uno de estos estudios realizados en el distrito federal en el cual se tomo información de 12,741 citologías señalo que además de los factores de riesgo antes mencionado arrojo un dato importante.

El 43.09 % de estas mujeres se presentaron a realizarse la prueba debido a que presentaron molestias. Los síntomas más característicos fueron sangrado disfuncional metrorragia, leucorrea sanguinolenta además de una tumoración visible lo cual refleja que un numero importante de mujeres quedan lejos de un diagnostico oportuno.

En 1995 en la ciudad de Morelos se llevo a cabo el “I Taller de vinculación de la investigación epidemiológica en programas de prevención y control de cáncer” donde tubo lugar un foro a nivel internacional se enfatizo los factores de riesgo ya mencionados además de que en nuestro país anualmente se brinda aproximadamente atención a 9,000 casos de cáncer invasor y que además se registran 4,000 muerte esto señala que a pesar de la existencia de un programa de detección este no a mostrado el suficiente impacto pues de acuerdo a este taller la cobertura a nivel poblacional cubre el 15% y que solo previene el 13% de los casos potencialmente prevenibles, además esto se suma que existe una deficiente calidad en la muestra del espécimen.

---

<sup>6</sup> Salud publica de México(1993)Factores reproductivos y cáncer cérvico uterino en la ciudad de México, Vol. 35, N° 1 México DF

<sup>7</sup> Salud publica de México ( 1995) Op Cit.

Las recomendaciones hacia nuestro país abarcaron los siguientes puntos.

1. Un aumento de la cobertura.
2. Capacitación de la población en riesgo.
3. Suficientes recursos técnicos.
4. Capacitación continua del personal del programa.
5. Control de calidad en la obtención y diagnóstico citológico.
6. Modificación de la periodicidad de la prueba.
7. Coordinación de las estructuras involucradas.
8. Seguimientos de los casos con anomalías detectadas.
9. Garantía de tratamiento adecuado.

En otro estudio se utilizó una metodología de casos y controles para investigar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la neoplasia cervical, en mujeres usuarias del Programa de Prevención y Control del Cáncer cérvico uterino de la SSA en el estado de Zacatecas y examinando asimismo sus posibles limitaciones ya que, por ejemplo, el uso de un instrumento de recolección de datos como la hoja de citología ginecológica dificulta la interpretación correcta de la información allí proporcionada otro dato que arrojo que dadas las características geográficas y de servicios de salud prevalentes en el estado de Zacatecas, el porcentaje de participantes en el estudio de procedencia rural es más alto que en el de la urbana, hecho seguramente determinado por el tipo de población que atiende la SSA, es decir, por la llamada "población abierta.

Algo significativo que podemos mencionar es un dato que nos indica un estudio realizado a la población abierta del estado de Guerrero donde nos recalca que los programas

---

<sup>8</sup> Salud pública de México(1993) Op Cit

<sup>9</sup> Maura Sara Castañeda-Iñiguez, MC Rebeca Toledo-Cisneros, MC Mario Aguilera-Delgadillo, *MC Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Zacatecas*. Salud Pública Méx. 1998; pp. 40:330-338

de detección son la mejor opción para reducir la morbi-mortalidad de casos de cáncer cérvico uterino apoyándose en que la investigación encontró 6.04 % de casos con diferentes grados de displasias no señala lo rebasado por otros autores.

Cabe mencionar que los estudios ya mencionados demostraron también parámetros que dificultan una adecuada detección de cáncer cérvico uterino que son:

- ∞ La deficiencia de la toma de la muestra que se refleja a su vez en una posible interpretación falsa a consecuencia de un espécimen de baja calidad.
- ∞ Carga de trabajo puede producir que un personal cansado de falsos positivos o falsos negativos.
- ∞ La prolongación de la entrega de resultados oportunos también resultado de la carga de trabajo.
- ∞ La recolección de información falseada dada por la usuaria que en algunos estratos sociales suele presentarse.
- ∞ La inseguridad que presenta la falta de calidad humana por parte del personal que recaba la muestra.

Ante dichos obstáculos cabe mencionar que se puede mejorar si después de notificar estos resultados se toman medidas como la capacitación del personal para una mejor recolección de la muestra, la revisión de la hoja de interpretación de citología ginecológica que acompañan a la muestra, sea más legible con el fin de que se eviten falsos resultados.

---

<sup>10</sup> Ruiz OE, Gonzáles LG, Escudero DR, Sebastián MR, *Cáncer cérvico uterino micro invasor, diagnostico y tratamiento, Ginec. Obst. Méx.* 1994 pp. 62 237-242

Es posible que una distribución más equitativa de las muestras entre los laboratorios reduzca la carga de trabajo, pero lo siguiente puede ser causa de discusión, también se corre el riesgo de que si no se tiene una adecuada organización y control de la entrega de las muestras se pierda, o haya una confusión lo cual causaría más demora en la entrega de resultados, ante lo anterior, se recomienda que debe dejarse a consideración de cada entidad de salud para que valoren cual será la mejor estrategia.

El punto más difícil es, evitar que la población de usuarias entregue datos falsos que refleja la cultura alrededor del examen, es posible que con una mayor y más insistente difusión de la importancia de la veracidad de su cooperación beneficiará únicamente a ellas, sumado a lo anterior, que el personal no proporciona un ambiente de confianza punto muy importante que determinará la cooperación de la usuaria.

### 5.3 IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL.

#### 5.3.1 Concepto de citología cérvico vaginal.

Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

#### 5.3.2 Frecuencia con que deben practicarse el frotis de papanicolaou.

Los lineamientos para una estrategia de evaluación eficaz en relación con costos incluyen los siguientes:

---

<sup>11</sup> Ídem pp. 5

- \* Frotis de papanicolaou inicial a los 18 años o al iniciar la vida sexual
- \* Repetir la prueba cada 1 a 3 años.
- \* Después de tres pruebas consecutivas con resultados normales, la mujer y el médico pueden optar por realizarlas con menor frecuencia.
- \* En mujeres con histerectomía total debida a una enfermedad benigna, resulta innecesarias las pruebas de papanicolaou.
- \* Las mujeres con riesgo elevado deben ser objeto de pruebas más frecuentes. Existe riesgo elevado.

### 5.3.3 Confiabilidad de la prueba de papanicolaou.

La prueba de papanicolaou es un estudio de evaluación que dista de ser perfecto. En ella, pueden pasarse por alto células anormales, lo cual genera resultados negativos falsos. Ver apéndice A, B, C, D y E. Por este motivo, es importante la realización periódica de esta evaluación. Los resultados pueden ser imprecisos por:

- La paciente elimina las células anormales por la actividad sexual o por duchas vaginales antes de realizar el examen.
- El personal no logra recolectar células de toda el área cervical, con lo cual pasa por alto células anormales; no se extienden correctamente sobre el portaobjetos, o no se “ fijan “ las células de manera inmediata y correcta.

El técnico de laboratorio o patólogo no identifican células anormales. Un técnico que evalúa más de 70 muestras diarias puede cometer errores porque su trabajo requiere concentración intensa, lo cual puede llevar a la fatiga.

---

<sup>12</sup> Clínica Mayo (1999) *Guía de autocuidados* Intersistemas S.A. de C. V. México pp. 147

## 5.4 CÁNCER CÉRVICO UTERINO

### 5.4.1 Estadísticas de CaCu en México

#### MORTALIDAD

Entre 1922 y 2001 la proporción de muertes por cáncer en México pasó de 0.6 a 13.1 % de las defunciones totales ocurridas por todas las causas y en toda la población.

Año	Volumen	Tasa*	Peso relativo
1922	2058	14.2	0.6
1950	8655	27.9	2.0
1980	28106	41.8	6.5
1990	41168	50.7	10.7
1998	52681	54.7	11.8
1999	53662	54.7	12.1
2001**	55731	55.2	13.1

**Cuadro No. 1  
EVOLUCIÓN DE  
LA MORTALIDAD  
POR TUMORES  
MALIGNOS.  
1922 -2001**

\* Tasa por 100,000 habitantes  
\*\* Información preliminar  
Fuente: DGE/ SSA

El cáncer ocupa desde 1990 el segundo lugar como causa de muerte en el país y desde 1980, en que el registro de información permitió diferenciar la localización de la neoplasia, han sido las principales causantes de las defunciones: a) tráquea, bronquios y pulmón, b) estómago y c) cuello del útero.

En el año 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente, con tasas por 100,000 hab. De 57 y de 54 respectivamente.

---

<sup>13</sup> Ídem pp. 147

N = 55,731



**Gráfica No. 1**  
**DISTRIBUCIÓN**  
**DE DEFUNCIONES**  
**POR NEOPLASIAS**  
**MALIGNAS POR**  
**SEXO.**  
**MÉXICO - 2001**

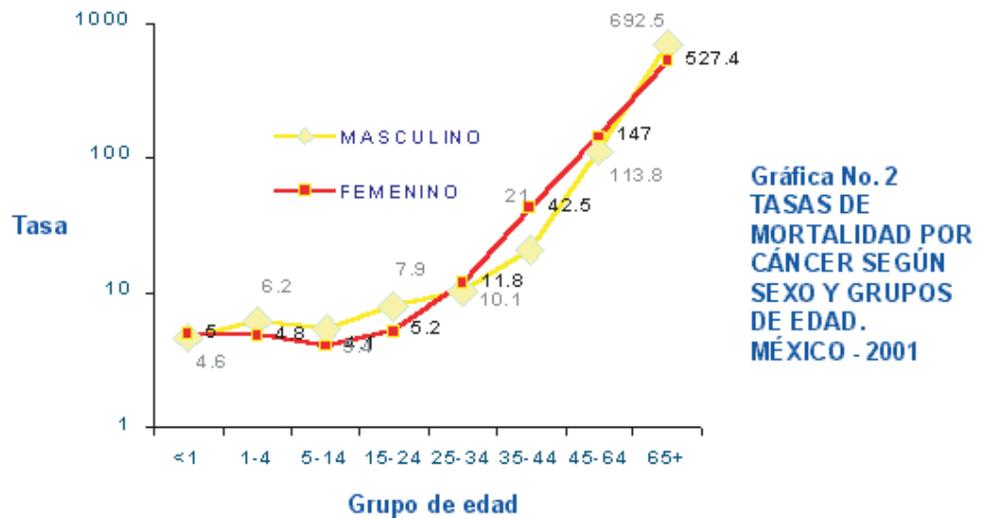
Fuente: SEED / DGE, SSA, preliminar

Gpo. de edad	Masc.	Tasa*	Fem.	Tasa*	Total	Tasa*
<1	49	4.6	52	5.0	101	4.8
1 a 4	269	6.2	200	4.8	469	5.5
5 a 14	606	5.4	454	4.1	1060	4.8
15 a 24	804	7.9	531	5.2	1335	6.5
25 a 34	860	10.1	1034	11.8	1894	10.9
35 a 44	1279	21.0	2743	42.5	4022	32.0
45 a 64	7095	113.8	9837	147.0	16933	131.0
65 y más	15880	692.5	14025	527.4	29906	603.9
Se ignora	4	0.0	7	0.0	11	0.0
<b>Total</b>	<b>26846</b>	<b>53.6</b>	<b>28883</b>	<b>56.7</b>	<b>55731</b>	<b>55.2</b>

**Cuadro No. 2**  
**MORTALIDAD**  
**POR TUMORES**  
**MALIGNOS**  
**SEGÚN GRUPO**  
**DE EDAD Y SEXO.**  
**MÉXICO - 2001**

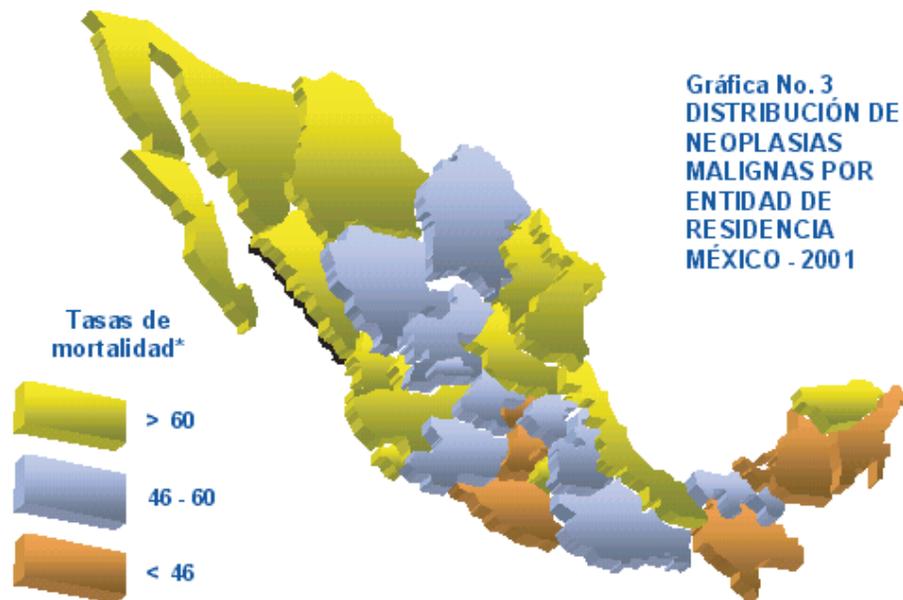
\* Tasa por 100,000 habitantes  
Fuente: SEED / DGE, SSA, preliminar

El sexo masculino concentró mayor mortalidad en los grupos de 45 a 64 años y en el de 65 y más años, pero la mortalidad en las mujeres aumenta a partir del grupo de 25 a 34 años de edad.



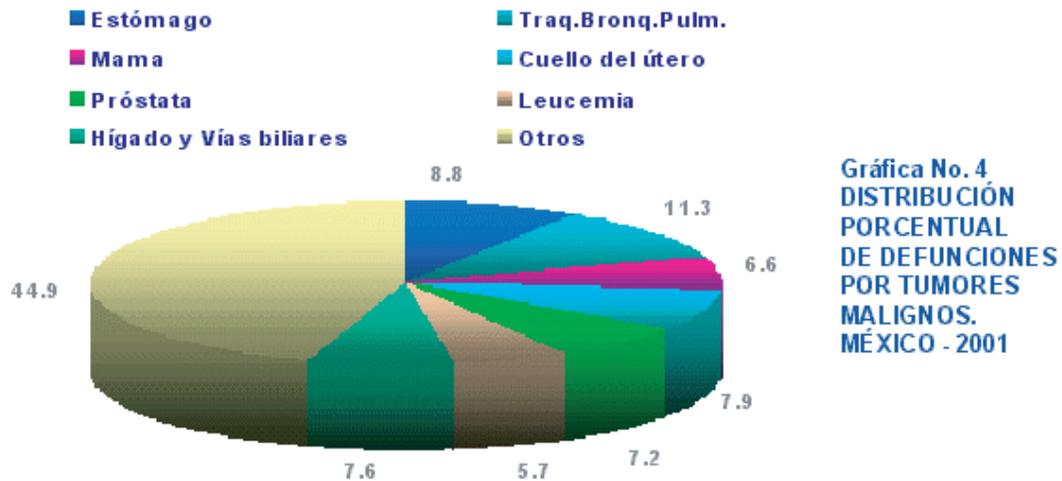
Fuente: SEED/DGE, SSA, preliminar

Las entidades con mayor mortalidad por cáncer presentaron las siguientes tasas por 100,000 hab. DF 73, Sonora 72, Baja California Sur 68, Nuevo León y Sinaloa 66.



\* Por 100,000 habitantes  
Fuente: SEED/DGE, SSA, 2001, preliminar

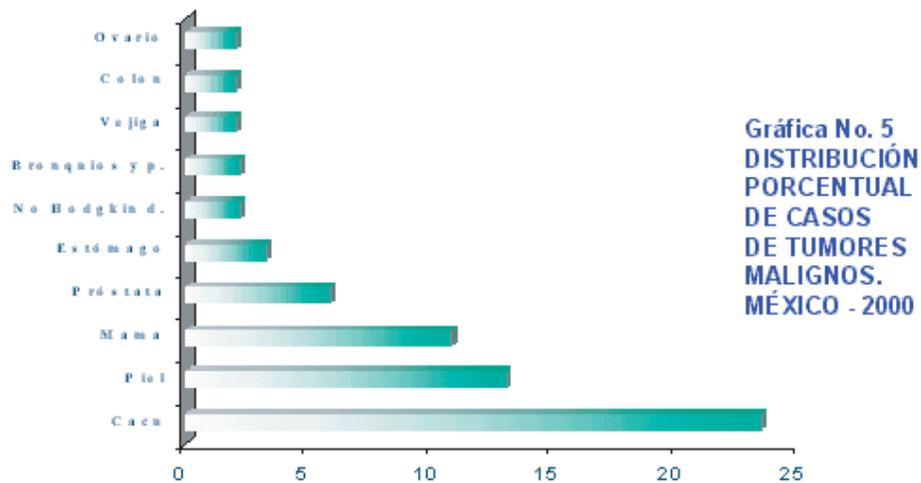
En orden decreciente las neoplasias malignas que causaron el mayor número de muertes fueron: tráquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares, próstata, mama y leucemia.



Fuente: SEED / DGE, SSA, preliminar

Existe un incremento del 2 al 3 % por año entre 1998 y 2000, con promedio anual de 90,142 casos informados. En el 2000 fueron registrados 91,913 casos, 34% en hombres y 66% en mujeres. Los tumores más notificados fueron cervix (24%), piel (14%), mama(11%), próstata (6%) y estómago (3%).

<sup>14</sup> KURI M P (Mes de Junio 2005) consultado en: [www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm](http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm)



Fuente: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas / DGE, SSA, 2000

#### 5.4.2 Etiología

Ciertos factores de riesgo se han asociado con el desarrollo de cáncer, entre ellos obesidad, multiparidad, infertilidad menopausia tardía diabetes hipertensión antecedentes familiares, desequilibrios hormonales, síndrome de ovarios poliquísticos, tumores de ovarios secretores, múltiples parejas sexuales se ha citado dos virus como posibles carcinógenos el virus del papiloma humano y el virus Herpes simple tipo 2. , mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad, inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, nunca haberse practicado el estudio citológico.

<sup>15</sup>LOWDERMILK. (2002) *Enfermería materno infantil*, Harcourt/ Océano Barcelona España Pp. 1318

<sup>16</sup>TOWNSHEND. (1994) *Ginecología*, Manual Moderno S. A. de C. V. México DF Pp. 147,164

<sup>17</sup>Secretaría de Salud(1998)NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*. México, DF. Pp. 4

Durante la órgano-génesis la vagina y parte del cuello están cubiertos por epitelio escamoso, el conducto cervical por parte del epitelio cilíndrico en un pequeño número de mujeres el epitelio cilíndrico se extiende hasta el fondo del saco.

El riesgo de desarrollar alteraciones en la zona de transformación (que es el área del exocervix expuesta de epitelio escamoso) es cuando esta expuesta a la máxima actividad uterina como suele darse en la adolescencia, embarazo y desequilibrios hormonales.

### 5.4.3 Clasificación

Varios autores han sugerido diferentes entidades patológicas la terminología más común la divide en tres estadios de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

- ∞ NIC 1 corresponde a displasia ligera.
- ∞ NIC 2 displasia Moderada.
- ∞ NIC 3 Displasia severa y carcinoma in situ.

En México se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión.

Displasias: Desarrollo anormal que se caracteriza por la alteración en la forma, dimensión u organización de las células adultas:

N87	Displasias del cuello uterino.
	Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero (DO6).
N87.0	Displasia cervical leve.
	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado I.
N87.1	Displasia cervical moderada.

	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado II.
N87.2	Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte.
	Displasia cervical severa SAI.
	Excluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de Displasia severa (DO6).
N87.9	Displasia del cuello del útero, no especificada.

Carcinoma in situ del cuello uterino. Cáncer formado a expensas del tejido epitelial de los órganos, con tendencia a difundirse y producir metástasis.

DO6	Carcinoma in situ del cuello del útero.
	Incluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa.
	Excluye: displasia severa del cuello SAI (N87.2).
	Melanoma in situ del cuello (DO3.5).
DO6.0	Carcinoma in situ del endocérvix.
DO6.1	Carcinoma in situ del exocérvix.
DO6.7	Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.
DO6.9	Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

Tumor maligno del cuello del útero. Crecimiento hístico caracterizado por proliferación celular descontrolada y progresiva puede ser localizado o invasivo. Puede dársele el nombre en función del lugar de asiento de su composición celular.

C53	Tumor maligno del cuello del útero.
C53.0	Tumor maligno del endocérvix.
C53.1	Tumor maligno de exocérvix.
C53.8	Lesión de sitios contiguos del cuello del útero.
C53.9	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación.

#### 5.4.4 Manifestaciones clínicas

El epitelio cervical normal se caracteriza por una maduración regular y ordenada de células parabasales llenas de laminillas planas. Tres anormalidades histológicas son características de anormalidad.

1. maduración desordenada o falta de diferenciación.
2. anormalidades nucleares.
3. aumento en la actividad mitótica.

El epitelio anormal también puede tener un patrón vascular característico con su aspecto típico en mosaico y punteado dispuestos en paralelo a la superficie dando un aspecto irregular.

Puede ser asintomático sin embargo el signo mas temprano es la hemorragia, al principio irregular y se desencadena por el coito, la micción o la defecación, cuando la neoforación se ulcera y se infecta se presenta leucorrea sanguinolenta y después mal olor.

<sup>18</sup> Ídem Pp. 7

En casos avanzados lesión o tumoración cervical visible como ulcera en forma de cráter con bordes elevados y evertidos o como una masa friable con aspecto de verruga, metrorragia de olor fétido y oscuro, el cuello aumenta su tamaño se vuelve duro y toma la forma de barril; anorexia, pérdida súbita de peso, dolor lumbar o de piernas cuando este se ha diseminado.

#### 5.4.5 Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico.

Citología: Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

Biopsia: Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

Diagnóstico diferencial.

---

<sup>19</sup>TOWNSHEND. Op cit Pp. 148, 159

<sup>20</sup>Secretaría de Salud(1998) Op Cit Pp. 5

La hemorragia en cualquier edad debe estudiarse con prontitud en ocasiones se confunde un carcinoma con una erosión cervical, la cual a veces puede causar hemorragia después del coito o sangrado intremenstrual.

La superficie de una erosión es aterciopelada, con firmeza consecuente nunca es friable y cuando se raspa presenta exudación a través de muchos puntos, a diferencia de un carcinoma que sangra por un vaso definido.

Tratamiento.

Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

Criocirugía: Aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, que alcanza el punto de congelación en las células produciendo la muerte celular.

Electro cirugía: Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor a 5 mm.

Láser: Uso de la energía fotónica para la destrucción o escisión de las lesiones y las zonas de transformación del cuello uterino (Light amplification stimulated emission of radiation).

Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal:

- \* Total.
- \* Radical.

Radioterapia: Tratamiento utilizando rayos “X” y cuyo fin es detener la proliferación de células malignas.

#### 5.4.6 Prevención

La introducción de un programa organizado de detección oportuna de cáncer (DOC) implica la reorganización y redistribución de actividades y de recursos disponibles en forma óptima. Es más eficiente, porque dirige sus acciones a mujeres con más alto riesgo de enfermedad, y es más costo-efectivo para prevenir la sobre demanda de atención por lesiones cervicales invasoras. En este contexto, las dificultades en la reorganización de los programas de detección oportuna del cáncer podrían reducirse con la adopción de un modelo de operacionalización común, aplicable en instituciones de seguridad social de amplia cobertura.

La promoción de la salud en la mujer es fundamental para aumentar la cobertura en las regiones susceptibles de intervención, e incluyen intervenciones en el ámbito individual, familiar y ambiental para eliminar barreras de acceso a la DOC. También son necesarias intervenciones en salud que tengan un sustento teórico y científicamente apropiado, y que sean factibles en nuestro entorno. La institución personalizada, por lo tanto, es una alternativa que puede coadyuvar a incrementar grandemente la cobertura en programas de DOC. Los profesionales de la salud deben considerar con gran sensibilidad los procesos de cambios culturales, normas, valores, creencias, diferencias de género, entre otros factores, para que las propuestas generadas coadyuven a mejorar la eficiencia y efectividad de las intervenciones implementadas.

---

<sup>21</sup> Idem. Pp. 5-6 , 1325- 1327

<sup>22</sup> IMSS (Mes de Julio 2005) <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/1097/arti.htm>

#### 5.4.6.1 Programa Nacional de Prevención y Control de CaCu en México

En el mundo, cada año se registran más de seis millones de muertes por algún tipo de neoplasia maligna, de las cuales 235,000 corresponden a cáncer cervical. A este respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, de no implementarse programas organizados de prevención de cáncer cervical en países en vías de desarrollo, dentro de 25 años, la cifra aumentará a 350,000 muertes por esta enfermedad.

La introducción de un programa organizado de detección oportuna de cáncer (DOC) implica la reorganización y redistribución de actividades y de recursos disponibles en forma óptima. Es más eficiente, porque dirige sus acciones a mujeres con más alto riesgo de enfermedad, y es más costo-efectivo para prevenir la sobre demanda de atención por lesiones cervicales invasoras. En este contexto, las dificultades en la reorganización de los programas de detección oportuna del cáncer podrían reducirse con la adopción de un modelo de operacionalización común, aplicable en instituciones de seguridad social de amplia cobertura. Ver apéndice F.

#### 5.4.7 Factores sociodemográficos y cáncer cérvico uterino

La condición socioeconómica de la mujer es por lo general inferior a la del hombre.

La tendencia a preferir a los bebés del sexo masculino a educar a los varones mejor que a las niñas, a asignar tareas serviles a la mujer, a pagar menos a las trabajadoras que a los trabajadores, a atribuir relativamente poco prestigio a ocupaciones típicas de la mujer, como la de enfermera o secretaria y a colocar pocas mujeres en puestos de autoridad.

No existe casi ninguna sociedad en la cual esa subordinación deje de influir sobre la salud de la mujer. En las zonas rurales, las mujeres sufren los efectos de un alto porcentaje de analfabetismo, de agotamiento y de mal nutrición. En las comunidades urbanas

prosperas de los países desarrollados, multitudes de madres solteras se mantienen con empleos de baja remuneración mientras se esfuerzan, simultáneamente, por atender a su familia.

Los efectos generales son tan marcados que hacen abrigar dudas respecto de si se puede mantener un verdadero progreso en la salud de la mujer o lograr la “salud para todos” si no se modifica la condición social de la mujer.

La condición subordinada de la mujer es la dualidad de principios que las hace responsables principales del proceso reproductivo al mismo tiempo que les niega el derecho a controlarlo. Esta norma entremezclada con valores culturales delicados y complejos aparece una y otra vez.

No se trata de alegar que un acto determinado de control de la reproducción sea necesariamente apropiado en un caso dado. El problema radica en que se priva a la mujer del control sobre su propio cuerpo por diversas razones de orden “superior” y en que se le niega la libertad de actuar en función de su propio criterio.

Pero en realidad, la necesitan bastante. Las mujeres sin educación formal son más propensas a aceptar el “estatus quo” tradicional y menos aptas para adoptar nuevas prácticas que puedan mejorar la salud y el bienestar de la familia. Las mujeres de todos los estratos cuya educación se ha descuidado están relativamente mal preparadas para obrar en forma satisfactoria como agentes de la atención de salud, seguir carreras en un régimen de igualdad con los hombres que han adquirido una mejor educación o alcanzar los niveles de toma de decisiones en los cuales tienen muchas más probabilidades de influir en las políticas oficiales de salud.

La educación inferior que se imparte a la mujer limita siempre sus posibilidades de contribuir activamente a su salud y a la de los demás.

Otra condición que influye mucho en la salud de la mujer es su empleo, las mujeres están expuestas a un gran número de riesgos de salud por motivos de trabajo.

Estas circunstancias conspiran contra la salud de la mujer más que la del hombre y, otras veces, ponen en peligro la salud de los niños que vienen en camino, es imprescindible tener en cuenta las necesidades especiales de las mujeres al evaluar los riesgos ocupacionales, en lugar de suponer que los riesgos son iguales tanto para los hombres como para las mujeres.

Por numerosas razones, incluidas las costumbres arraigadas y la educación deficiente, las mujeres en todas las sociedades viven agobiadas por el trabajo, reciben remuneración insuficiente y no tienen acceso a los puestos mejor pagados y de mayor prestigio. Esta circunstancia, al igual que la educación inferior afecta directamente la salud de las mujeres y su capacidad para atender a sus familias e influir en las tradiciones, doctrinas y políticas de orientación masculina que son responsables de la situación.

Ya que este es el caso, el hecho de que estas mujeres, en general, continúen siendo responsables por la crianza de los hijos y las tareas del hogar significan que tienen que hacer frente a mucho más que la pobreza, la ignorancia y la higiene deficiente, pues también tienen que afrontar el exceso del trabajo y la fatiga y aceptar que nunca tendrán el tiempo suficiente para sus obligaciones. Para las mujeres pobres de los países en desarrollo, aun más que para otras mujeres, es cierto el dicho de que “el trabajo de la mujer nunca se termina”.

Además, si no se ejecuta debidamente la actual campaña de “salud para todos”, en algunos lugares pueden incluso empeorar las cosas. Esto se debe a que ese esfuerzo necesariamente pone énfasis en la salud infantil cuya responsabilidad por lo común, corresponde a la mujer.

OMS 1979 “en la definición actual de atención primaria y en la forma en que se descubrieron las funciones de la mujer se corría el peligro de que la carga de trabajo de la mujer, de por sí pesada, aumentara y de que se explotara la naturaleza ‘ voluntaria ‘ de su labor tradicional en la salud”. Por lo tanto, la campaña de “ Salud para todos” aparte de promover la salud universal tiene también la responsabilidad de no acrecentar innecesariamente la carga de la mujer garantizando que se justifique el tiempo que la mujer invierte en las actividades de salud”.

También es cierto que muchas mujeres educadas y en condiciones de obtener empleos razonables tienden a trabajar como secretarias o incorporarse a profesiones “ femeninas” como la enfermería que ofrecen remuneraciones relativamente bajas y de poco prestigio.

Esto significa que muchas mujeres especialmente las solteras con hijos que criar apenas pueden vivir de sus ingresos a parte del tiempo que sus empleos le roban a su vida familiar.

La mayoría de las mujeres son efectivamente apartadas de las trayectorias profesionales que llevan a puestos ejecutivos. Como resultado de las políticas establecidas por las campañas privadas, los gobiernos, los dirigentes políticos, la profesión medica y la sociedad, son obra del hombre.

Las mujeres que participan en la política y se desempeñan en el gobierno suelen realizar tareas comúnmente atribuidas a su sexo, en ministerios con estructuras tradicionales y en general, estas alejadas de las actividades relacionadas con el desarrollo y el cambio socioeconómico.

En la mayoría de los países del Tercer Mundo las mujeres no tienen casi ninguna participación en las campañas en pro del desarrollo socioeconómico y las reformas básicas que están destinadas a afectar sus vidas directamente.

Por otra parte, el plan reconoce que la salud de la mujer depende de factores generales que van más allá de la medicina. Entre otras cosas, depende del empleo, educación, condición social y las funciones que se consideran propias de la mujer. En última instancia acaso dependa también de que tenga un acceso equitativo a los recursos económicos y al poder político.

“Salva a una mujer es salvar una familia.”

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) analizó la tendencia del Cáncer Cérvico uterino en México, sus conclusiones es que entre los años sesentas y noventas se registró un incremento de la mortalidad en todos los grupos de edad, desde los 30 años y se acentúa a partir de los 50 años de edad. Hasta alcanzar las tasas más altas en el grupo de mujeres mayores de 70 años. Detección Oportuna: El cáncer cérvico uterino (CACU) ocupa el primer lugar como causa de muerte en la población femenina.

Detectar a tiempo: se ha puesto en marcha el Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico uterino, regido bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994 para la prevención, detección, control, tratamiento y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, incluyéndose también a mujeres que residen en el extranjero .

Es notorio la gran cantidad de muertes en las mujeres del país, Martha menciona las cifras de Ca Cu han disminuido, pero no lo suficiente por lo que se puede ver actualmente. El problema principal de estos padecimientos está en la población de 45 años y más, ya que un número importante no tiene vida sexual activa o porque no tienen hijos piensan que no

---

<sup>23</sup>Organización Panamericana de Salud .*La mujer en la salud y el desarrollo* 1983 Washington DC EUA  
Pág. V, Vi, 2, 4, 5, 12-16

<sup>24</sup>MARTA De Fox (Mes de Julio 2005 ) Consultado en :  
[http://martadefox.presidencia.gob.mx/boletines/boletin\\_ene-feb2005.pdf](http://martadefox.presidencia.gob.mx/boletines/boletin_ene-feb2005.pdf)

tienen alguna enfermedad y les es más difícil la exploración ginecológica y toma de papanicolaou.

Éste es un asunto de todos, no es: “ah esta es una actividad de las mujeres”. No, ésta es una actividad de toda la sociedad y es una política pública decisiva, si queremos tener una sociedad moderna con valores que se mencionan anteriormente. Si no se hace, entonces es puro rollo, porque el 52 % de la población son mujeres, el 95 % de las víctimas de violencia son mujeres, entonces, habrá que trabajar y comprometerse con esto por convicción y ambos géneros deben de trabajar en la misma dirección.

Tomando en cuenta una definición de género. Género: conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de “ masculinidad y feminidad”; los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre hombres y mujeres. Son construcciones socioculturales que pueden modificarse, dado que han sido aprendidas y determinadas por la época así como el grupo social.

Aunque, la participación de la imagen masculina también es importante puesto que el cáncer cérvico uterino es un problema social que lo involucra. ¿ Cómo? el machismo en México sigue vigente, probablemente aún “ por debajo del agua es decir nos hacemos los que no sabemos nada”, lo que es seguro es que todas estas creencias tanto del hombre como de la mujer se han dado a través de la practica sociocultural, por lo que esto les impide asistir a sus estudios ginecológicos preventivos.

---

<sup>25</sup> SSA (Mes de Junio 2005) Consultado en: [www.imes.gob.mx/html/5\\_3\\_sal.htm](http://www.imes.gob.mx/html/5_3_sal.htm)

<sup>26</sup> CASAUBON. Ebrad (Mes de Junio 2005) Consultado en: <http://www.comsoc.df.gob.mx/noticias/discursosg.html?id=750571>

<sup>27</sup> Instituto Nacional de las Mujeres ( Mes de Junio 2005) Consultado en : [http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_El\\_ABC\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_administracion\\_Publica](http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_El_ABC_de_genero_en_la_administracion_Publica)

Esto empieza desde como se enseñan a ser “mujer”, se educa a que sean pasivas, sumisas y dependientes, a olvidarse de ellas mismas y a vivir para los demás... etc.

Cada vez es mayor el número de mujeres que trabajan fuera de la casa. La mayoría lo hace por necesidad económica o por darle a su familia un mejor nivel de vida. Pocas lo hacen sólo porque les guste.

Puesto que las diferentes sociedades han organizado las tareas que realizan sus integrantes para sobrevivir o progresar. Uno de los criterios de esta distribución de funciones ha sido el sexo de las personas, al cual también se le denomina división sexual del trabajo. De este concepto se deriva lo que llamamos roles de género.

Rol de género; tarea o actividad que se espera que desempeñe una persona según el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres desempeñar el rol de: políticos, mecánicos, jefes, etc.( rol productivo); y para las mujeres desempeñar el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etc. ( rol reproductivo).

Rol productivo; actividades que generan ingresos económicos, en dinero o en especie y que producen bienes o servicios para la venta o el autoconsumo. Por ejemplo, actividades agrícolas, industriales o comerciales. Son actividades socialmente reconocidas, remuneradas, que generan poder, autoridad y estatus.

Rol reproductivo; se relaciona con la reproducción biológica y las actividades que pueden garantizar el bienestar y la supervivencia de la familia, es decir, la crianza y la educación de los hijos e hijas, la preparación de alimentos, el aseo de la vivienda, entre otras. Son actividades invisibles, es decir, no remuneradas ni reconocidas.

---

<sup>28</sup> LARA Cantú. Asunción. Es difícil ser mujer.1997. México DF pp. 82, 109.

Por supuesto la asignación de roles está cambiando, anualmente, aumenta el número de mujeres que se incorporan al mercado de trabajo, compartiendo con los hombres las responsabilidades económicas.

Pero aún así la mujer continua con las responsabilidades domésticas y familiares lo cual hace que invierta mayor tiempo de jornada de trabajo. Todo esto es a partir de que en México, las mujeres siguen estudiando profesiones en las que asumirán roles de cuidadoras de los demás, ya sea en materia de salud o educación.

Por ejemplo la enfermería, en la que sus roles profesionales de acuerdo con la Dirección General de Profesiones: para el cuidado de la persona el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor de cuidados, educador para la salud e investigador, utilizando herramientas de la administración para planear, organizar, controlar y evaluar sus acciones; así como para coordinar y establecer la relación intra e interdepartamental que da congruencia y coherencia a la prestación del servicio. Como esta profesión sigue siendo en su mayoría constituida por mujeres, en donde la imagen de la enfermera entre las personas que se encuentran fuera del gremio y las personas de las comunidades es la de una mujer con uniforme blanco que brinda cuidados a personas enfermas generalmente hospitalizadas. Y en el ámbito del sistema de cuidado y atención a la salud, podemos encontrar al auxiliar de enfermería, al técnico en enfermería, a la enfermera general, la enfermera especializada, al licenciado en enfermería, maestrías y doctorados pero los diferentes grados de preparación, no suelen ser considerados en el concepto popular “ la enfermera”, pero además estas mujeres tienen otros roles como mujeres que es ser madres, hijas, esposas etc. Sin duda algunas de estas características

---

<sup>29</sup>Instituto Nacional de las Mujeres Op cit.

<sup>30</sup>REYES Tamez . *Dirección General DE Profesiones*, Fascículo 9 SEP. Subsecretaria de educación sup. e investigación científica.

gremiales, dan a la profesión un perfil particular. Los antecedentes escolares nos hacen un gremio heterogéneo, sin embargo la dinámica de las instituciones, las funciones y actividades asignadas tradicionalmente al personal de enfermería, nos obligan a encontrar un lenguaje común, para el desarrollo de nuestro trabajo y para alcanzar la identidad de la profesión. Desgraciadamente al finalizar la carrera, se pierde el valor social y se acentúa la disparidad de sueldos por lo que muchas de ellas vean la profesión como un compromiso provisional, que puede abandonar y reiniciar según lo dicten sus conductas sociales de matrimonio y familia.

En el medio educativo se conoce que la decisión de elegir una profesión, es resultado de la confluencia de diversos factores psicológicos, sociales y económicos. En México para la elección de carrera de enfermería, los aspectos económicos juegan un papel importante, debido a que representa una opción para el acceso rápido al mercado de trabajo, ya que es posible estudiar a nivel técnico después de la secundaria y desde la perspectiva de urgencia económica sigue siendo atractiva ( en México la distribución de los servicios de salud es desigual y está concentrada en las zonas urbanas y de mayores ingresos, lo cual acentúa la escasez de recursos que sufre gran parte de la población. ) Los datos en México (Guzmán, 1982), sobre las características socioeconómicas de estudiantes de nuevo ingreso de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM muestra que el 29% de los estudiantes tenían un promedio de ocho hermanos, la ocupación del padre era en un 23% comerciante o vendedor, el 20% técnico y sólo el 6% profesional.

---

<sup>1</sup> LARTIGUE Teresa *Enfermería una profesión de alto riesgo.* Universidad Iberoamericana. México 1998. Pp27,32.

<sup>1</sup>MYLRNA A.A.(Mes de Junio 2005) Consultado en:  
[www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf)

La escolaridad de los padres del 65% de los estudiantes fue en promedio de enseñanza primaria, el 15% de estudiantes trabajaba a su ingreso en la carrera y el 70% se incorporaba al trabajo remunerado al terminar el segundo semestre. El aspecto de la capacidad y potencial humano de los aspirantes a la carrera, guarda estrecha relación con el rasgo de género femenino de la misma. Diferentes autores en México han planteado la relación entre el papel tradicional de la mujer en nuestra sociedad y su extensión hacia el trabajo remunerado. Tradicionalmente la mujer se ha encargado del cuidado de los niños, enfermos y ancianos, dichas actividades se identifican como parte del campo de la enfermería, de tal forma que es difícil separar la motivación de ayudar a los demás del papel tradicional de la mujer en nuestra sociedad.

En estudios ocupacionales, una combinación de altas demandas de trabajo y bajo nivel de decisión, se ha confirmado como factor de riesgo para la salud. Parte del ambiente laboral son las relaciones entre colegas, las cuales han sido caracterizadas en dos sentidos como fuente de estrés cuando representan conflictos, o bien como fuente de apoyo social de tal manera que es posible apreciar el aspecto de las mismas en el desarrollo de las actividades diarias de enfermería. Por un lado se comparten situaciones laborales negativas: estrés (pacientes en estado crítico, demandantes etc); Insatisfacción y subordinación condiciones de trabajo, baja remuneración.

Existen factores que no pueden dejar de considerarse en este contexto, como el hecho de que la profesión de enfermería sea considerada de baja remuneración, ya que entre menos recursos económicos se tenga, mayor dificultad para resolver aspectos de índole práctica, como ayuda doméstica, automóvil etc. La escasa información disponible sobre ~~aspectos sociales de las enfermeras~~ subraya la importancia de sus salarios para cubrir y / o

completar los gastos familiares, en un esquema de pareja o de familia de origen esto lleva a la enfermera a realizar un doble trabajo.

La dificultad que enfrentan las enfermeras para aceptar cambios encaminados a acceder a un nivel de capacitación superior, o aceptar mayores obligaciones de trabajo, debido al tiempo que requieren. Para ellas es difícil la decisión, por que deben equilibrar el tiempo para su desarrollo, con el trabajo, la familia, las diversiones y la atención a sí mismas. Por ejemplo, asumir un compromiso escolar, persiguiendo el desarrollo profesional, disminuye el tiempo disponible para las obligaciones familiares, así como para los aspectos personales de descanso o esparcimiento.

Estos problemas de género, gremiales y socioculturales en las enfermeras como mujeres que trabajan en un constante estrés, hacen que se olvidan de la importancia de su salud y los pequeños tiempos libres con los que cuentan los dedican para descansar en su hogar, o dedicar mayor tiempo a su familia ( hijos principalmente).

La información para que las mujeres asistan a realiza periódicamente sus exámenes de papanicolau, no basta, los programas médicos de detección oportuna de cáncer cérvico uterino deben incluir a mujeres que tomen las muestras con sensibilidad y que orienten a las usuarias del servicio, hay que recordar que es una experiencia de invasión a la intimidad de la mujer, que provoca una gran tensión y que ella lo vive sola.

La preparación del personal con cursos de actualización en cuanto a la toma de la muestra es muy importante, así como la distribución y promoción del programa de salud reproductiva con trípticos, carteles, folletos, talleres de sensibilización de cáncer cérvico uterino, platicas a la comunidad etc. Todo esto bajo un trato humano.

---

<sup>1</sup> LARTIGUE Op Cit pp. 41,51,52,56,57,61.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de las Mujeres (Mes de Julio 2005) Consultado en: [http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Cancer\\_cervico\\_uterino](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Cancer_cervico_uterino)

#### 5.4.8 Factores académico laboral y cáncer cérvico uterino

Tal como se declara en el Plan Quinquenal para mejorar la salud de la mujer, la OPS y sus Gobiernos Miembros tienen que promover la participación de la mujer en la atención primaria de salud mediante la educación para la salud y la participación de la comunidad; Mejorar su salud ocupacional y utilizar a la mujer como elemento decisivo y agente promotor de la salud.

Otra circunstancia de importancia crítica, que sitúa a la mujer en situación de desventaja, es la educación inferior que se le imparte.

Las mujeres en América latina y el Caribe reciben menos enseñanza formal que los hombres y representan un elevado porcentaje (60% al 80%) del total de la población analfabeta.

La educación se considera como un primer paso para salir del hogar, en tanto que el “lugar” tradicional de la mujer es el hogar, teóricamente, un “refugio” que no está al alcance del hombre se presume que la mujer necesita menos educación.

Esta lógica incide en todos los estratos sociales y explica por que las niñas y mujeres jóvenes se sienten, en general, menos obligadas a continuar su educación, pues han asimilado las enseñanzas culturales que les indican que no la necesitan.

El papel indiscutible que tiene la educación en la formación de una nación es claro. Buena parte de la identidad cultural y de la conciencia nacional de un pueblo es transmitida a las nuevas generaciones a través de formas educativas formales e informales dentro de un mundo complejo y dinámico.

En la equidad de género, en donde aún hay mucho por hacer. La idea de la mujer como educadora, como formadora de ciudadanos, debe influir cada vez más a la sociedad.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud Op Cit. Pág. V, Vi, 2, 4, 5, 12-16

Ésto contribuirá a que el esfuerzo educativo de los gobiernos tenga eco en los pueblos y, que este modo, las creencias colectivas de estos pueblos puedan estar cada vez más abiertas a nuevas formas de ver el mundo y la sociedad.

La apertura al mundo es sin duda el signo de nuestros tiempos, que se manifiesta en el surgimiento de espacios que poco a poco ha encontrado la mujer en la familia, la comunidad e incluso en el ámbito público; esto la convierte en un agente, en un catalizador de las transformaciones sociales, no más importante que el hombre, sino de la misma dignidad y naturaleza. He aquí la importancia de iniciar procesos educativos que permitan, desde la familia, hacer realidad las condiciones de la equidad en la diferencia, sobre todo cuando se asume el papel sustantivo de la mujer en la transmisión de valores y actitudes en las nuevas generaciones desde el hogar, la escuela, la comunidad y, sobretodo, desde las funciones de responsabilidad pública.

Una de las principales funciones de los padres ha sido transmitir valores y actitudes a las nuevas generaciones, con el fin de preservar las costumbres y hábitos acordes con los grupos de pertenencia dentro de los cuales éstos desarrollarán su vida.

Así la familia como institución social se ha propuesto como tarea de los hijos e hijas sigan las pautas de conducta y la observancia de la ética y la moral que han guiado a generaciones anteriores y que prevalece entre la sociedad de la que forma parte.

No obstante, esta situación, antes clara y específica, se ha modificado notoriamente a lo largo del siglo XX como resultado, ( en parte), a que las sociedades en todo el mundo se han tornado más complejas como resultado, entre otras causas, de una democratización ascendente, del crecimiento demográfico. De la introducción de la tecnología, de la conciencia de la individualidad y de la globalización económica y cultural.

En México la familia sigue siendo el núcleo fundamental de las sociedades; sin embargo, ya no puede hablarse de un modelo de familia único ni de formas de vivir homogéneas, ya que en estas sociedades los individuos han encontrado maneras de organizarse en el hogar diferente a los esquemas convencionales.

Tradicionalmente se ha atribuido a las mujeres el papel de educadoras en la familia, depositando en ellas la gran responsabilidad de educar seres humanos con valores y actitudes que los ayuden en su vida individual y social. Paradójicamente, son ellas quienes más carecen de información, formación y acceso a la educación, lo cual no les ayuda a contribuir óptimamente en el desarrollo de individuos seguros de sí mismos, independientes y autosuficientes.

Las madres que carecen de una preparación adecuada en este mundo complejo, educan a sus hijos e hijas sin las herramientas necesarias para enfrentar los retos actuales que se presentan en los ámbitos de salud, alimentación, desarrollo social y preservación de la identidad, e inequidad de género. (conjunto de rezagos asignados a hombres y mujeres en una sociedad, que son adquiridos en el proceso de socialización. Son las responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, temores, actividades y expectativas, que la cultura asigna de forma diferenciada a hombres y mujeres. En otras palabras, es el modo de ser hombres o de ser mujeres en una cultura determinada. De ahí se derivan necesidades y requerimientos diferentes de hombres y mujeres para su desarrollo y realización personal. Se distingue el término “sexo”, pues alude a diferencias socioculturales y no biológicas. Al ser una construcción social, está sujeta a modificaciones históricas, culturales y aquellas que derivan de cambios en la organización social).

En México se observan cambios drásticos en el papel de la mujer en la sociedad debido, entre otras causas, a las transformaciones en la dinámica demográfica, al aumento

en la escolaridad femenina y a la incorporación acelerada de la mujer en el mercado de trabajo. Persiste, sin embargo, el papel tradicional de la mujer en la familia, sobretodo en zonas rurales. Llama la atención los espacios que las mujeres se han abierto en relación con los hombres, sobre todo en las áreas urbanas, el hecho de que México haya iniciado más temprano el proceso de secularización de la vida pública permitió diferenciar las funciones propias y el ámbito de acción tanto de instituciones religiosas como gubernamentales. Acompañando a esta diferenciación surgieron procesos de modernización que no han dejado de reforzar a la ciudadanía como el lugar común que garantiza a todos los individuos las mismas responsabilidades y derechos. No obstante este camino avanzado, todavía hay sectores sociales y regiones geográficas donde la mujer todavía no puede ejercer en la práctica todos sus derechos.

En la sociedad mexicana tradicional, fundamentalmente en las zonas rurales e indígenas, las madres transmiten a las hijas los valores sobre los que éstas deben fundar su conducta y actitudes ante su contexto sociocultural. La idea de sumisión y obediencia, de respaldo incondicional y dependencia en relación con el varón es transmitida de generación en generación. Parte de la construcción de la identidad de la mujer mexicana se relaciona con la idea de que lo femenino no tiene lugar en el ámbito público y que ser mujer tiene un espacio de realización confinado al ámbito privado.

Si bien durante la segunda mitad del siglo XX la equidad de género se ha fortalecido notoriamente en la sociedad mexicana, en general aún prevalece en el imaginario social la superioridad de los hombres sobre las mujeres, idea que las propias mujeres transmiten a sus hijas e hijos, si no de palabra, sí mediante actitudes significativas.

La formación que reciben las niñas en el interior de la familia tiene consecuencias importantes en su autoexploración de la vida social y pública, y por lo tanto en su bajo

empoderamiento. Actualmente, muchas mujeres son jefas de familia y se encargan de la manutención de sus hijos; en ocasiones solicitan la ayuda de otros familiares para el cuidado de los hijos y se organizan diversos vínculos, así como distintas formas de percepción de las tareas de la madre. Sin embargo, en tanto no se acepte un mayor grado la diversidad, los hijos pueden crecer confundidos al sentirse carentes de una familia tradicional formada por el padre y madre. Los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la transmisión de valores, principalmente en los sectores urbanos, lo cual hace necesario un mayor compromiso entre este sector y el resto de la sociedad..

El problema de la formación de valores se hace más complejo porque, además, son heterogéneas: no es lo mismo la familia rural tradicional, incluso la familia indígena en el caso de México, que la familia urbana o la urbano-marginada.

En la educación de las mujeres, mientras más conocimientos tengan las madres, mejor educación para la vida proporcionarán a sus hijos. Son bien sabidos los efectos positivos que la educación ejerce en todo ser humano, tanto en el desarrollo de su personalidad como en su capacidad para tomar decisiones y para adaptarse a las distintas situaciones que se suscitan a lo largo de la vida.

Una madre con un nivel de escolaridad elevado tendrá a su disposición una mayor cantidad de conocimientos acerca de los retos, peligros y oportunidades que brinda el entorno social y natural, lo que le da la posibilidad de articular estrategias más efectivas y eficientes en la tarea de promover el desarrollo de sus hijas e hijos.

Algunos estudios han demostrado que la mujer juega un papel muy importante en la transformación de las sociedades, así como en la transmisión de valores y actitudes de la comunidad. En muchos casos desarrollan mecanismos para facilitar el acceso a bienes y servicios indispensables para la vida comunitaria. Pero las mujeres no sólo suelen ser las

detonantes de las transformaciones de las estructuras sociales de la comunidad, también juegan un papel fundamental en la transmisión de la memoria colectiva y en la recreación de los códigos culturales que permiten al grupo identificarse.

Se considera como comunidad a una colectividad que trasciende el grupo familiar y que establece vínculos a partir de intereses diversos: la territorialidad, el parentesco, la amistad, los intereses sociales, los valores, la moral, la economía, etc. Las comunidades son grupos en los cuales se congrega la gente para organizar su vida personal, familiar y social.

Las mujeres en la comunidad juegan un papel educativo central, similar al que realizan en la familia, pero que se extiende más allá del ámbito meramente doméstico. Al estar encargadas de la conducción de sus hijos e hijas, las madres deben también ejercer influencia sobre el resto de la comunidad para garantizar la integridad y el desarrollo de estos.

Los impedimentos culturales explícitos, en términos del papel que deben desempeñar las mujeres en las sociedades más tradicionales, se relacionan directamente con la idea de que las mujeres deben dedicarse a la maternidad y al cuidado de los hijos. Por tal motivo, las mujeres de estas sociedades utilizan en baja proporción métodos anticonceptivos modernos. Estas actitudes implican que estos grupos de mujeres se encuentren en un riesgo alto de contagio con (ITS), herpes, VPH e incluso SIDA además de ser un factor limitante para que acudan a que se les realice un papanicolaou.

La calidad de la participación de las mujeres en la vida pública debe ser considerada como un elemento transformador de la condición femenina, así como de las relaciones que dan sustento a la sociedad, tales como las relaciones familiares, la socialización temprana y escolar, la organización y división del trabajo, entre otras. La presencia de la mujer en los espacios públicos tiene efectos transformadores en las prácticas tradicionales, así como en

las actitudes y los valores sustentados en una rígida división del trabajo y en estereotipos derivados de esta división.

El empoderamiento de género ( el control que llegan a tener de sus propias vidas para tomar las decisiones concernientes a su persona y a su participación en la vida pública y en el interior de las instituciones) es un anhelo relativamente reciente. Con él se pretende que las mujeres encuentren la autodeterminación y la confianza en sí mismas que les permita jugar un papel más activo en la sociedad.

#### 5.4.9 Cultura y cáncer cérvico uterino

La segmentación extrema de actividades a que conduce la complejidad de la cultura occidental hace perder de vista a menudo la estrecha relación que existe entre los indistintos aspectos de la vida social. La medicina y la salud campo especializado de las ciencias biológicas y físicas aplicadas cuya tarea es la prevención y cura de la enfermedad fueron consideradas como instituciones independientes y sin conexión el contexto cultural en el que tenías uso, significado y función.

La OMS, al buscar una buena definición de lo que debe entenderse por salud, escogiera entre las más adecuadas la que sigue: la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.” La salud, en efecto, es parte integral del fenómeno social y no una variable independiente que pueda considerarse aislada de su contexto. Esta verdad, aparentemente exagerada por no ser explícita en nuestra cultura, adquiere su sentido cabal cuando contemplamos las ideas y patrones de acción que respecto a salud, y nos encontramos en la imposibilidad de

---

<sup>36</sup>MORALES G. Sofialeticia *La mujer como educadora*. 2000 Pág. 5,6,12,13,14,18,-23, 28,64,70,78,79,86,88

separarlos de las creencias, valores y significados morales, religiosos y sociales que integran y dan firme cohesión a la sociedad.

La desigualdad histórica entre los géneros es uno de los factores que han definido la morbilidad y la mortalidad de hombres y mujeres. Debido a su condición de género, las mujeres enfrentan circunstancias desfavorables para el cuidado de la salud, su rol de género le define una posición social y un rol específico en la familia en un marco de condiciones sociales de equidad que las coloca en una situación de vulnerabilidad frente a la reproducción: Aunque como lo señala Szasz (1995), las propias condiciones biológicas de fortaleza de las mujeres se expresan en las condiciones sociales adversas en la que viven afectan su salud de manera que presentan mayor morbilidad. Sabemos que la mayor esperanza de vida no implica una mejor calidad de la misma.

La experiencia de ser mujer en una cultura patriarcal tiene que ver con la forma en la que las mujeres se enferman, ello significa que existen elementos que propician la enfermedad y dificultan el estado de salud que están relacionados, no sólo con el cuerpo en tanto ente biológico, sino también con un cuerpo femenino que se encuentra en una cultura que asigna ese cuerpo persona un valor, lugar y papel específico en la reproducción social.

La mayoría de los testimonios, las concepciones y experiencias sobre el cuerpo que se van adquiriendo a través de los años representan un elemento central en la vida de las mujeres, la vergüenza del propio cuerpo o el hecho de haber sido objeto de represión por parte de los adultos y la familia por los juegos vinculados con el cuerpo y la sexualidad se encuentra en estrecha relación con los elementos que favorecen o dificultan una adecuada práctica de prevención de salud particularmente de los aspectos conectados con la toma de Papanicolaou.

---

<sup>37</sup>AGUIRRE B. Gonzalo . *Programas de salud en la situación intercultural 1994* Pág. 35,36

Debidos a una cultura que despeja que las mujeres del poder de su cuerpo no existe en ellas una clara conciencia del mismo como un ente con necesidades propias, que es importante considerar, querer y cuidar, además separa al cuerpo, la sexualidad y la salud de la vida cotidiana.

Importa señalar que si bien el sector de pertenencia de las mujeres, que incluye, edad, escolaridad, acceso a servicios, modifica en algunos aspectos, la practica de la prueba de Papanicolaou.

Resulta realmente considerar al hecho de que, por lo regular, se había iniciado la practica de la prueba de Papanicolaou después de su primer contacto con los servicios de salud, principalmente por el evento de la maternidad.

Parte del marco referencial sociocultural que mientras siga considerando la practica sexual como algo definido para la reproducción o el matrimonio y los genitales como una parte del cuerpo “pecaminosa” será difícil separar la carga emocional y moral que permita darle un sentido mucho más practico y funcional.

Es decir que difícilmente una mujer joven y adulta que tenga relaciones sexuales sin estar casada o tener hijos reconocerá la necesidad de la prueba lo cual repercutirá en su actitud y practica de la misma.

En este sentido relevante es que los servicios de salud aunque no estén alejados de las mujeres en sentido geográfico, se encuentran alejados de sus practicas de vida. Mientras ellas no tengan una relación cercana con el sistema de salud ya sean instituciones o proveedores, mientras estos no sean accesibles a no formar parte de su vida cotidiana,

mientras no se genere un vinculo de confianza y respeto mutuo será difícil lograr una practica adecuada de detección oportuna del CaCu.

Los factores culturales afectan en la prevención oportuna de Ca Cu ya que se transmiten de generación en generación, pero si cada mujer se logra tomar conciencia en su salud, probablemente en las nuevas generaciones estos programas y campañas de prevención que realiza el sector salud tomen mayor importancia por las usuarias y así lograr disminuir las cifras de mortalidad en esta enfermedad, ya que es más importante y económico prevenir que curar.

El Episcopado Mexicano dio a conocer el documento Directorio Nacional de Pastoral Familiar, en el cual se abordan temas como la educación sexual, el aborto, las uniones libres, la monogamia, los matrimonios en crisis, el maltrato familiar y el SIDA, entre otros. El documento promueve la educación para "la castidad como virtud que desarrolla la auténtica madurez de la persona...", y enfatiza "la virginidad como manera suprema del don de uno mismo".

Por supuesto que es valido el pensamiento de las personas pero si se trata de la salud ¿Qué? en la actualidad las enfermedades no son por "castigo divino" en realidad son por falta de información y responsabilidad de cada uno de nosotros, sin embargo las nuevas generaciones se encuentra bombardeada de información en cuanto a temas de prevención de la salud y esto confunde a la juventud, por que a su vez ésta influenciada por los aspectos socioculturales ( tabúes religiosos y de sexualidad principalmente) en que se desenvuelven, afortunadamente las cifras muestran que la mayoría de las mujeres jóvenes

---

<sup>38</sup>CASTRO V Maria del Carmen *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino, un estudio en Hermosillo Sonora.* 2001 Pág. 15-17,140-143

<sup>39</sup> UAM-X, DCBS, *Área Educación y Salud*, Boletín de Información Periodística en Salud. VOLUMEN 20, No. 3 Marzo 2005

muestran mayor interés por su salud que las personas mayores, y dentro del gremio de enfermería existen muchos de estos factores en el personal de mayor rango de edad que son las que han estado con mayor contacto con los roles de género y cuestiones socioculturales.

#### 5.4.10 Autocuidado y cáncer cérvico uterino

La necesidad de mejorar la situación de la mujer en la salud y el desarrollo es apremiante ante.

La mujer no sólo debe ser considerada como beneficiaria activa de la atención de salud, sino que es preciso desarrollar sus funciones como agente y promotor de los servicios de salud.

Vivimos en una sociedad que ha negado el cuerpo como existencia concreta, con necesidades particulares, dicha negación ha hecho que los seres humanos tengan poco conocimiento y, por lo tanto, poco control sobre sus cuerpos. Para el cuerpo femenino ello ha significado una especial y mayor vulnerabilidad, en la medida en que ha sido orientado básicamente a la reproducción biológica lo que ha desembocado en la conformación de seres humanos mujeres desposeídas de poder, entendida esta falta de poder como ausencia de autonomía, y por lo tanto, de capacidad de decisión, debido al desconocimiento y la no valoración de sus propios cuerpos.

A ausencia de este poder desemboca en una falta de autonomía de las mujeres sobre el cuerpo y la sexualidad lo que repercute en las formas de cuidado de la salud.

---

<sup>40</sup>Organización Panamericana de Salud .Op Cit Pág. V, Vi, 2, 4, 5, 12-16

<sup>41</sup>CASTRO V Maria del Carmen .Op Cit Pág. 15-17,140-143

La Trascendencia de Ca Cu y de mama como problema de salud publica ha dado origen a programas nacionales y locales que, por varias décadas ha abocado a su detección y tratamiento.

En gran medida, es ella quien determina el grado de aceptación de nuevas instalaciones o servicios en su comunidad, y precisamente por el hecho de que no se hayan tenido debidamente en cuenta sus conocimientos, actitudes y practica, han fracasado muchos proyectos.

La pregunta inicial sigue vigente y aún no a sido respondido, ¿ por qué no acuden las mujeres a la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico uterino?. Al parecer, porque no han superado algunas cuestiones culturales: creencias religiosas y costumbres arraigadas transmitidas de generación en generación, mismas que dan significado a los sentimientos y pensamientos de cada una de ellas.

Una creciente comprensión de que la salud de la mujer en la atención de salud son elementos esenciales para la salud de todos.

Las mujeres por lo general se ocupan de las principales tareas de atención de la salud de sus familias por lo tanto, si son ignorantes o están mal nutridas o agobiadas por el trabajo excesivo, la salud de sus familias al igual que la suya propia se resiente.

Por ello, es importante que el problema de la salud no se considere aisladamente pues es dudoso que se pueda lograr un progreso notable sin adelantos en los demás sectores.

---

<sup>42</sup>LARGER. *Ana Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México* 1996 Pág. 323,325

<sup>43</sup>OPS Op Cit Pág. V, Vi, 2, 4, 5, 12-16

<sup>44</sup>FARFAN Muñoz Laura *Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino* 2000 Pág. 127

<sup>45</sup>OPS Op Cit Pág. V, Vi, 2, 4, 5, 12-16

El bosquejo de la situación intercultural pone de evidencia la necesidad de tomar en consideración los factores sociales y no sólo los médicos sanitarios si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud implementado en grupos de población de cultura heterogénea. Es indispensable en éstas abatir, desde el primer momento, el nivel de nuestras aspiraciones y establecer metas mínimas y restrictas a tono con la cultura específica de las comunidades indias y con las variaciones regionales de las formas de cada nación, desarrolladas por el núcleo rector de la zona. No quiere ello significar el planeamiento de un programa imperfecto y de baja calidad profesional que ofrezca a los sujetos de asistencia y salubridad servicios de medicina y de salud a medias; quiere decir sencillamente una limitación en la extensión y en la profundidad de los servicios que se impartan, una reducción en la profundidad de los servicios que se impartan, una reducción en la escala de las posibilidades y en la suma disponible de facilidades, sin que por ello se menoscabe la calidad de la práctica, ni de la teoría, realizada a un bajo nivel de expectativa.

Todo programa de salud requiere para su éxito y continuidad la participación activa de la comunidad. Cualquier progreso en el camino que conduce a la salud debe ser conseguido por el grupo primario basándose en esfuerzos. Fáciles o penosos, que otorguen la seguridad de que el objetivo alcanzado se debe a la propia tenacidad y que, en consecuencia, es un bien que amerita preservarse. Nada de lo que es impuesto o de lo ofrecido como dádiva tiene valor perdurable si carece de significado y no da sentido de pertenencia al sujeto que sufre la acción sanitaria o asistencial; no importa que pueda demostrarse que éstas sean útiles o benéficas.

A su vez, según hemos visto, la religión que rige las creencias y actividades tiene insondable influencia sobre la medicina; la economía, particularmente los niveles del poder

adquisitivo, determinan la posibilidad de obtener alimentación, casa, abrigo y medicamentos adecuados; la organización social, la educación, las ideas estéticas, el sistema de valores, en suma, todos los aspectos de la cultura tienen intervención, lejanía o próxima, con las resultantes finales de un programa de salud.

#### Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.

El 6 de marzo de 1998 en el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, se presentó la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, establecida por Decreto Presidencial publicado ese mismo día en el Diario Oficial de la Federación.

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer es un instrumento innovador del Programa de Salud Reproductiva, único en su tipo en toda Latinoamérica, que permite vincular los diversos servicios de atención integral de la salud de las mujeres desde los 13 años y promueve el autocuidado a su salud.

El uso de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer se incorporó al Programa de Salud Reproductiva en respuesta a la necesidad de contar con un instrumento para realizar un seguimiento mejor orientado, que permitiera a los prestadores de servicios y a las mujeres, tener un conocimiento oportuno de su estado de salud, y propiciar la reducción de los factores de riesgo, de los padecimientos y enfermedades que frecuentemente aquejan a las mujeres, entre los que destacan los cánceres cérvico uterino y mamario.

La Cartilla se proporciona a todas las mujeres de 13 años y más, en forma gratuita por los prestadores de Servicios de Salud en todas las instituciones del Sector Salud.

Actualmente la Secretaría de Salud ha adquirido aproximadamente 36.5 millones de cartillas, cantidad suficiente para cubrir al 100% de la población femenina de 13 años y más.

Componentes y acciones que se integran en esta Cartilla.

- Aplicación de vacunas.
- Detección y control de dos de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes, como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.
- Toma de la citología cervical (papanicolaou), con el propósito de prevenir, detectar o tratar oportunamente el cáncer cérvico uterino; así como la importancia de la exploración de mamas para prevenir, detectar o tratar el cáncer de las mismas.
- Planificación familiar, uso de algún anticonceptivo moderno.
- Salud perinatal, antecedentes gineco-obstétricos que favorezcan la detección de riesgos durante la etapa reproductiva.
- Salud de la Mujer, aspecto de trascendental importancia en la atención de la mujer durante el climaterio y la posmenopausia.
- Antecedentes heredo familiares que permitan detectar factores que pongan en riesgo su salud.
- Control de peso conforme a la talla.

Retos y desafíos.

La perspectiva en el manejo de esta Cartilla tanto para el proveedor de servicio de salud, como para la beneficiaria, es sensibilizar a ambas partes de que la prevención, detección y el tratamiento oportunos en los principales padecimientos que afectan a las

mujeres durante toda su vida, es una responsabilidad compartida. Para enfrentar este reto, es necesario que estas acciones se realicen en forma sistemática y permanente, lo que permitirá lograr entre la población femenina una cultura en salud que promueva el autocuidado de la misma, con la certeza de su repercusión en mejores niveles de vida para las mexicanas.

Actualmente se realiza mucha propaganda en cuanto a la cartilla nacional de la mujer, Pero en el 2005 su distribución y utilización por parte de la mujer mexicana es mínima porque no conocen realmente el uso de la cartilla o simplemente no les interesa.

Algunos estudios han mostrado que la forma en que la mujer interioriza y concibe su salud, está muy vinculada con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas. Lo que permite entender mejor el problema de la mínima participación y respuesta que tienen las mujeres para superar las barreras socioeconómicas y culturales que limitan al acceso y la participación sostenida a los programas preventivos.

En la CNSM el papanicolaou ocupa el sexto lugar de prioridad en las mujeres del estado de Morelos en el que la población no considero necesario atenderse, falta de dinero, no tuvo tiempo, falta de confianza y lejanía.

Estos son los principales pretextos que anteponen las usuarias para atender a su salud, es obvio que la importancia de su autocuidado queda en segundo termino. Este tipo de factores no deja avanzar a los programas de prevención y dejan notar que la responsabilidad de la mujer en cuanto a su salud no es importante para ella.

---

<sup>46</sup> INSP-CENIDS (Mes de Junio 2005) consultada en:  
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/03/arti.htm>

<sup>47</sup> INSP (Mes de Julio 2005) consultado en: [www.oaxaca.gob.mx/sso/salud/boletinsem19.html](http://www.oaxaca.gob.mx/sso/salud/boletinsem19.html)

Enfermería no es la excepción, de hecho son los mismos pretextos que antepone para su salud, siendo que ellas deben ser las principales mujeres en aprovechar estos servicios.

Se juzga al gobierno de que muchas mujeres están muriendo por Ca Cu, pero la responsabilidad es compartida, el gobierno porque brinda poco presupuesto para la prevención y la usuaria es la que tiene mayor responsabilidad, por ella existen los programas y sin el apoyo de ella los programas no son nada, sólo pérdida de tiempo y dinero a menos que la mujer tome la verdadera responsabilidad de salud y vida de su persona en sus manos.

## 6. MATERIAL Y METODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación que se pretende realizar es de tipo descriptiva y transversal; por que se describirá el fenómeno “factores relacionados con la DOCaCu en las enfermeras” y la información se recabará en un momento determinado.

### 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará integrada por 404 enfermeras que laboran en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y la muestra la formarán por el 50% que equivalen a 202 sujetos de estudio.

### 6.3 TIPO DE MUESTRA

Muestreo intencionado.

Enfermería no es la excepción, de hecho son los mismos pretextos que antepone para su salud, siendo que ellas deben ser las principales mujeres en aprovechar estos servicios.

Se juzga al gobierno de que muchas mujeres están muriendo por Ca Cu, pero la responsabilidad es compartida, el gobierno porque brinda poco presupuesto para la prevención y la usuaria es la que tiene mayor responsabilidad, por ella existen los programas y sin el apoyo de ella los programas no son nada, sólo pérdida de tiempo y dinero a menos que la mujer tome la verdadera responsabilidad de salud y vida de su persona en sus manos.

## 6. MATERIAL Y METODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación que se pretende realizar es de tipo descriptiva y transversal; por que se describirá el fenómeno “factores relacionados con la DOCaCu en las enfermeras” y la información se recabará en un momento determinado.

### 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará integrada por 404 enfermeras que laboran en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y la muestra la formarán por el 50% que equivalen a 202 sujetos de estudio.

### 6.3 TIPO DE MUESTRA

Muestreo intencionado.

## 6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### 6.4.1 De Inclusión

- ∞ Enfermeras de todas las categorías ( enfermeras de gestión y enfermeras asistenciales) y todos los turnos que pertenezcan al Hospital General Dr. Manuel Gea González.

### 6.4.2 De exclusión

- ∞ Personal femenino del hospital que no sean enfermeras.
- ∞ Estudiantes de enfermería.
- ∞ Enfermeras que no se encuentren en el momento de la recolección de la información.
- ∞ Que no acepte participar.

## 6.5 VARIABLES

Factores relacionados con la detección oportuna del CaCu en las enfermeras.

### 6.5.1 Dimensiones de la variable

- \* Dimensión sociodemográfica de las enfermeras.
- \* Dimensión académico-laboral de las enfermeras.
- \* Dimensión cultural de las enfermeras.
- \* Factores de riesgo para el CaCu de las enfermeras.

#### 6.5.1.1 Indicadores de las variables

- ∞ Dimensión sociodemográficos:
  1. Edad.
  2. Estado civil.

3. Lugar de procedencia.
4. Lugar de residencia.
5. Preferencia por algún centro de salud para realizar la prueba.
6. Interés de la imagen como promotora de salud.
7. Tipo de Rol (es) que juega como mujer.
8. Tiempo destinado para su salud.
9. Tiempo de traslado al lugar donde se realiza la prueba.
10. Tiempo de espera para ser atendida.

∞ Dimensión académico-laborales:

1. Grado de escolaridad de enfermería.
2. N° de cursos de capacitación sobre la toma y registro de la muestra de citología vaginal a los que ha asistido.
3. N° de cursos de actualización sobre la toma y registro de la muestra de citología vaginal a los que ha asistido.
4. Otros estudios
5. Categoría laboral.
6. N° de turnos que cubre.
7. Horas de trabajo por turno.
8. Ingreso mensual.
9. Carga laboral (exceso de trabajo).
10. Trato del personal que toma la muestra.

∞ Dimensión cultural.

1. Vergüenza hacia toma de la citología cérvicovaginal.
2. Comentarios de otras personas sobre la prueba.

3. Miedo a ser lastimadas durante la prueba.
4. Desconfianza del equipo y material utilizado en la prueba.
5. Desconfianza al personal de salud que toma la prueba.
6. Conocimiento sobre el concepto del papanicolaou.
7. Conocimiento sobre los roles profesionales de enfermería.
8. Importancia del papanucolau como parte del autocuidado.
9. Influencia de la familia.
10. Religión.

∞ Factores de riesgo.

1. Menarca.
2. IVSA.
3. Número de parejas sexuales.
4. Partos vaginales.
5. ITS.
6. Método anticonceptivo.
7. Antecedentes familiares de CaCu.
8. No. de pruebas de papanicolaou.
9. Intervalo de tiempo en que lo realiza.
10. Tabaquismo.

## 6.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se elaboró un instrumento llamado “Cuestionario sobre los factores relacionados con la DOCaCu en las Enfermeras del HG Dr. Manuel Gea González”, el cual esta integrado por 40 reactivos cerrados de opción

múltiple: los reactivos de 1 al 10 se refieren a la dimensión sociodemográfica, del 11 al 20 mencionan la dimensión académico-laboral, del 21 al 30 se refieren a la dimensión cultural y finalmente del 31 al 40 abarca factores de riesgo.

Este cuestionario se piloteará a 10 enfermeras con el fin de verificar los posibles errores y ofrecer un instrumento con mayor validez en la siguiente etapa de la investigación.

## 6.7 CONSIDERACIONES ETICAS.

Declaración de Helsinki.

Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos.

Adaptación por la XVIII Asamblea Medica Mundial Helsinki, Finlandia, 1964 y revisada en la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

Investigación Biomédica no terapéutica que compromete sujetos Humanos(Investigación biomédica no Clínica).

1. En la población pura y científica de la investigación efectuada con seres humanos, es deber del investigador permanecer como protector de la vida y salud de esa persona sujeto de la investigación.
2. Los sujetos deben ser voluntarios sean ellos personas o pacientes para quienes la investigación no esta relacionada con su enfermedad.
3. El investigador deberá discontinuar la investigación si a su juicio es peligroso continuarla sin producir daño al individuo.

4. En las investigaciones con el ser humano el interés de la ciencia y la sociedad nunca deben pretender a las consideraciones sobre el bienestar del sujeto.

En esta tesis se protegen los aspectos humanos de los sujetos de estudio al cuidar la confidencialidad de los datos que proporcionan y la libertad de los mismos de abandonar el estudio en cualquier momento que ellos consideren.

## 7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento está conformado por cuarenta ítems de los cuales doce son dicotómicas y veintiocho son de opción múltiple.

Los primeros diez reactivos miden la dimensión sociodemográfica, de la once a la pregunta veinte mide la dimensión académico-laboral, la veintiuno a treinta miden la dimensión cultural y de la treinta y uno a la cuarenta mide los factores de riesgo.

Se entregará una copia del proyecto de investigación de tesis y se realizará una carta dirigida al Director de enseñanza, a la Subdirectora de enfermería y al Jefe de docencia e investigación en enfermería, solicitando su autorización para realizar la aplicación del instrumento, una vez aceptada, la recolección de datos se llevará a cabo durante el enlace de turnos con los(a) encargadas de cada servicio y directamente con cada una de las enfermeras, para informarles el objetivo de la aplicación del cuestionario, después de realizar una previa cita con las enfermeras activas y administrativas de cada servicio con el fin de organizar el día y hora para la aplicación de un instrumento. Ver anexo A

---

<sup>48</sup>VELES C. Luis A (2003) *Ética Médica* Corporación para la Inv. Biol. Colombia. Pp251-255

4. En las investigaciones con el ser humano el interés de la ciencia y la sociedad nunca deben pretender a las consideraciones sobre el bienestar del sujeto.

En esta tesis se protegen los aspectos humanos de los sujetos de estudio al cuidar la confidencialidad de los datos que proporcionan y la libertad de los mismos de abandonar el estudio en cualquier momento que ellos consideren.

## 7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento está conformado por cuarenta ítems de los cuales doce son dicotómicas y veintiocho son de opción múltiple.

Los primeros diez reactivos miden la dimensión sociodemográfica, de la once a la pregunta veinte mide la dimensión académico-laboral, la veintiuno a treinta miden la dimensión cultural y de la treinta y uno a la cuarenta mide los factores de riesgo.

Se entregará una copia del proyecto de investigación de tesis y se realizará una carta dirigida al Director de enseñanza, a la Subdirectora de enfermería y al Jefe de docencia e investigación en enfermería, solicitando su autorización para realizar la aplicación del instrumento, una vez aceptada, la recolección de datos se llevará a cabo durante el enlace de turnos con los(a) encargadas de cada servicio y directamente con cada una de las enfermeras, para informarles el objetivo de la aplicación del cuestionario, después de realizar una previa cita con las enfermeras activas y administrativas de cada servicio con el fin de organizar el día y hora para la aplicación de un instrumento. Ver anexo A

---

<sup>48</sup>VELES C. Luis A (2003) *Ética Médica* Corporación para la Inv. Biol. Colombia. Pp251-255

## 8. RECUENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la tabulación de las respuestas que nos proporciono el personal se represento a través de cuadros y graficas con el programa Excel 2000 para la representación estadística descriptiva de frecuencias simples para realizar el análisis.

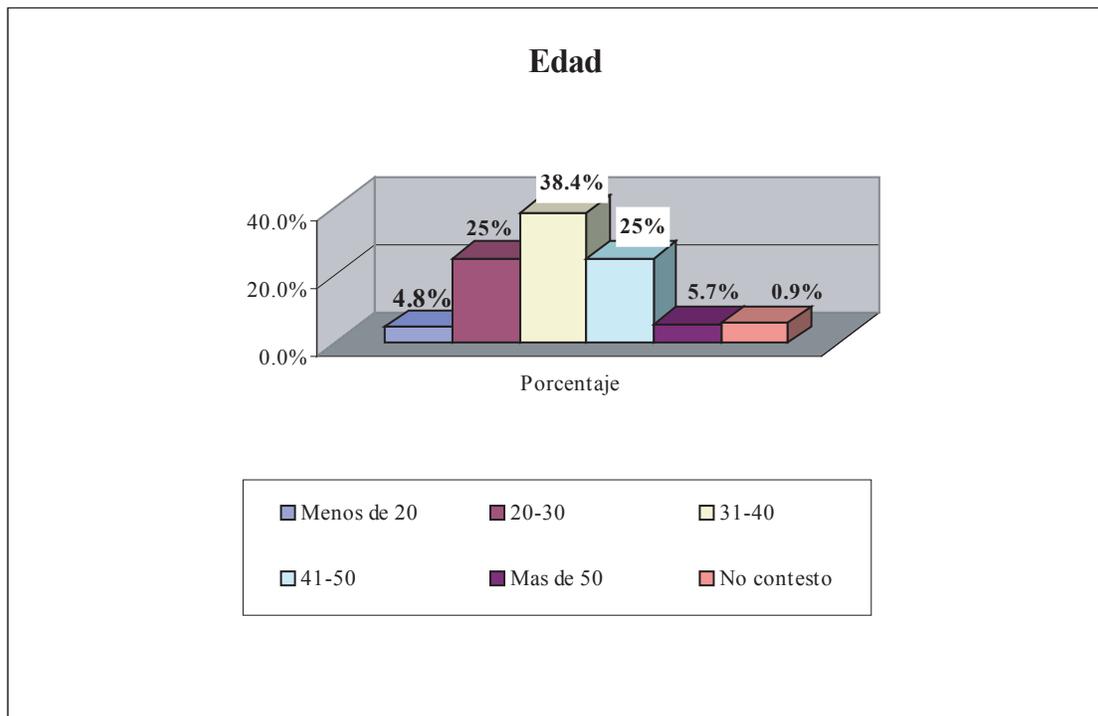
Originalmente la muestra era de 202 enfermeras de las cuales solo contestaron 104 personas ya que la cifra restante se encontraba de vacaciones, se negaron a contestar el instrumento, por la demanda de trabajo en el servicio les fue imposible encontrar el tiempo para contestar el documento inclusive se dio el caso que se perdieron algunos de los mismos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Cuadro y Grafica N° 1 Edad.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20	5	4.8%
20-30	26	25%
31-40	40	38.4%
41-50	26	25%
Mas de 50	6	5.7%
No contesto	1	0.9%
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario para la investigación "Factores relacionados con la DOCACU en las enfermeras del H. G. Dr. Manuel Gea González".



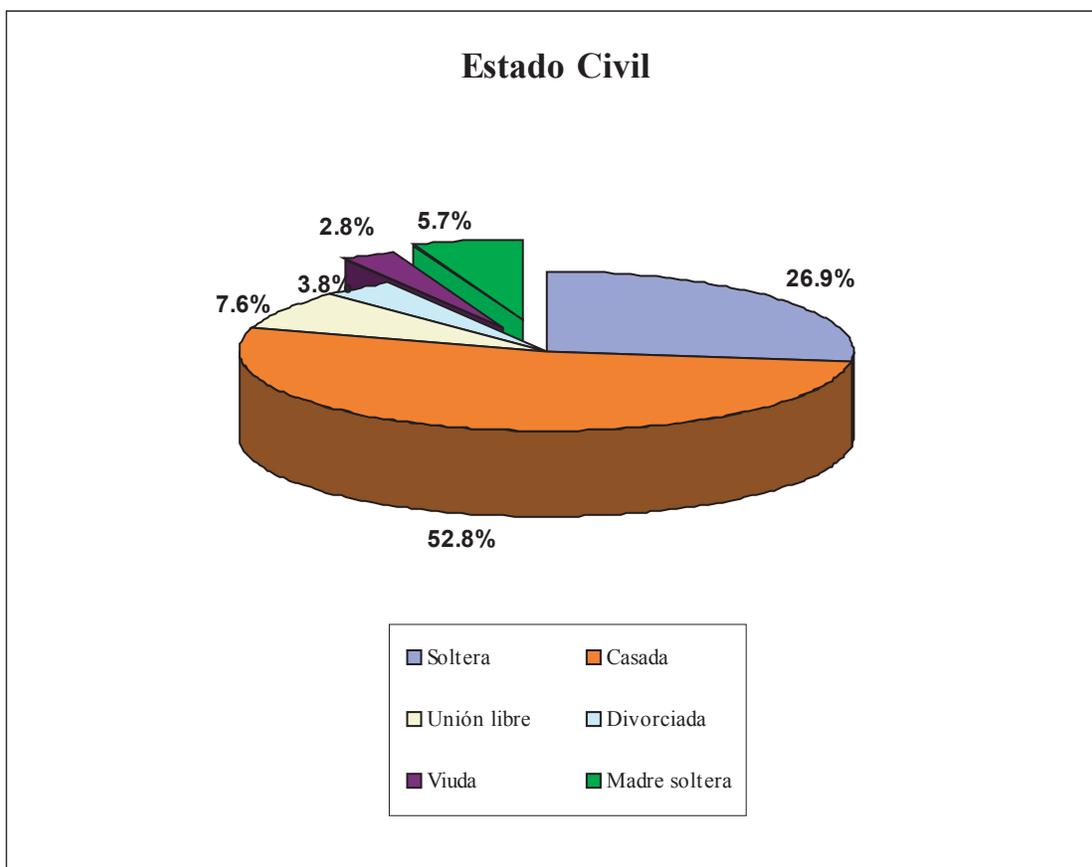
Fuente: Cuestionario para la investigación "Factores relacionados con la DOCACU en las enfermeras del H. G. Dr. Manuel Gea González".

Descripción: El porcentaje mayor de esta grafica lo representa la categoría de edad de entre 31- 40 años con un 38.4 % contra el rango menor que esta representado por el grupo de edad que tiene menos de 20 años con un 4.8 %.

Cuadro y Grafica N° 2 Estado civil.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	28	26.9%
Casada	55	52.8%
Unión libre	8	7.6%
Divorciada	4	3.8%
Viuda	3	2.8%
Madre soltera	6	5.7%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



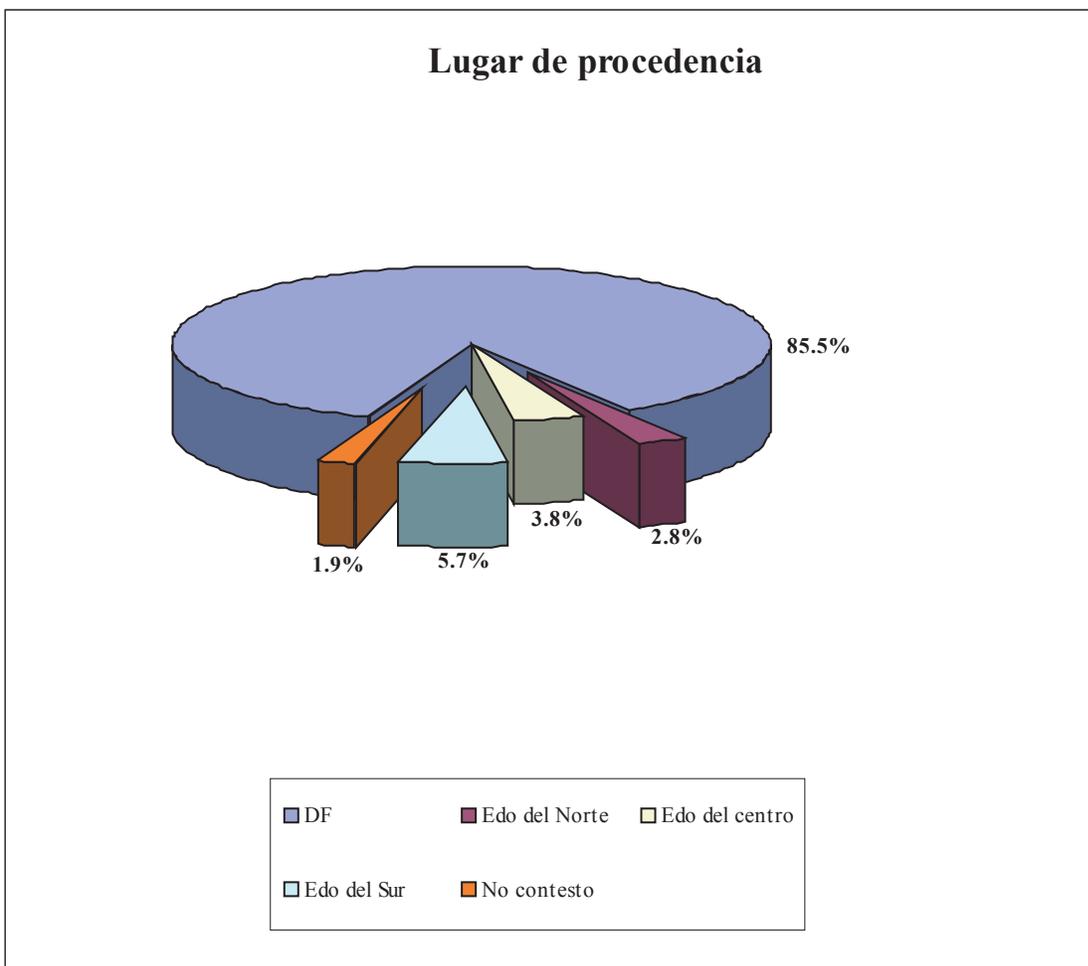
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor lo conforma el grupo de las enfermeras de estado civil Casada con un 52.8 %, 27 % son solteras contra el rango menor que lo representa el grupo de las Viudas con un 2.8.

Cuadro y Grafica N° 3 Lugar de procedencia.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
DF	89	85.5%
Edo. del Norte	3	2.8%
Edo. del centro	4	3.8%
Edo. del Sur	6	5.7%
No contesto	2	1.9%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



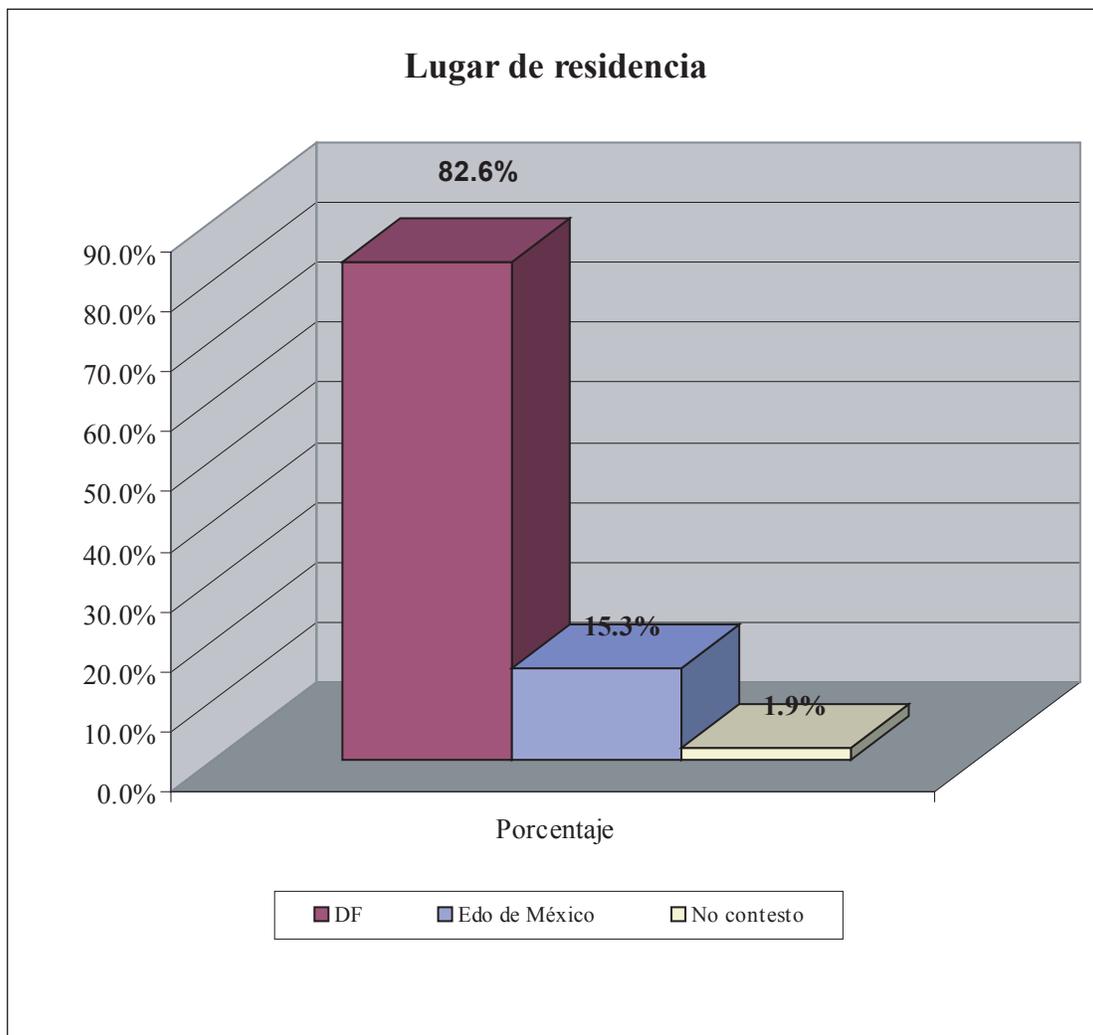
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor lo encontramos en la categoría de DF con el 85.5% contra el 2.9 % de la categoría Estados del norte.

Cuadro y Grafica N° 4 Lugar de residencia.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
DF	86	82.6%
Edo. de México	16	15.3%
No contestó	2	1.9%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



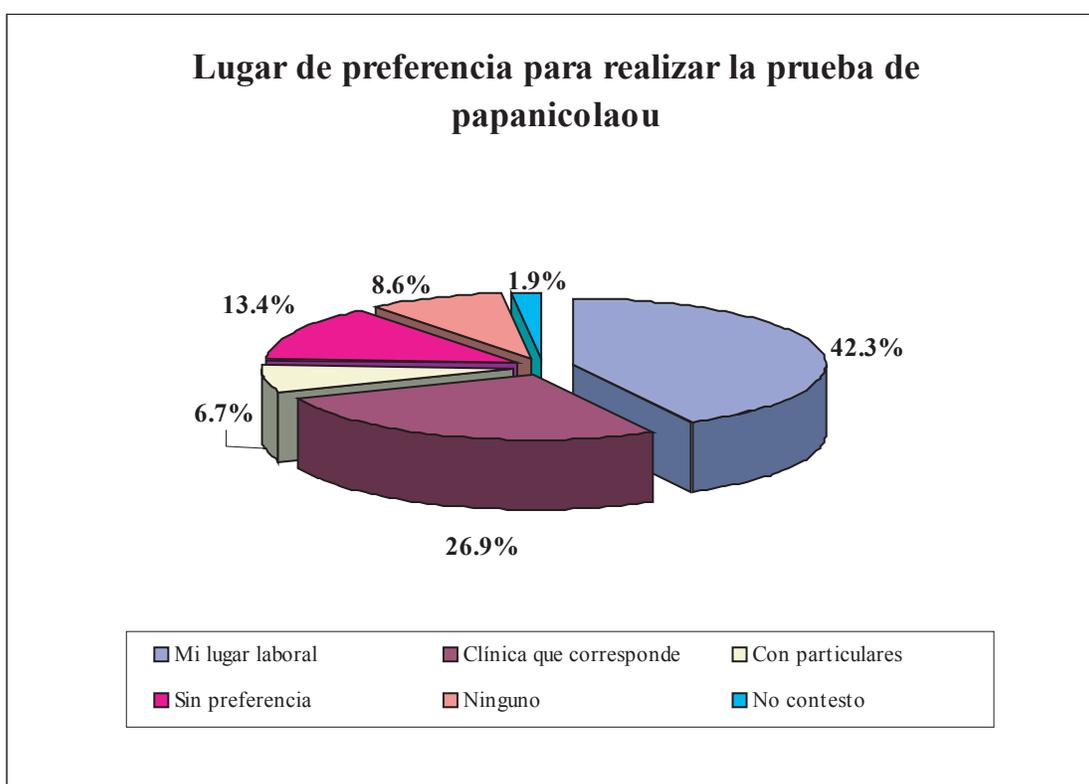
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor es del 82.6% en la categoría "DF" y el porcentaje menor es 15.3 % de la categoría "Estado de México".

Cuadro y Grafica N° 5 Lugar de preferencia para realizar la prueba de papanicolaou.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Mi lugar laboral	44	42.3%
Clínica que corresponde	28	26.9%
Con particulares	7	6.7%
Sin preferencia	14	13.4%
Ninguno	9	8.6%
No contesto	2	1.9%
Total	104	100.0%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



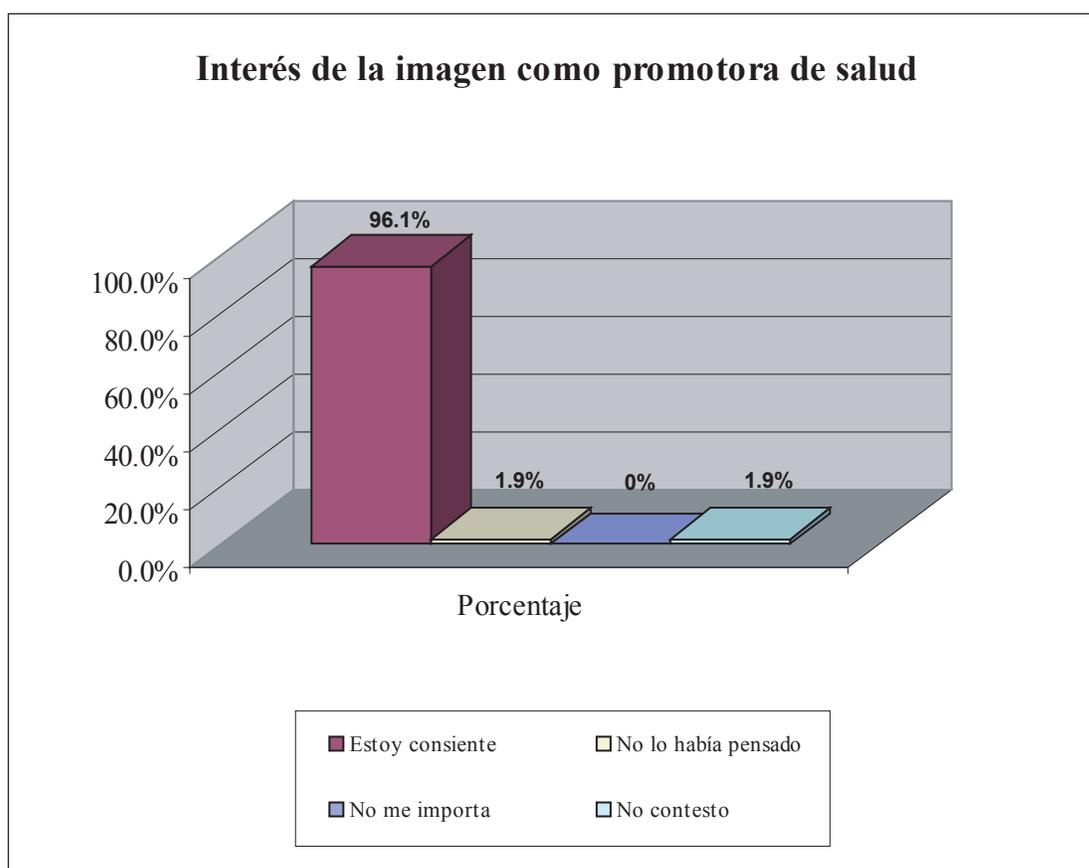
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor lo representa la categoría "Mi lugar laboral " con el 42.3 % contra el porcentaje menor de la categoría "Con particulares" con el 6.7%.

Cuadro y Grafica N° 6 Interés de la imagen como promotora de salud.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Estoy consiente	100	96.1%
No lo había pensado	2	1.9%
No me importa	0	0%
No contesto	2	1.9%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



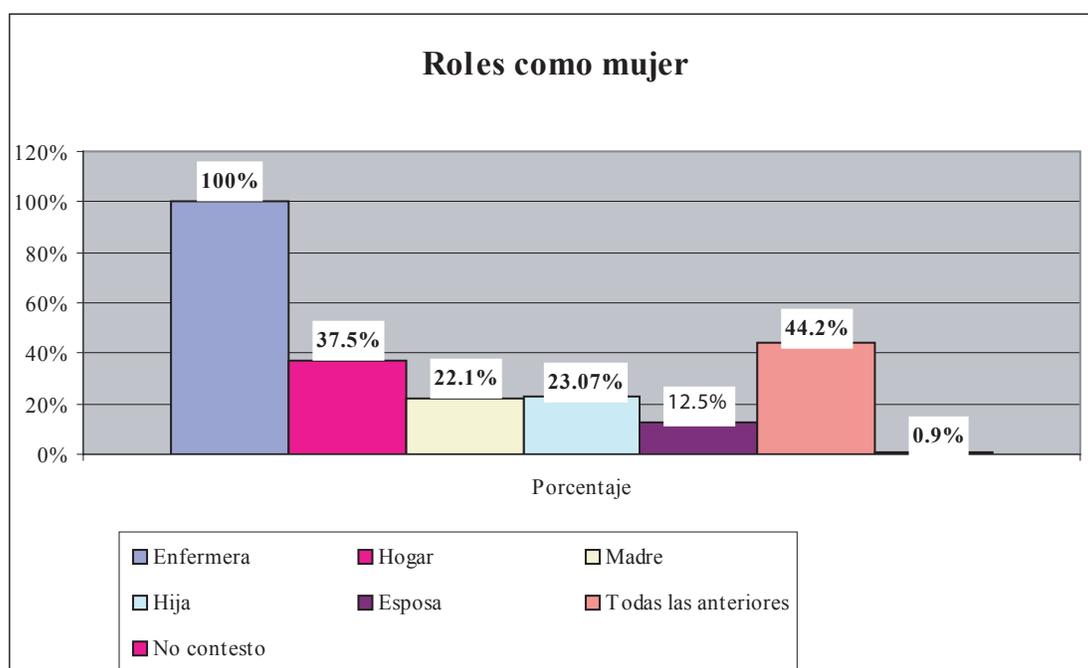
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 96.1% representa la categoría "Estoy conciente" lo cual demuestra el porcentaje mayor contra el porcentaje menor del 0 % que se refiere a la categoría de No me importa.

Cuadro y Grafica N° 7 Roles como mujer.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera	104	100%
Hogar	39	37.5%
Madre	23	22.1%
Hija	24	23.1%
Esposa	13	12.5%
Todas las anteriores	46	44.2%
No contesto	1	0.9%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



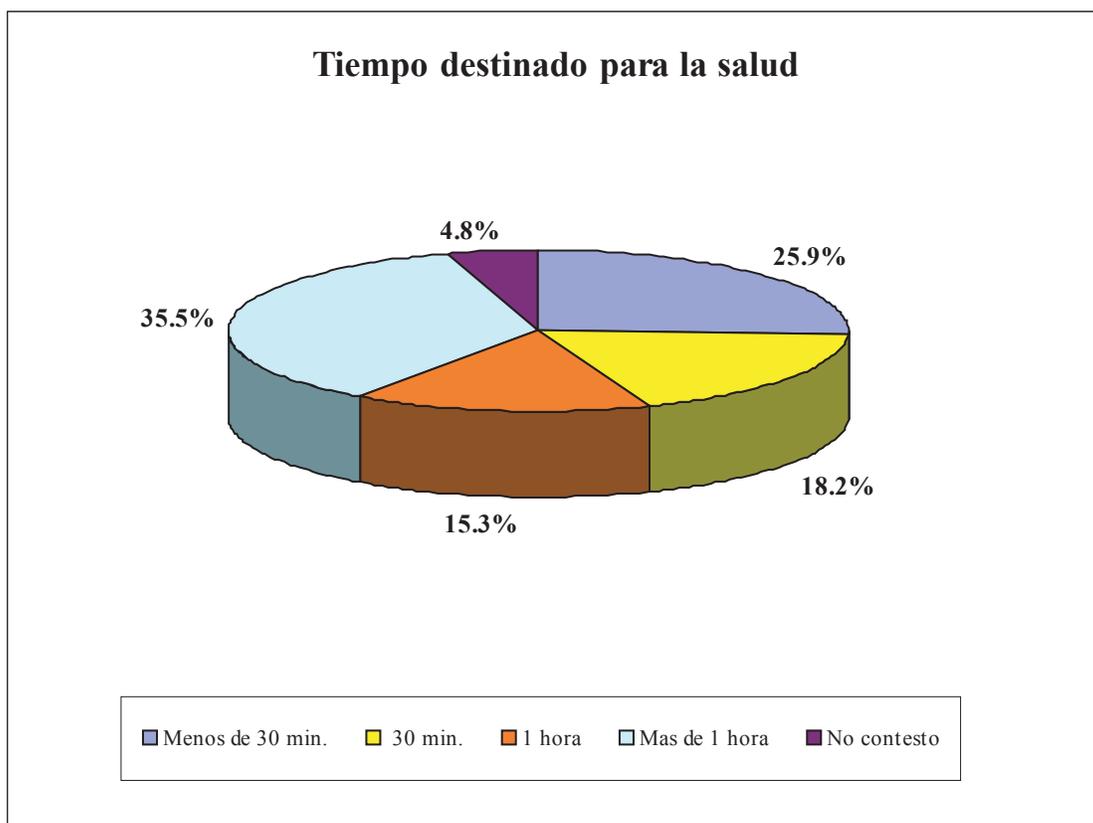
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mas alto lo representa al rol de Enfermera con el 100 %, con un 44.2 % se encuentran las que aparte de enfermeras son madres, hija, esposa y se dedican al hogar, con un 37.5 % aparte de ser enfermeras se dedican al hogar, con un 23.1 % son enfermeras e hijas, con un 22.1 % son enfermeras y madres y finalmente el 12.5 % son enfermeras y esposas.

Cuadro y Grafica N° 8 Tiempo destinado para la salud.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 min.	27	25.9%
30 min.	19	18.2%
1 hora	16	15.3%
Mas de 1 hora	37	35.5%
No contesto	5	4.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



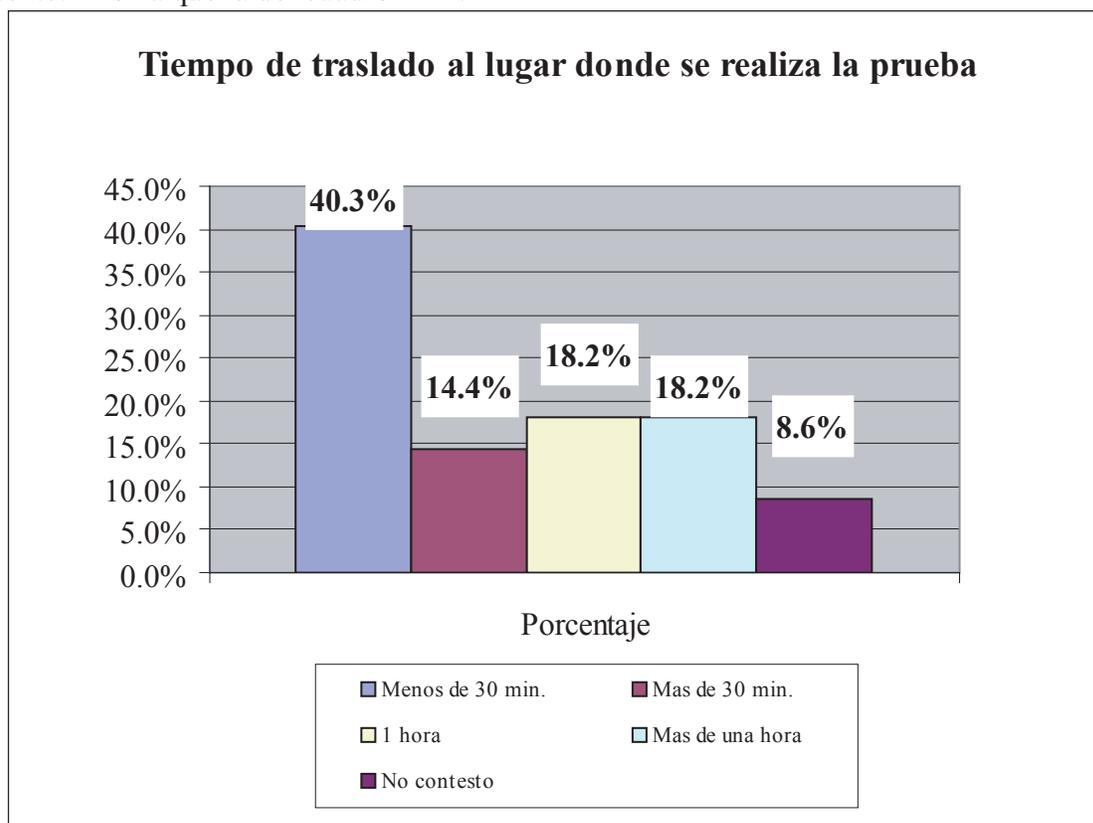
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: La categoría "Más de 1 hora" es con mayor porcentaje con el 35.5 % contra el porcentaje menor de 15.3 % de la categoría "1 hora".

Cuadro y Grafica N° 9 Tiempo de traslado al lugar donde se realiza la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 min.	42	40.3%
Mas de 30 min.	15	14.4%
1 hora	19	18.2%
Mas de una hora	19	18.2%
No contesto	9	8.6%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



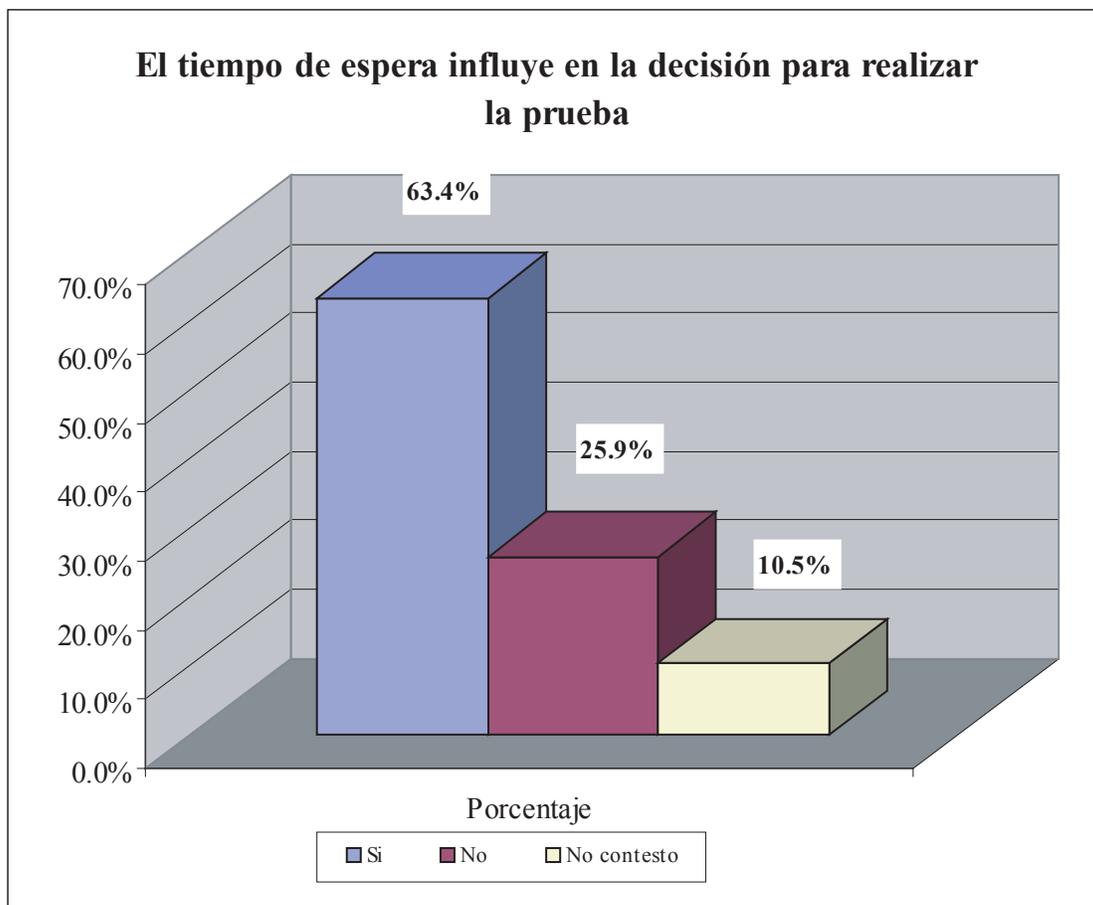
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mas alto lo conforma la categoría de "Menos de 30 min." con el 40.3% y el porcentaje menor pertenece a la categoría de "Más de 30 min." Con el 14.4%.

Cuadro y Grafica N° 10 El tiempo de espera influye en la decisión para realizar la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	63.4%
No	27	25.9%
No contesto	11	10.5%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



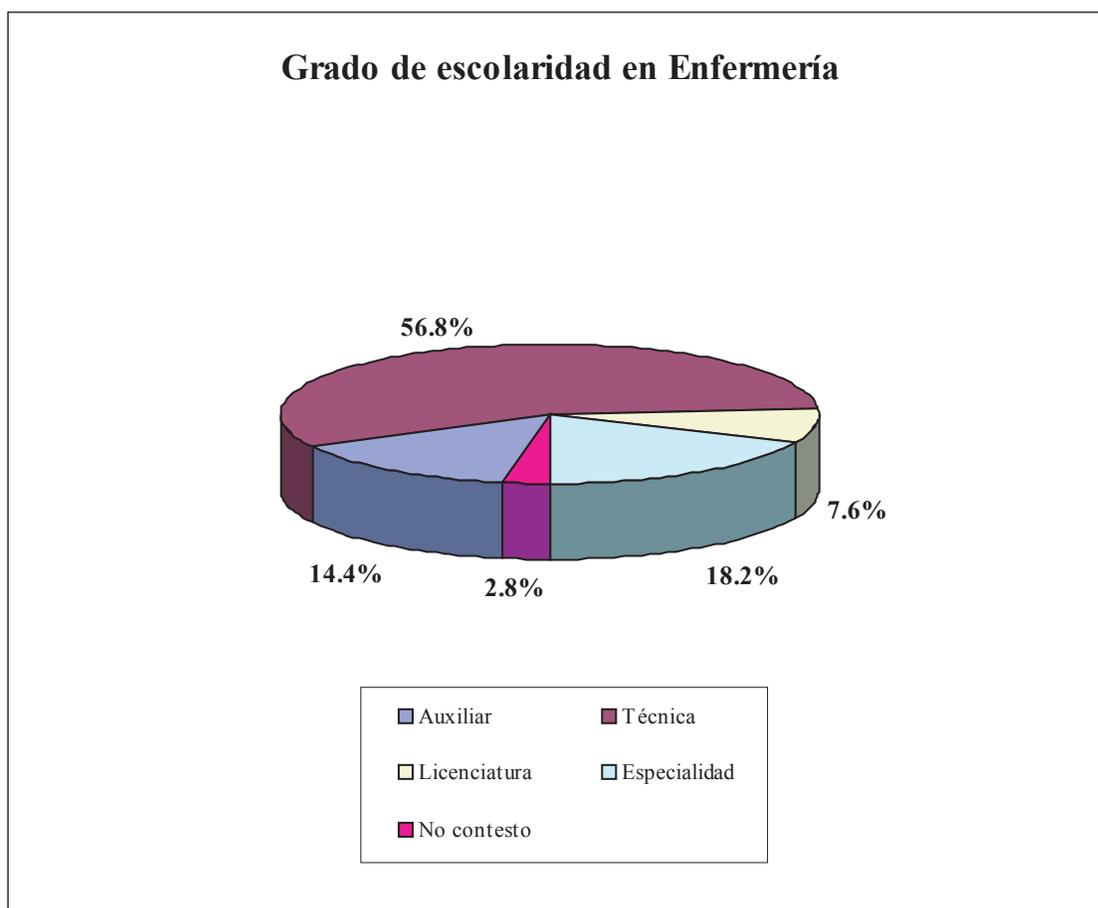
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: En esta grafica se muestra que el 63.4 % mencionan que si influye el tiempo de espera contra el 25.9 % que dicen que no influye el tiempo de espera.

Cuadro y Grafica N° 11 Grado de escolaridad en Enfermería.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar	15	14.4%
Técnica	59	56.8%
Licenciatura	8	7.6%
Especialidad	19	18.2%
No contesto	3	2.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



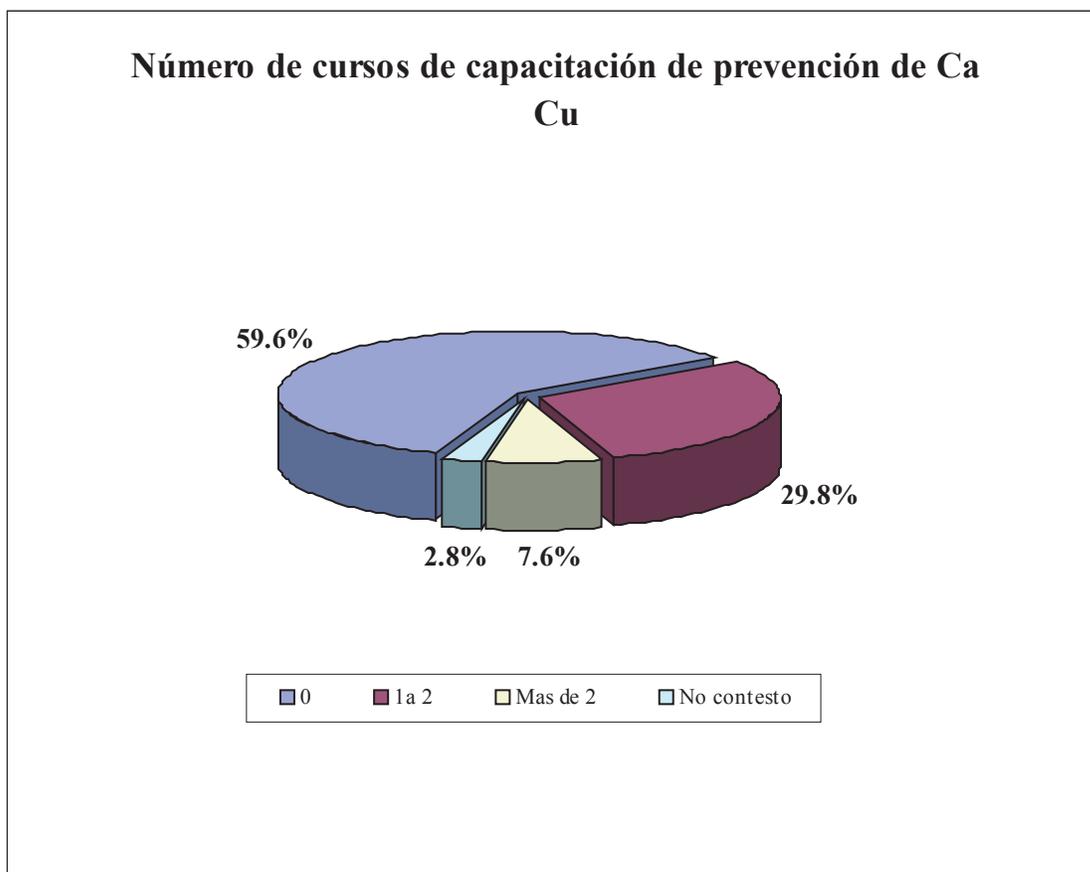
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor lo marcan las enfermeras de nivel Técnico con el 56.8 % contra el porcentaje más bajo que esta representado por las enfermeras de nivel Licenciatura con el 7.6 %.

Cuadro y Grafica N° 12 Número de cursos de capacitación de prevención de Ca Cu.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
0	62	59.6%
1 a 2	31	29.8%
Mas de 2	8	7.6%
No contesto	3	2.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



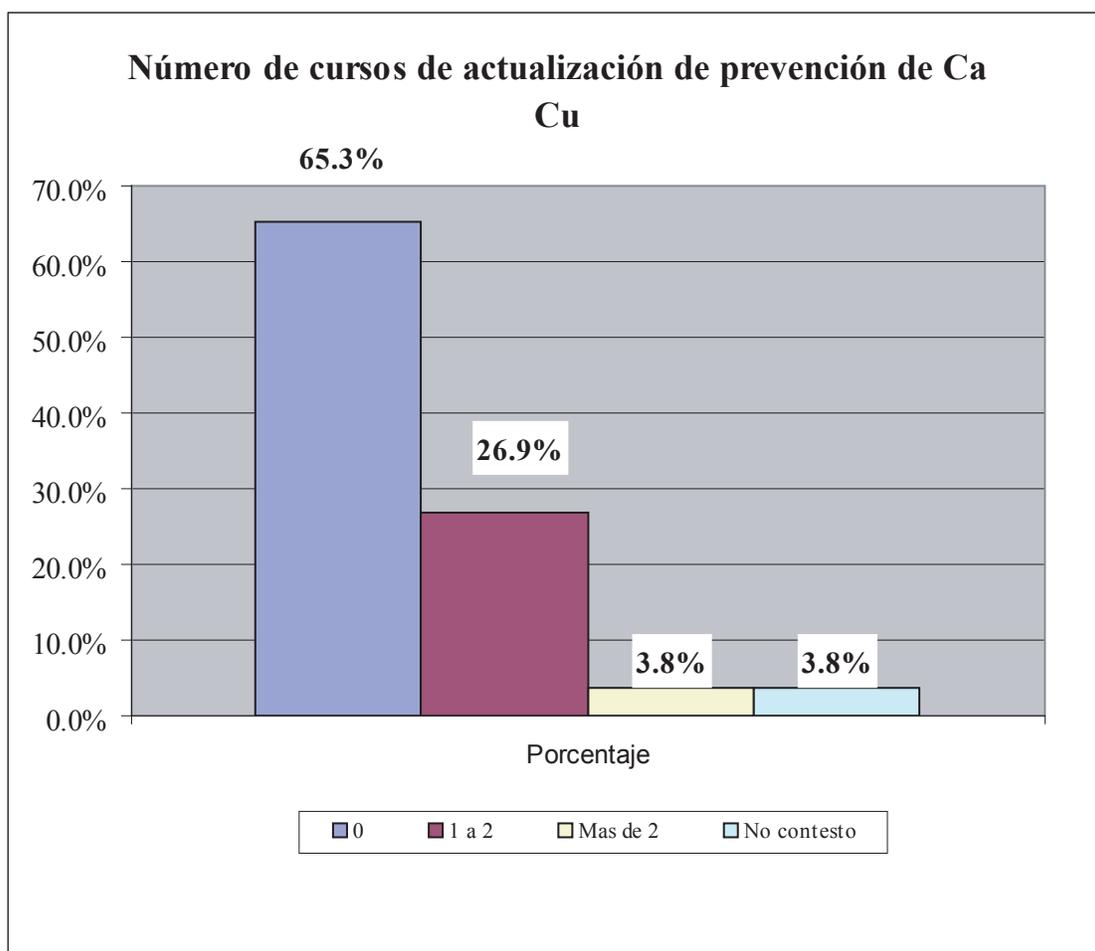
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 59.6 % refiere nunca haber tomado un curso de capacitación mientras que el 7.6% refiere haber asistido a mas de 2 cursos.

Cuadro y Grafica N° 13 Número de cursos de actualización de prevención de Ca Cu.

CATEGORÍA	Número	Porcentaje
0	68	65.3%
1 a 2	28	26.9%
Mas de 2	4	3.8%
No contesto	4	3.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



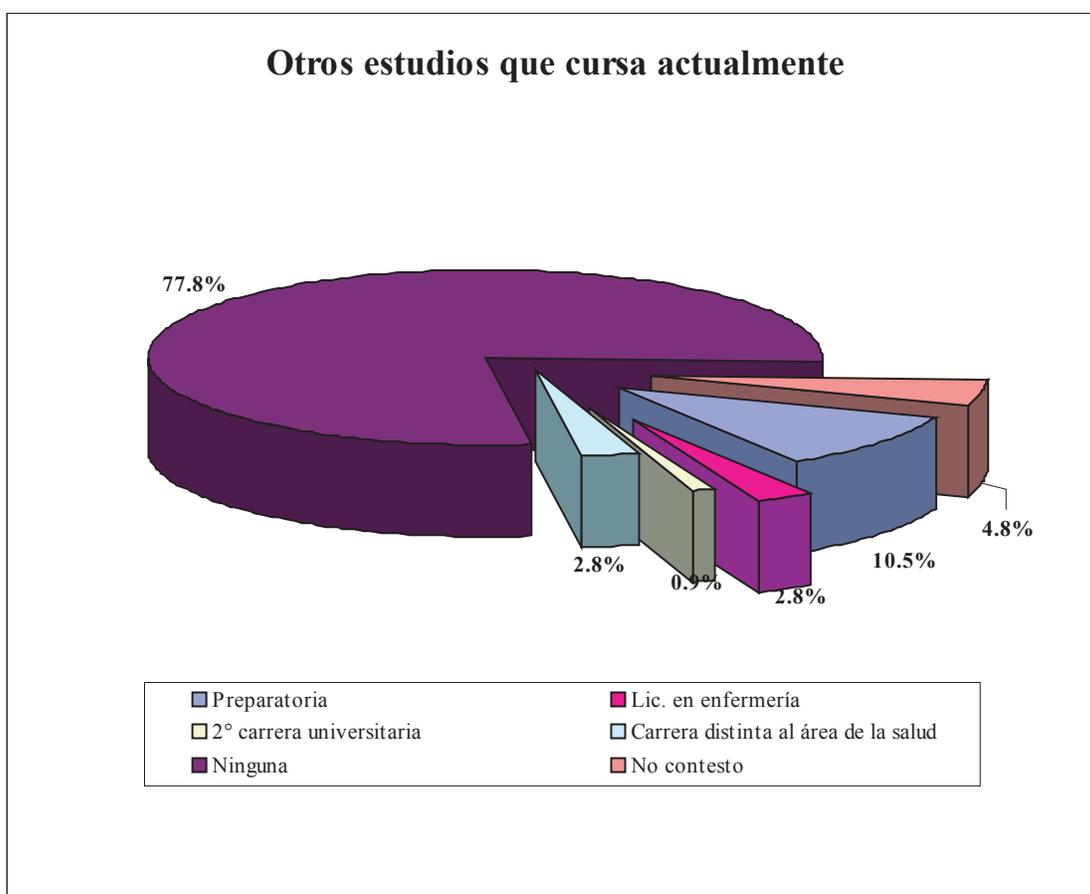
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 65.3 % refiere nunca haber asistido a un curso de actualización mientras que el 3.8 % refieren haber asistido a más de 2 cursos.

Cuadro y Grafica N° 14 Otros estudios que cursa actualmente.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Preparatoria	11	10.5%
Lic. en enfermería	3	2.8%
2° carrera universitaria	1	0.9%
Carrera distinta al área de la salud	3	2.8%
Ninguna	81	77.8%
No contesto	5	4.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



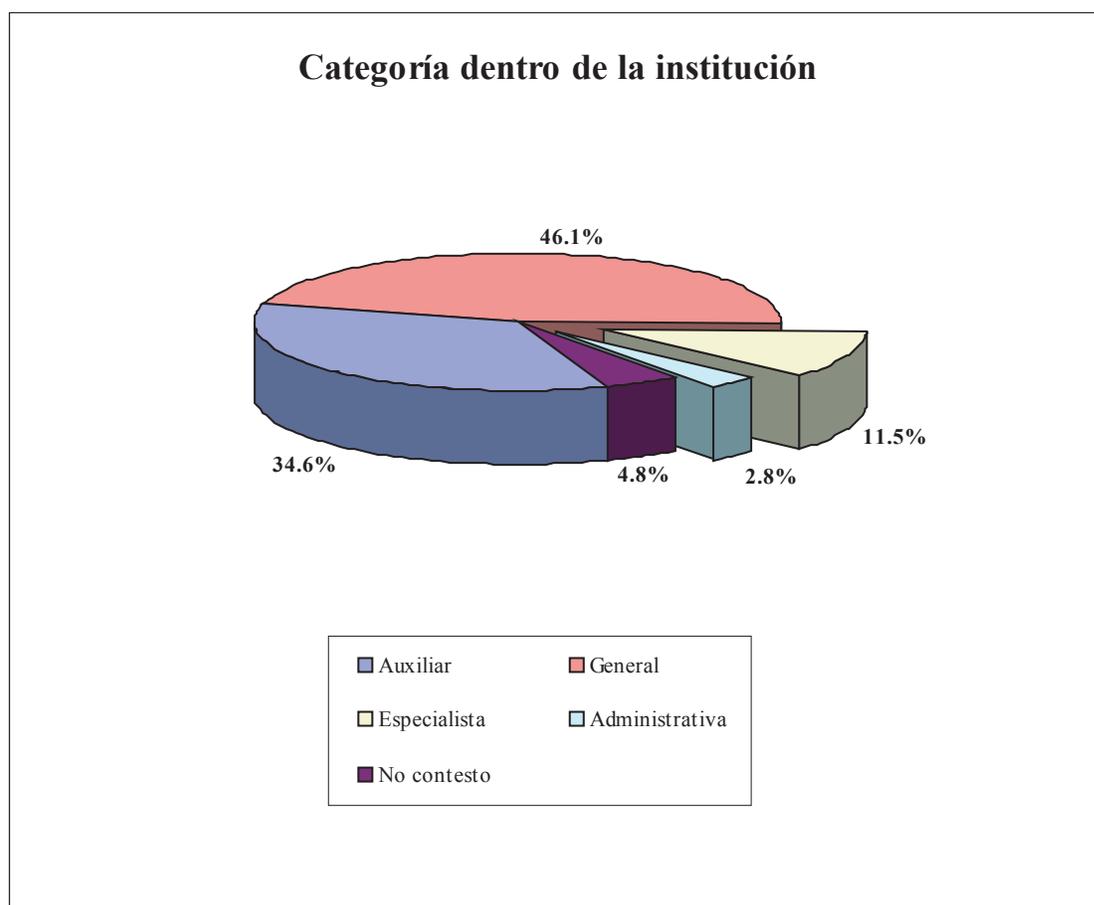
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 77.8 % refiere no estar cursando otros estudios contra el 0.9 % que manifiesta estar estudiando una 2° carrera universitaria.

Cuadro y Grafica N° 15 Categoría dentro de la institución

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar	36	34.6%
General	48	46.1%
Especialista	12	11.5%
Administrativa	3	2.8%
No contesto	5	4.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



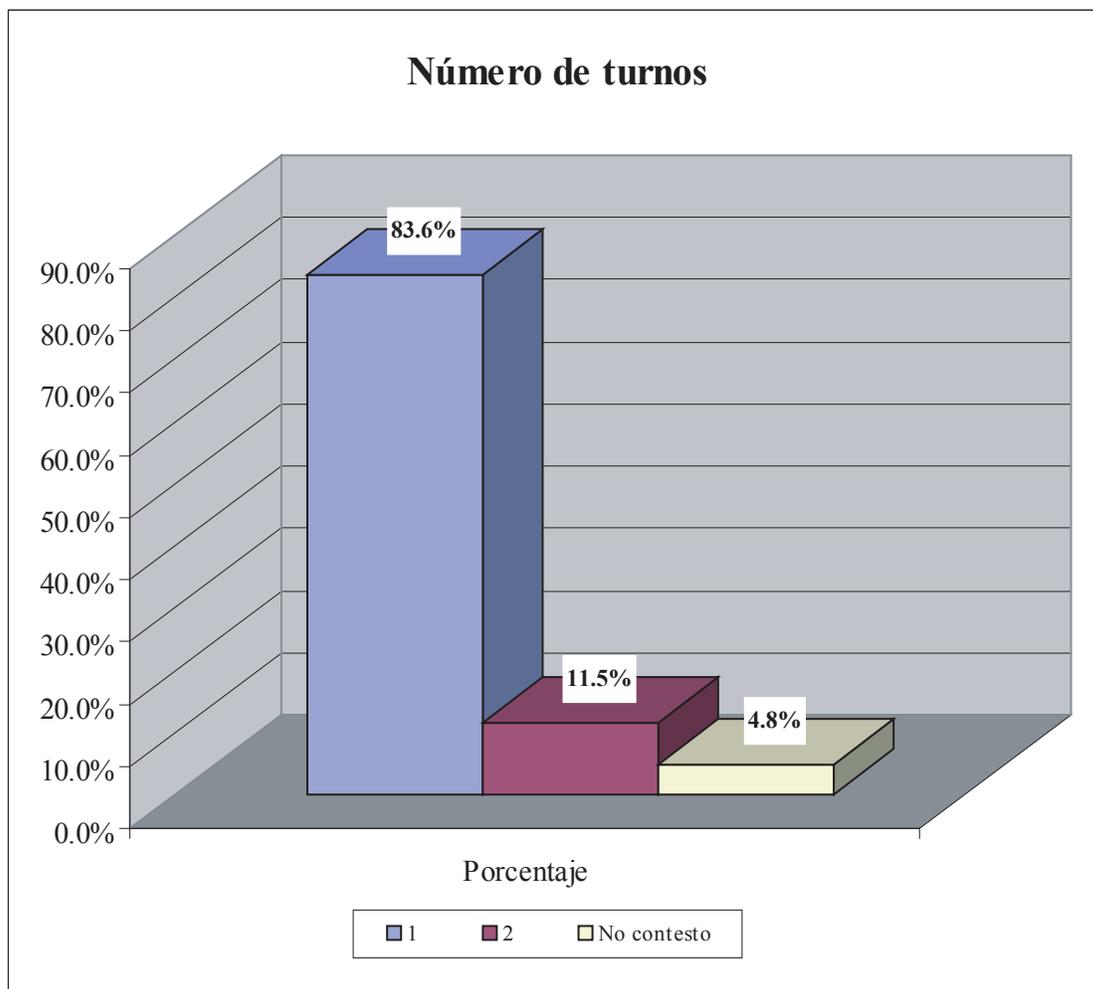
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor esta representada por el grupo de enfermeras Generales con el 46.1% mientras que el porcentaje menor lo ocupan las enfermeras con grados administrativos con el 2.8 %.

Cuadro y Grafica N° 16 Número de turnos.

CATEGORÍA	Número	Porcentaje
1	87	83.6%
2	12	11.5%
No contesto	5	4.8%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



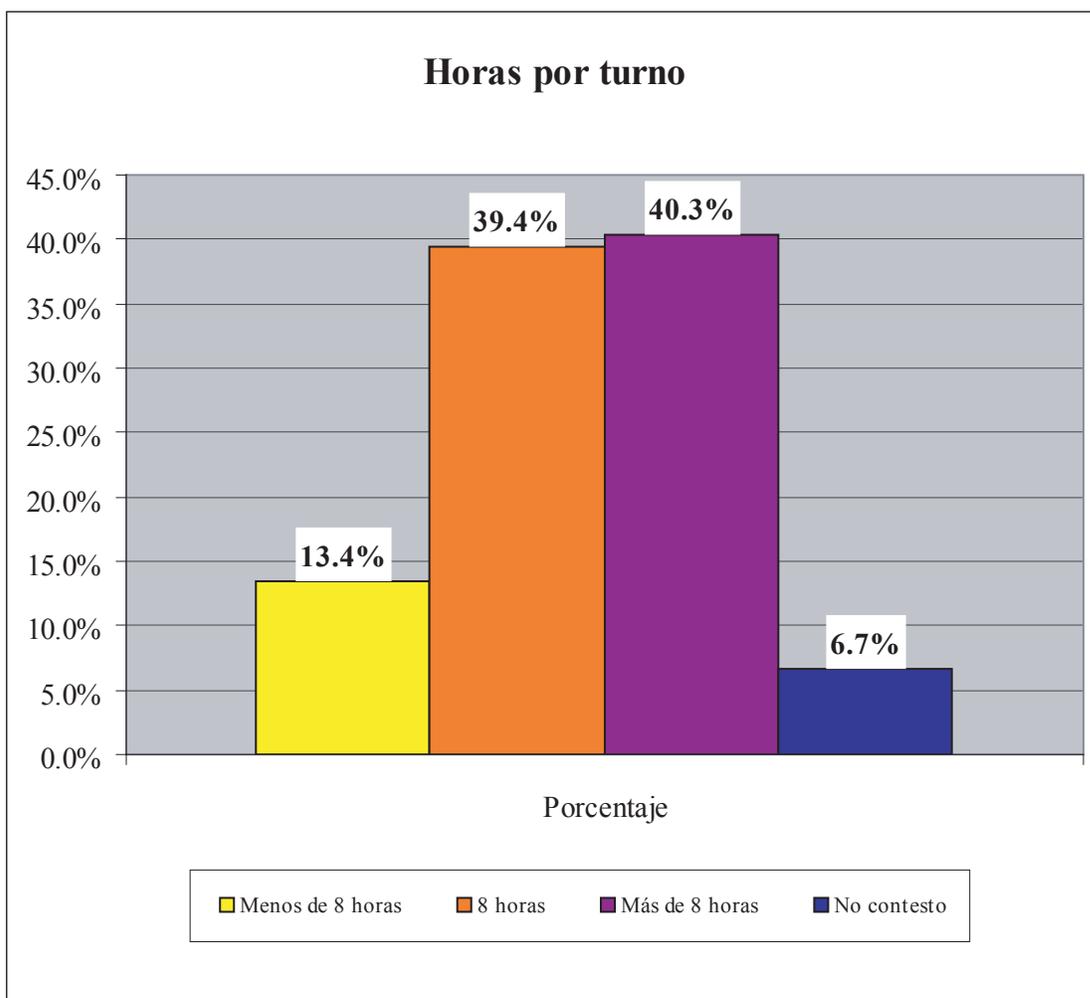
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: De las enfermeras cuestionadas el 83.6 % solo cubren 1 turno, mientras que el 11.5 % cubren 2 turnos.

Cuadro y Grafica N° 17 Horas por turno.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 8 horas	14	13.4%
8 horas	41	39.4%
Más de 8 horas	42	40.3%
No contesto	7	6.7%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



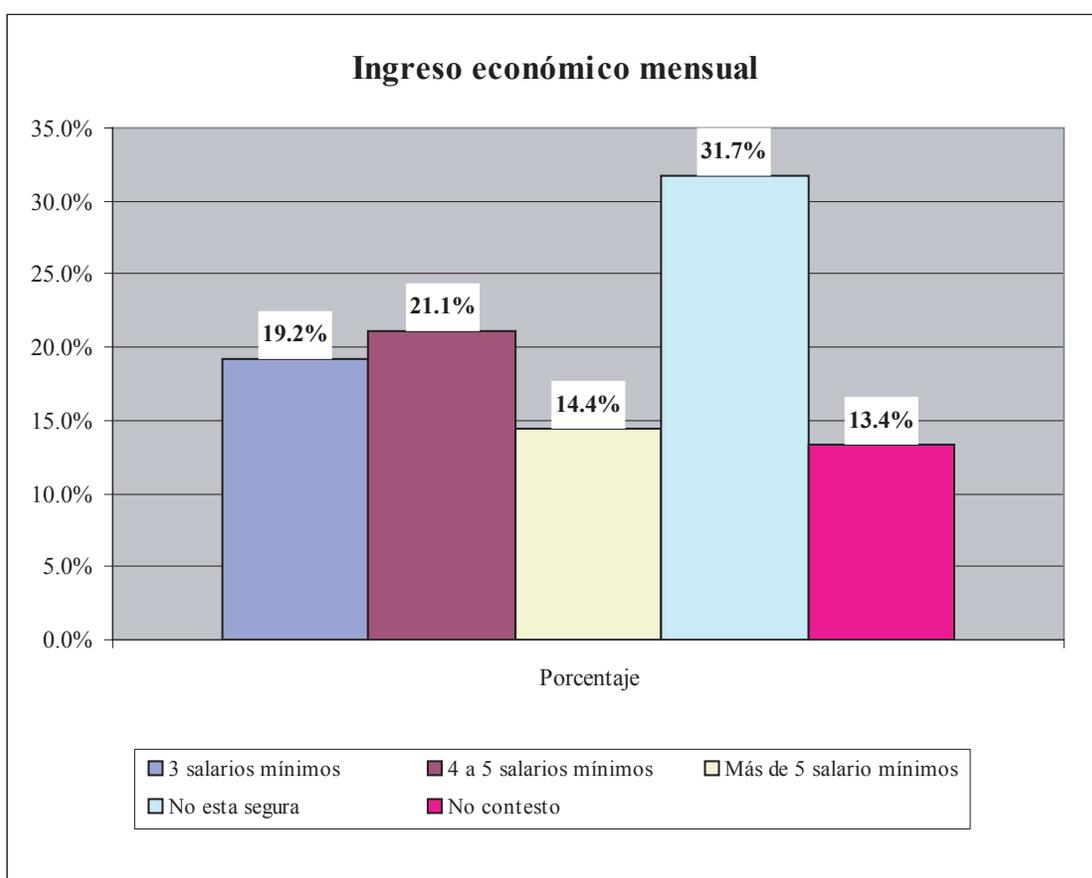
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: Del grupo de cuestionadas el porcentaje mayor con 40.3 % trabaja más de 8 horas contra el porcentaje menor del 13.4 % que menciona trabajar Menos de 8 horas.

Cuadro y Grafica N° 18 Ingreso económico mensual.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
3 salarios mínimos	20	19.2%
4 a 5 salarios mínimos	22	21.1%
Más de 5 salario mínimos	15	14.4%
No esta segura	33	31.7%
No contesto	14	13.4%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



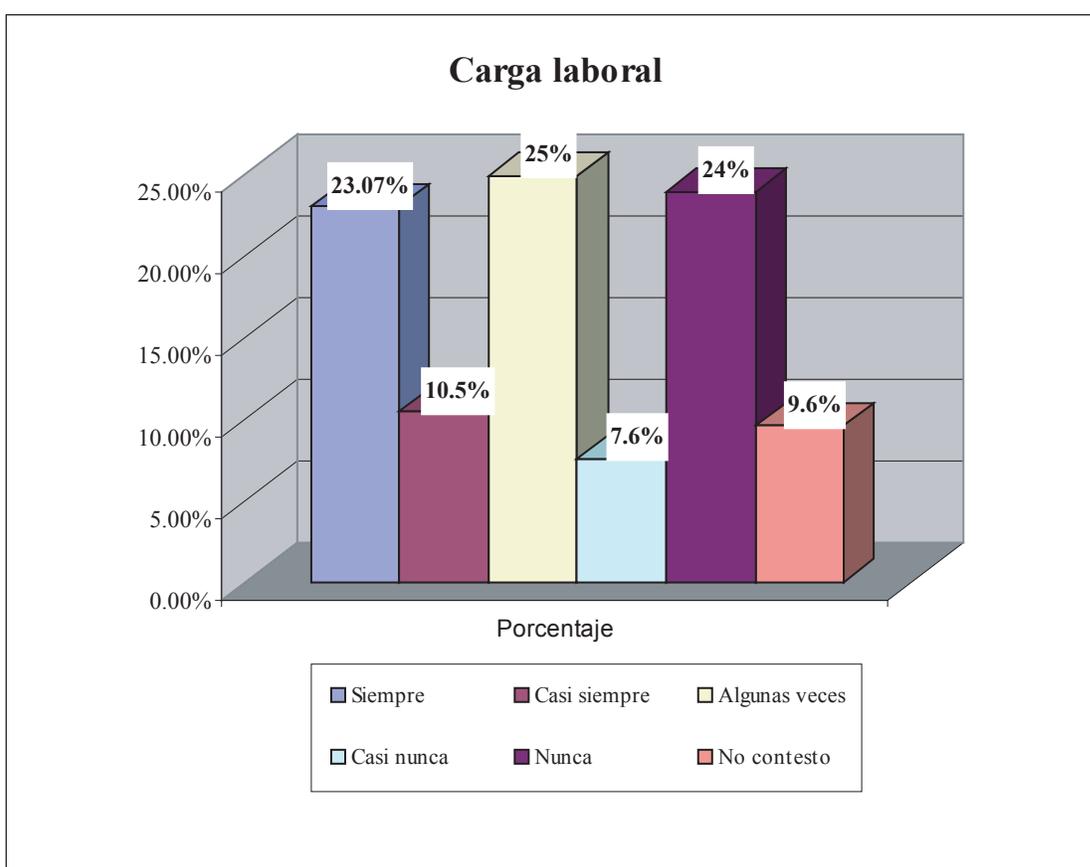
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 31.7% menciona no estar segura de su ingreso mensual, contra el 14.5 % refieren ganar más de 5 salarios mínimos.

Cuadro y Grafica N° 19 Carga laboral.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	23.07%
Casi siempre	11	10.5%
Algunas veces	26	25%
Casi nunca	6	7.6%
Nunca	25	24%
No contesto	10	9.6%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



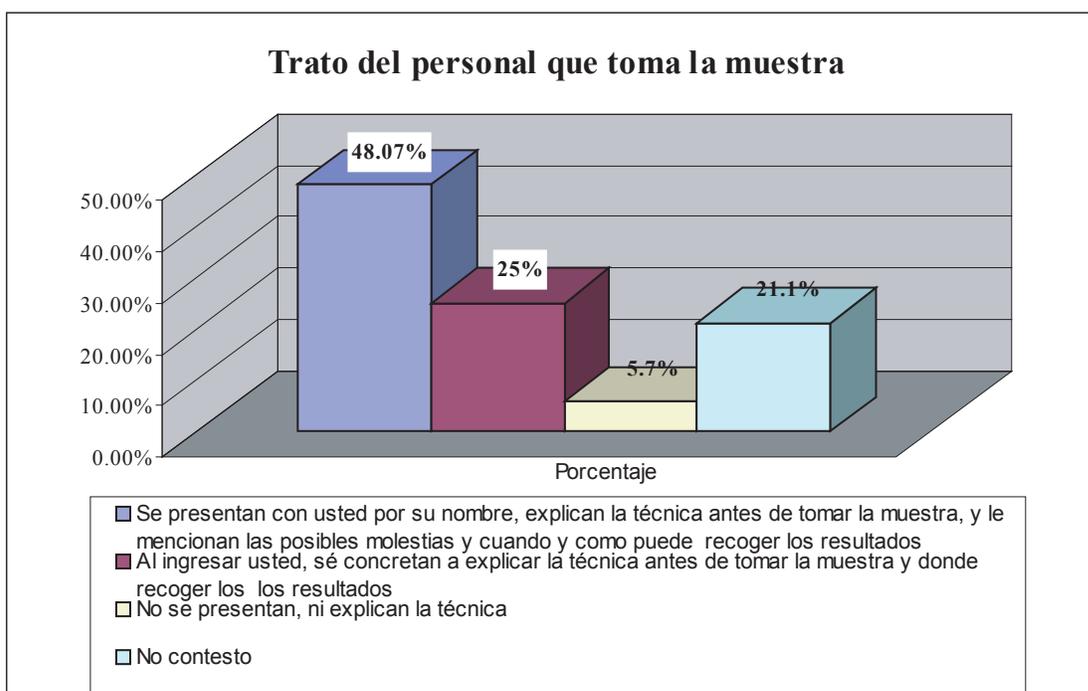
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor del 25 % consideran que algunas veces existe carga laboral, contra el porcentaje menor del 7.6 % que consideran casi nunca la hay.

Cuadro y Grafica N° 20 Trato del personal que toma la muestra.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Se presentan con usted por su nombre, explican la técnica antes de tomar la muestra, y le mencionan las posibles molestias y cuando y como puede recoger los resultados	50	48.07%
Al ingresar usted, sé concretan a explicar la técnica antes de tomar la muestra y donde recoger los los resultados	26	25%
No se presentan, ni explican la técnica	6	5.7%
No contesto	22	21.1%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



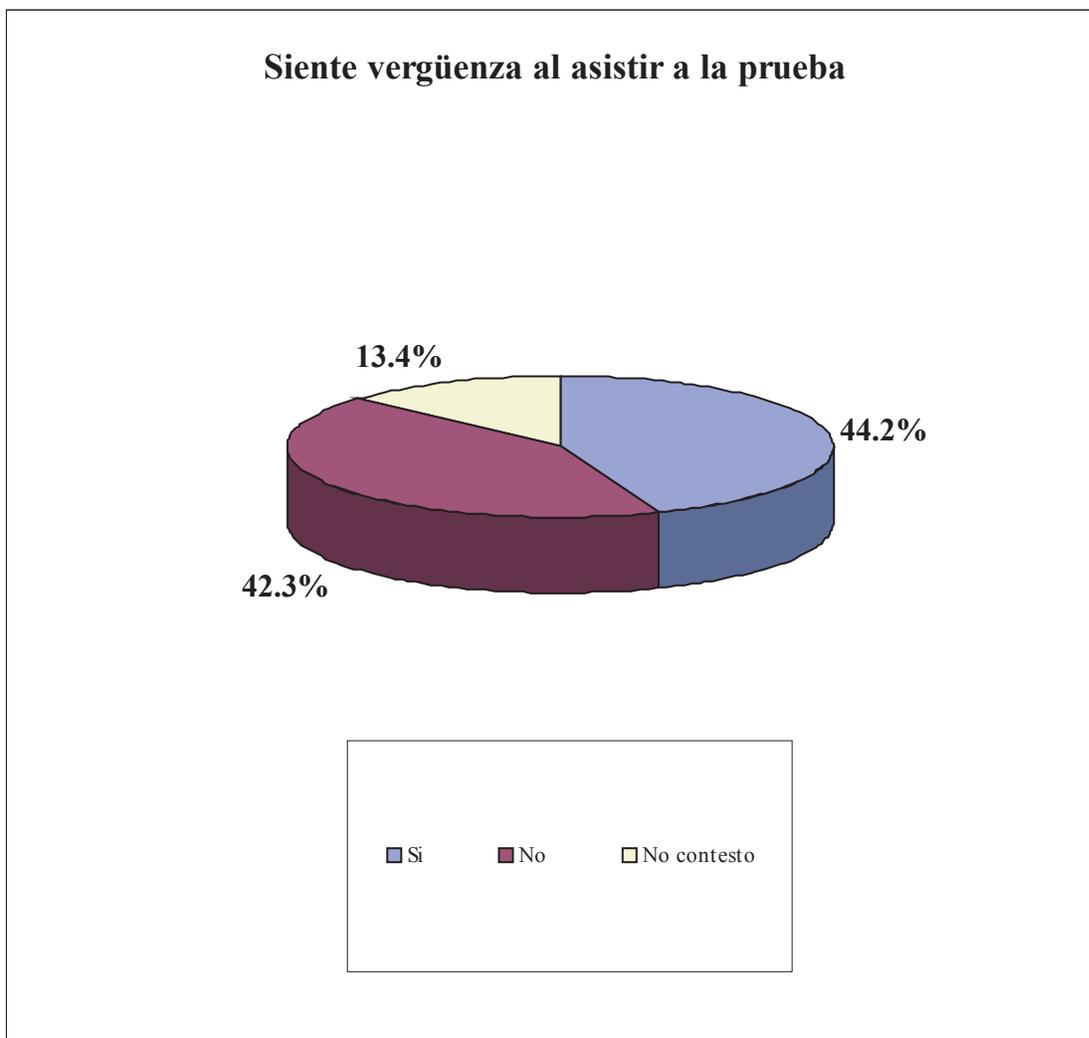
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje mayor del 25 % consideran que algunas veces existe carga laboral, contra el porcentaje menor del 7.6 % que consideran casi nunca la hay.

Cuadro y Grafica N° 21 Siente vergüenza al asistir a la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	44.2%
No	44	42.3%
No contesto	14	13.4%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



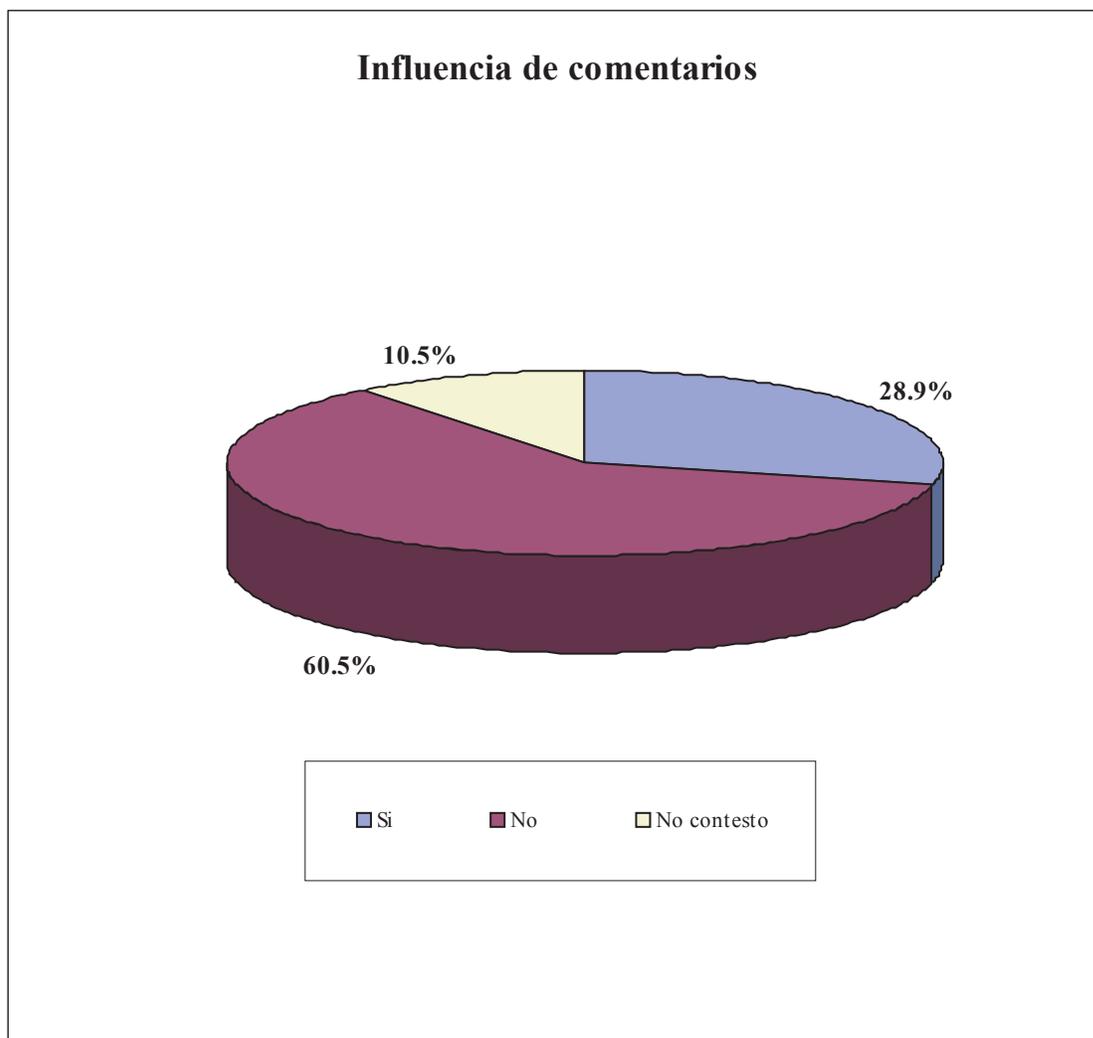
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 44.2 % refieren sentir vergüenza, mientras que el 42.3 % refieren no sentirla.

Cuadro y Grafica N° 22 Influencia de comentarios.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	28.8%
No	63	60.5%
No contesto	11	10.5%
Total	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



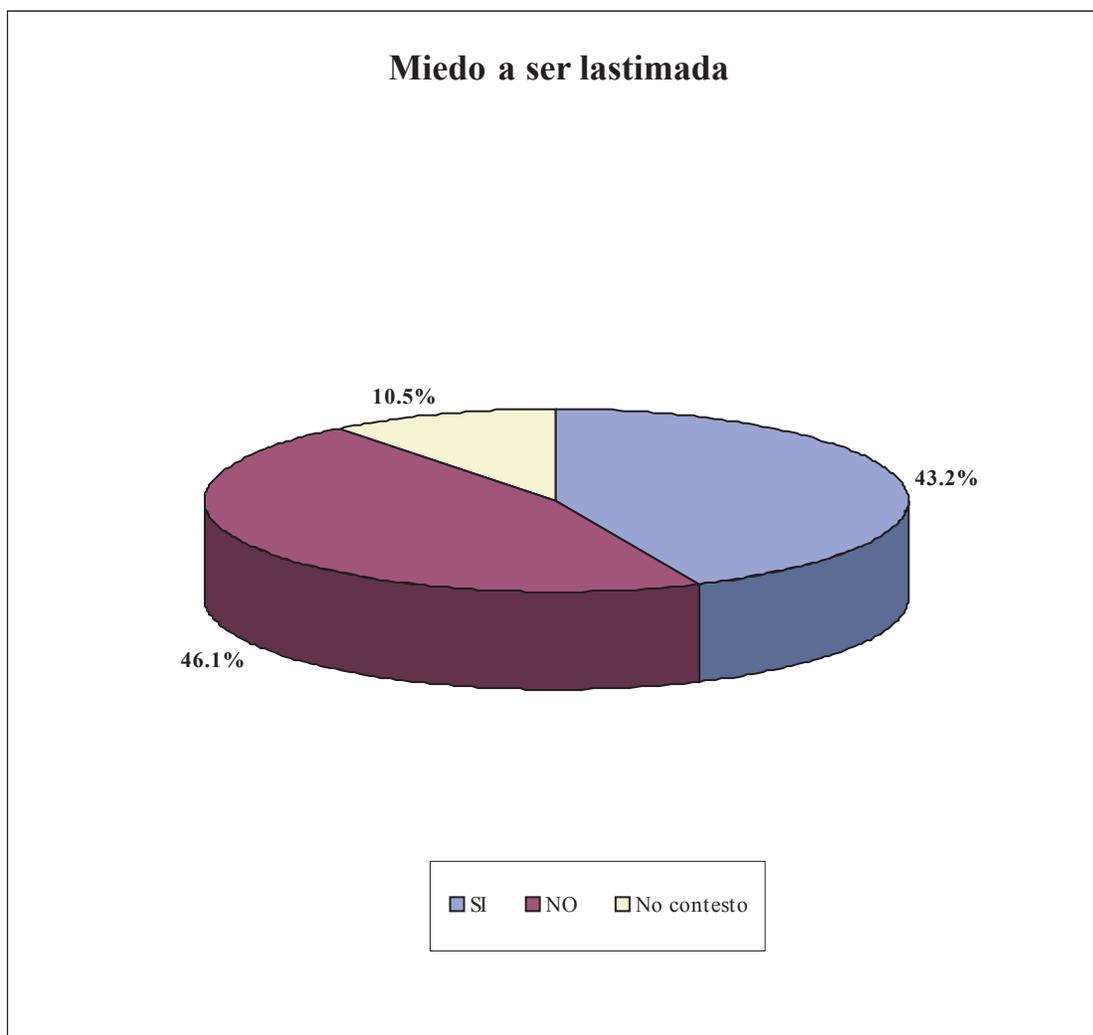
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 60.5 % refiere No sentir influencia de comentarios, mientras que el 28.8 % refiere que Si se siente influenciada por comentarios.

Cuadro y Grafica N° 23 Miedo a ser lastimada.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	45	43.2%
NO	48	46.1%
No contesto	11	10.5%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



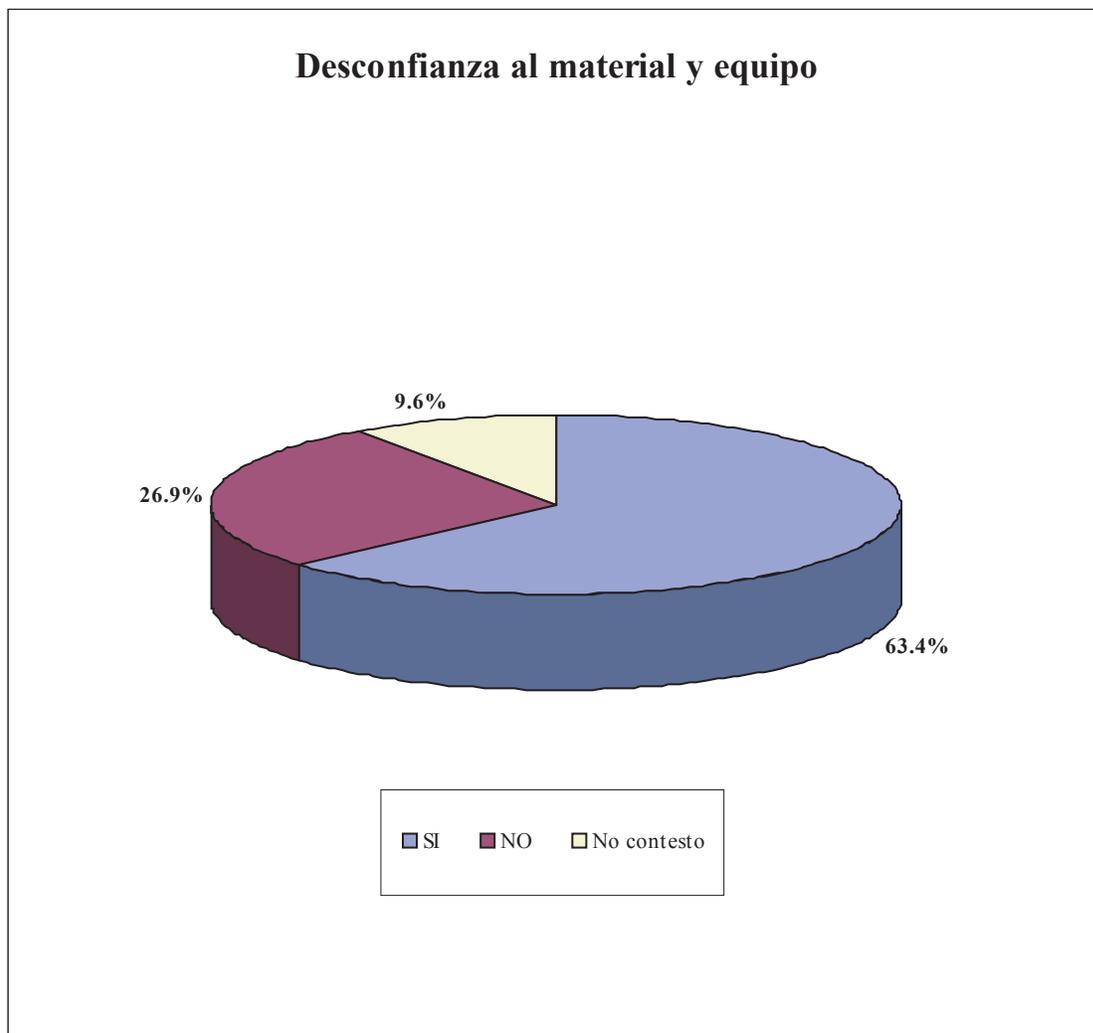
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 46.1 % manifiesta No tener miedo a ser lastimada mientras que el 43.2 % manifiesta Si tener miedo a ser lastimada.

Cuadro y Grafica N° 24 Desconfianza al material y equipo.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	66	63.4%
NO	28	26.9%
No contesto	10	9.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



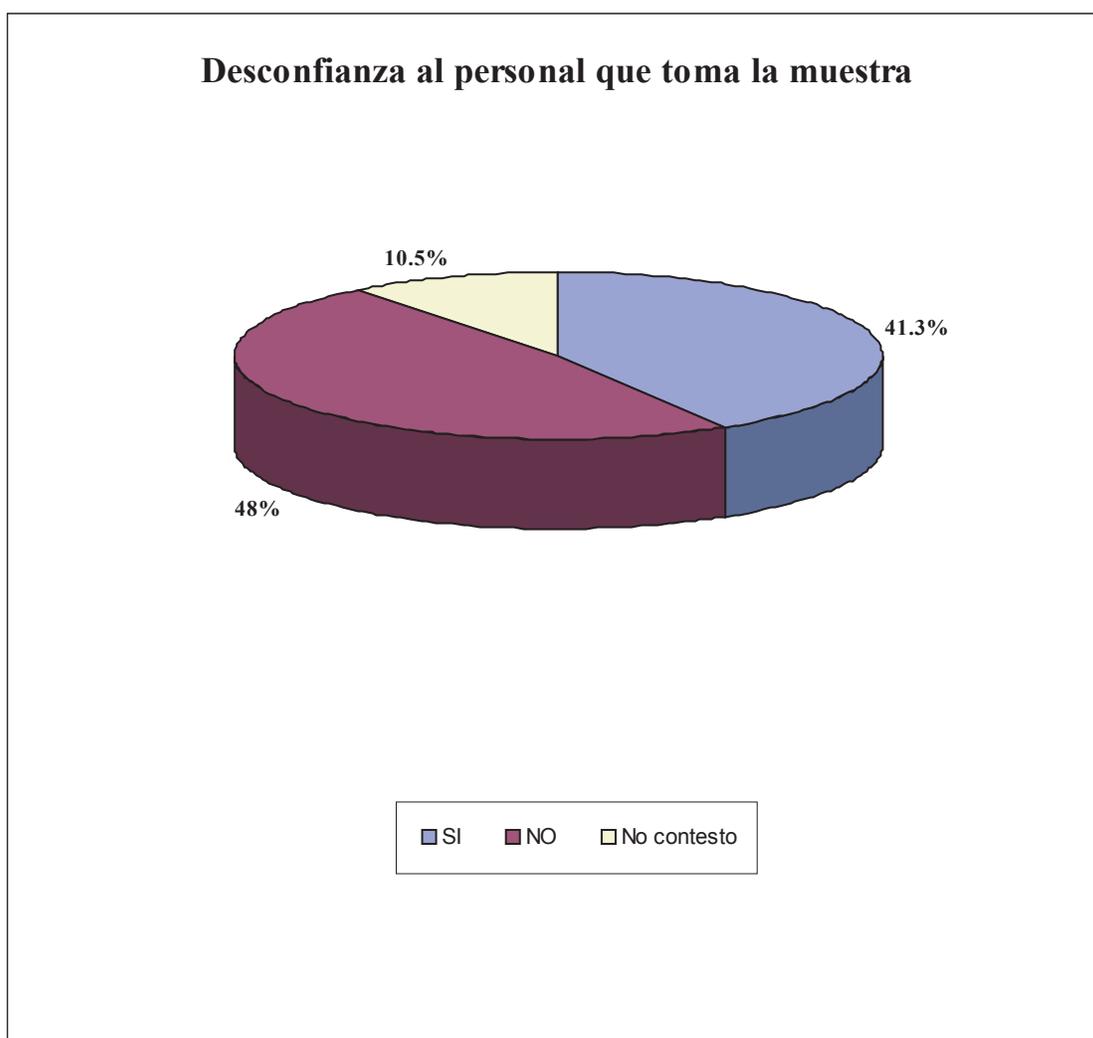
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 63.4 % refiere Si tener desconfianza al material y equipo, mientras que el 26.9 % manifiesta No tenerlas.

Cuadro y Grafica N° 25 Desconfianza al personal que toma la muestra.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	43	41.3%
NO	50	48%
No contesto	11	10.5%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



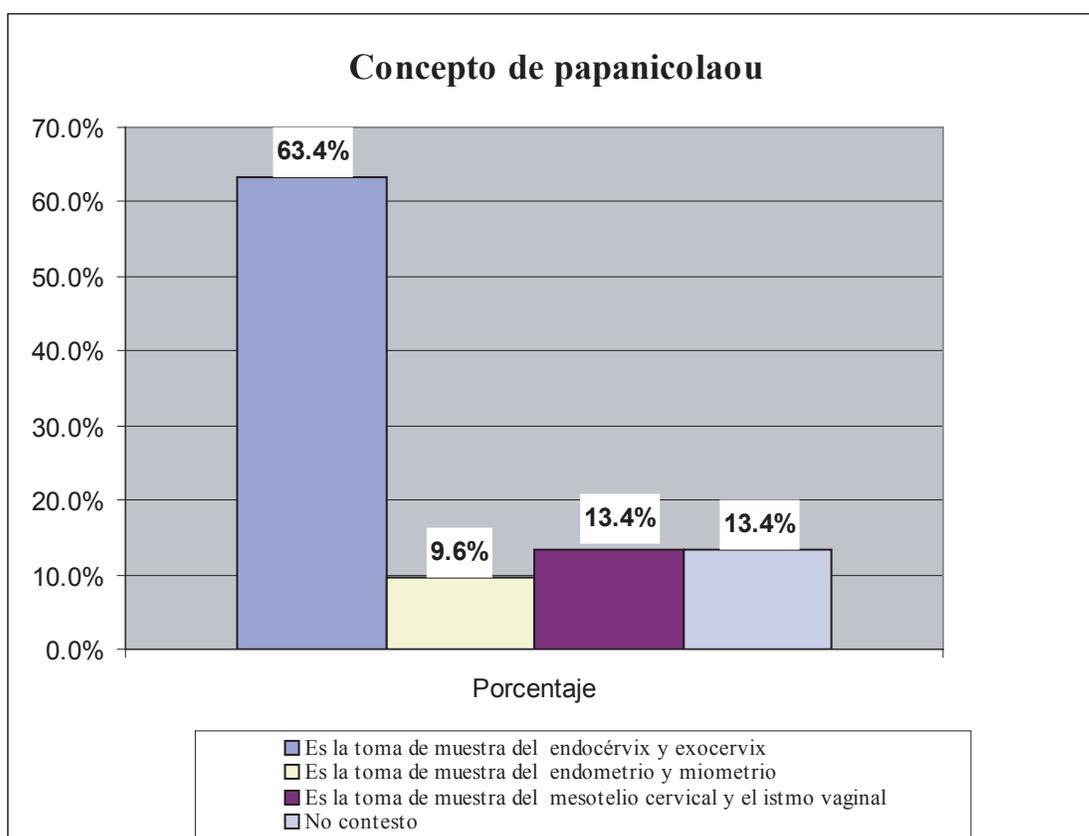
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 48% refiere No tener desconfianza del personal que toma la muestra, mientras que el 41.3 % si la tienen.

Cuadro y grafica N° 26 Concepto de papanicolaou.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Es la toma de muestra del endocérvix y exocervix	66	63.4%
Es la toma de muestra del endometrio y miometrio	10	9.6%
Es la toma de muestra del Mesotelio cervical y el istmo vaginal	14	13.4%
No contesto	14	13.4%
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



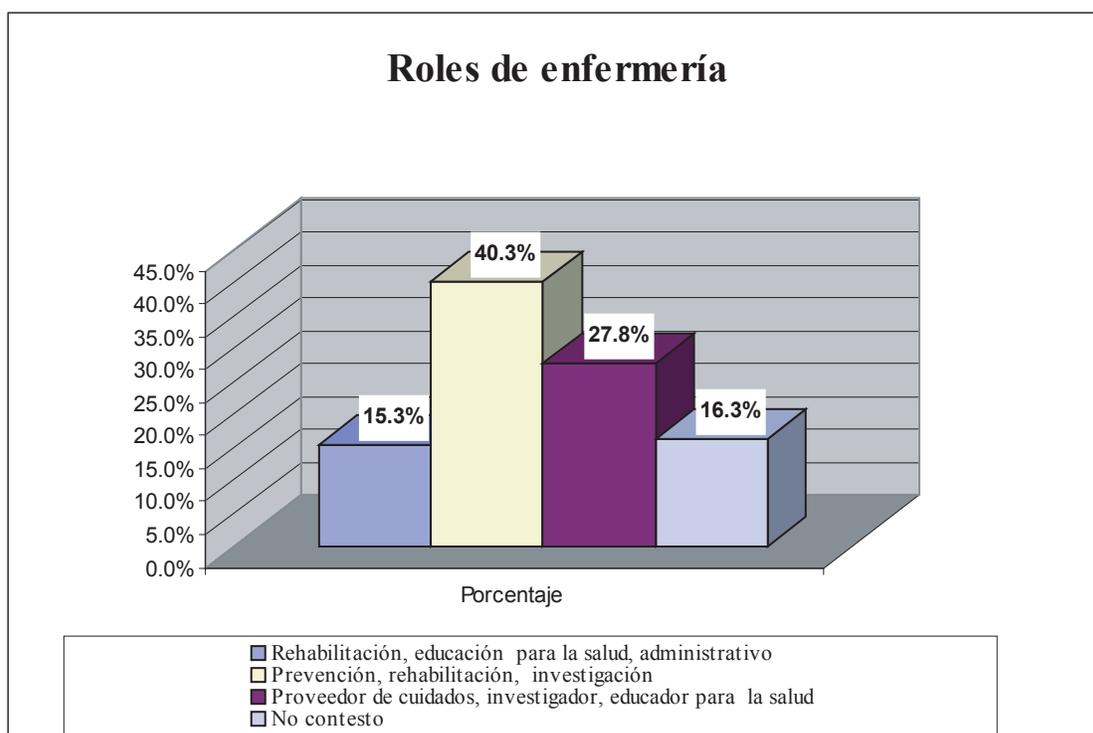
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El porcentaje, más alto es de 63.4 % que conoce el concepto que da la norma oficial contra el 9.6 % que eligió el concepto más erróneo.

Cuadro y Grafica N° 27 Roles de enfermería.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Rehabilitación, educación para la salud, administrativo	16	15.3%
Prevención, rehabilitación, investigación	42	40.3%
Proveedor de cuidados, investigador, educador para la salud	29	27.8%
No contesto	17	16.3%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que cuadro N° 1.



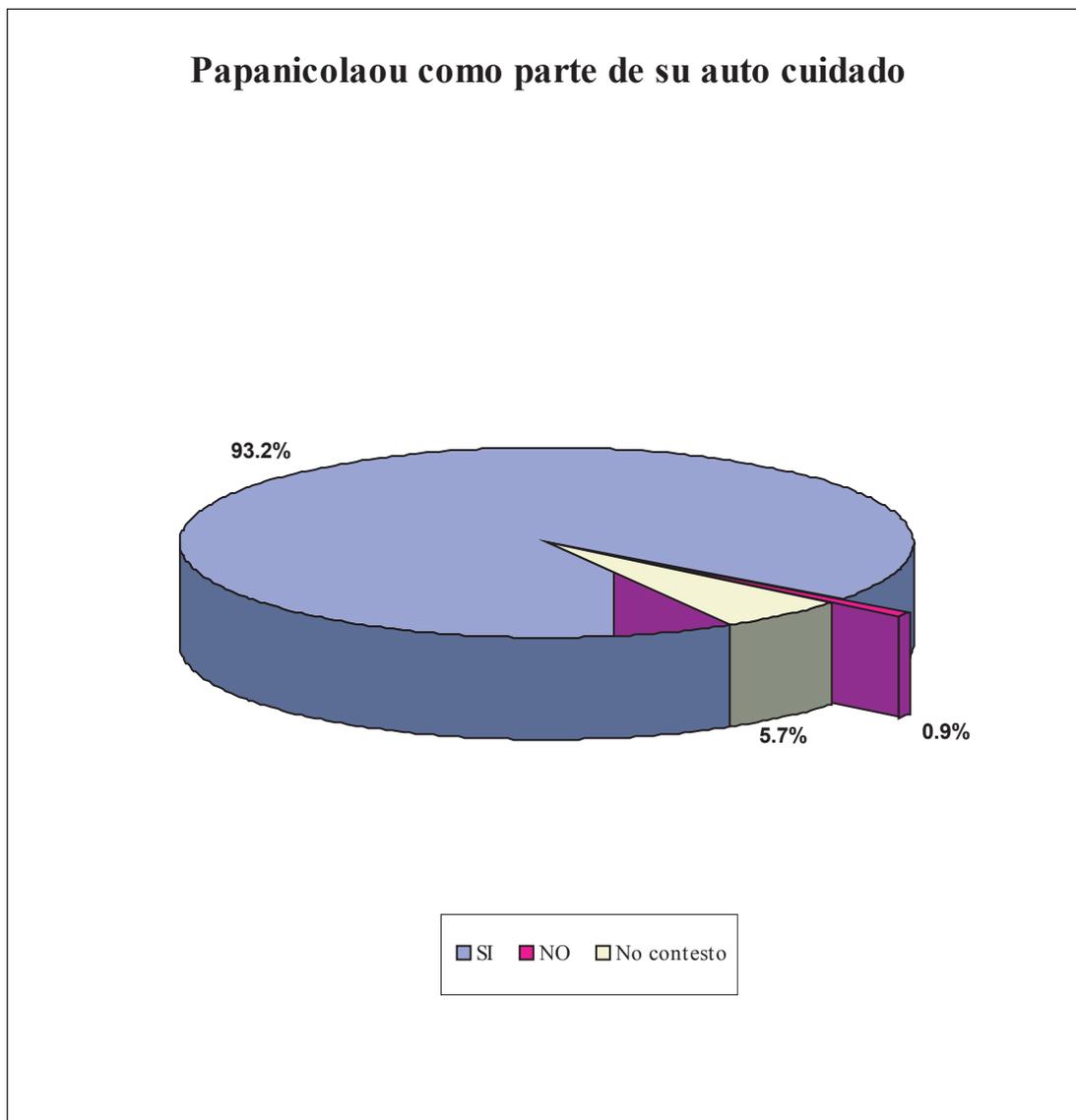
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 40.3 % considera que los roles de enfermería son "Prevención, rehabilitación, investigación", el 15.3 % considera que los roles de enfermería son "Rehabilitación, educación para la salud, administrativo" y el 27.8 % consideran que los roles son " Proveedor de cuidados, investigador, educador para la salud" que coinciden con la descripción de los roles que da gobernación a través de la SEP.

Cuadro y Grafica N° 28 Papanicolaou como parte de su auto cuidado.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	97	93.2%
NO	1	0.9%
No contesto	6	5.7%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



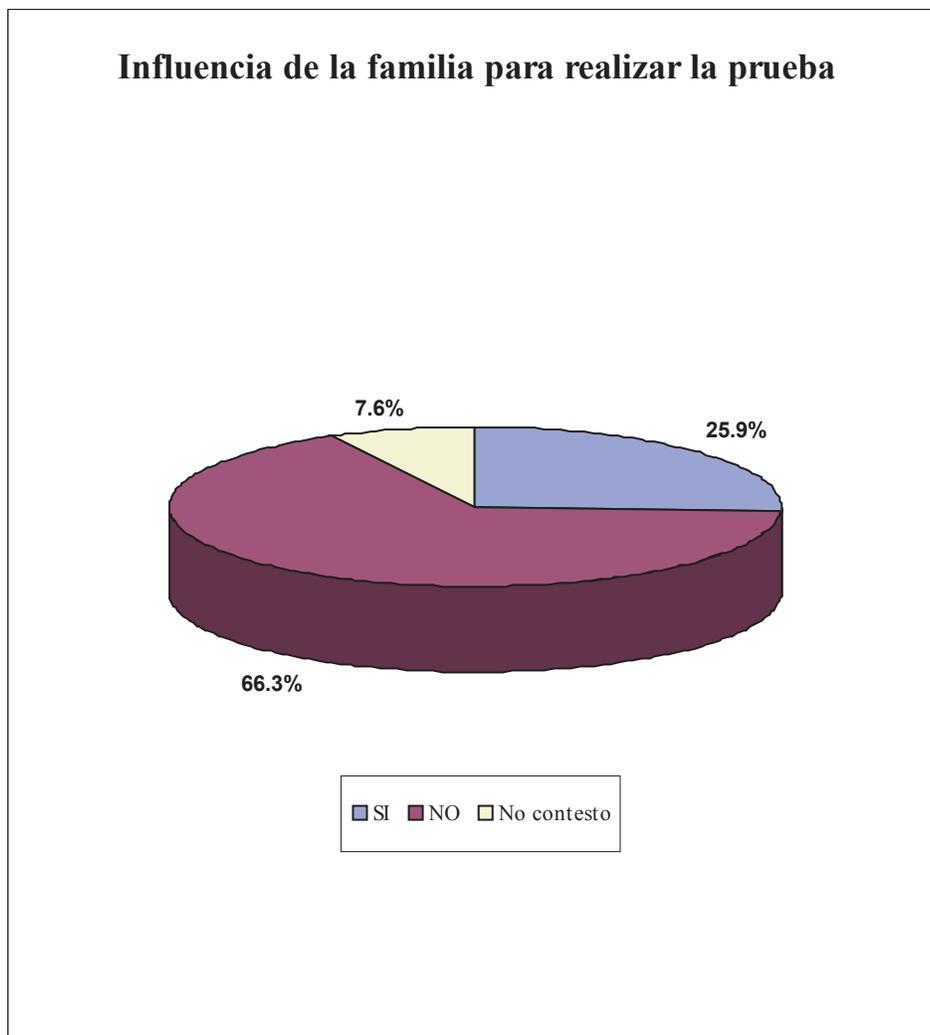
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 93.2 % dicen que Si es el papanicolaou como parte del autocuidado, mientras que el 0.9 % que No es el papanicolaou como parte de su auto cuidado.

Cuadro y Grafica N° 29 Influencia de la familia para realizar la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	25.9%
NO	69	66.3%
No contesto	8	7.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 66.3% refieren No tener influencia familiar para realizar la prueba, mientras que el 25.9 % dice Si tener influencia de la familia para la realización de la prueba.

Cuadro y Grafica N° 30 Influencia de la religión para realizar la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	5.7%
NO	90	86.5%
No contesto	8	7.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



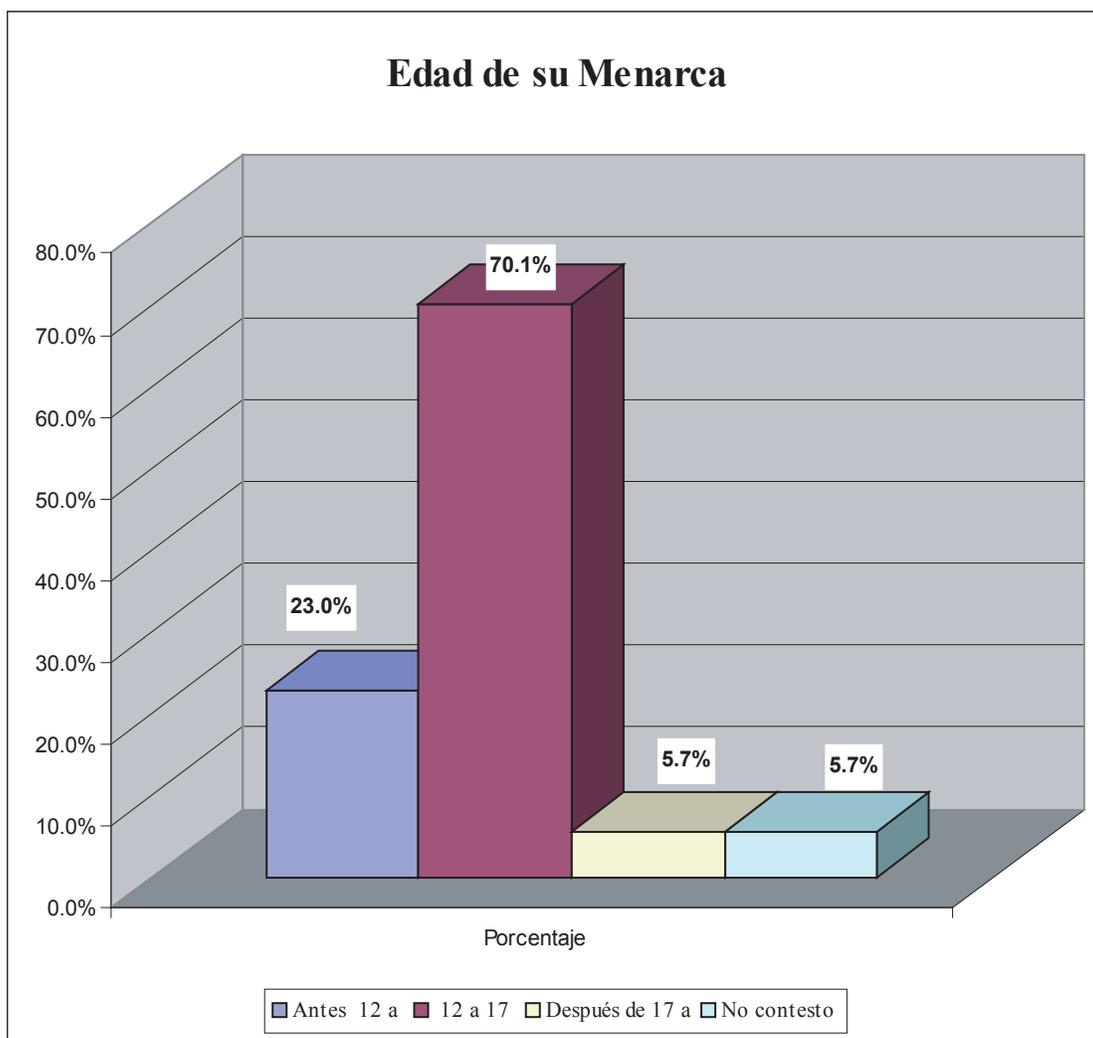
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 86.5 % de las cuestionadas refieren no tener influencia religiosa para realizar la prueba, mientras que el 5.7 % refieren Si tener influencia religiosa.

Cuadro y Grafica N° 31 Edad de su Menarca.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Antes 12 a	24	23.0%
12 a 17	73	70.1%
Después de 17 a	1	0.9%
No contesto	6	5.7%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



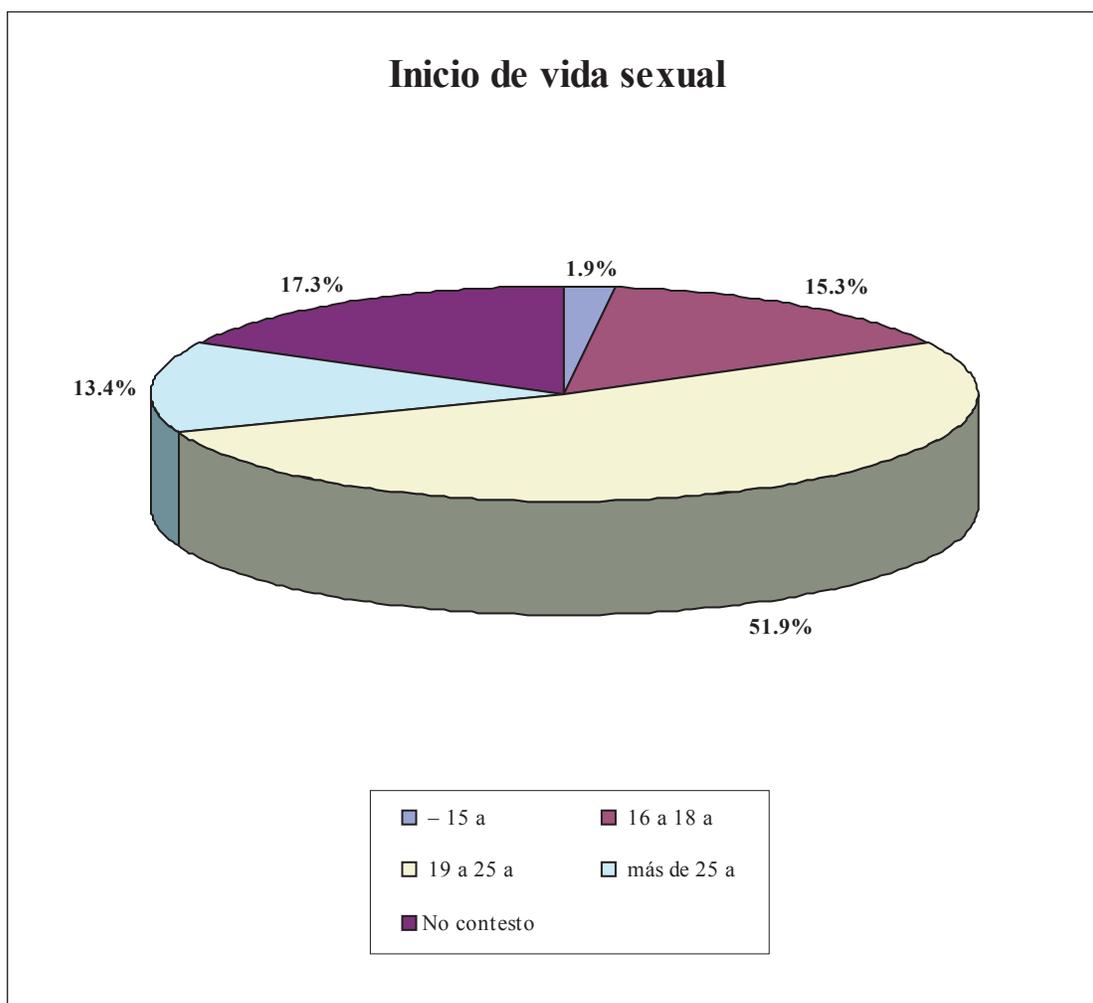
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 70.1 % que es el porcentaje mas alto de las cuestionadas tuvo su menarca entre los 12 a 17 años contra el 5.7 % que es el porcentaje más bajo tuvo su menarca después de los 17 años.

Cuadro y Grafica N° 32 Inicio de vida sexual.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
- 15 a	2	1.9%
16 a 18 a	16	15.3%
19 a 25 a	54	51.9%
más de 25 a	14	13.4%
No contesto	18	17.3%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



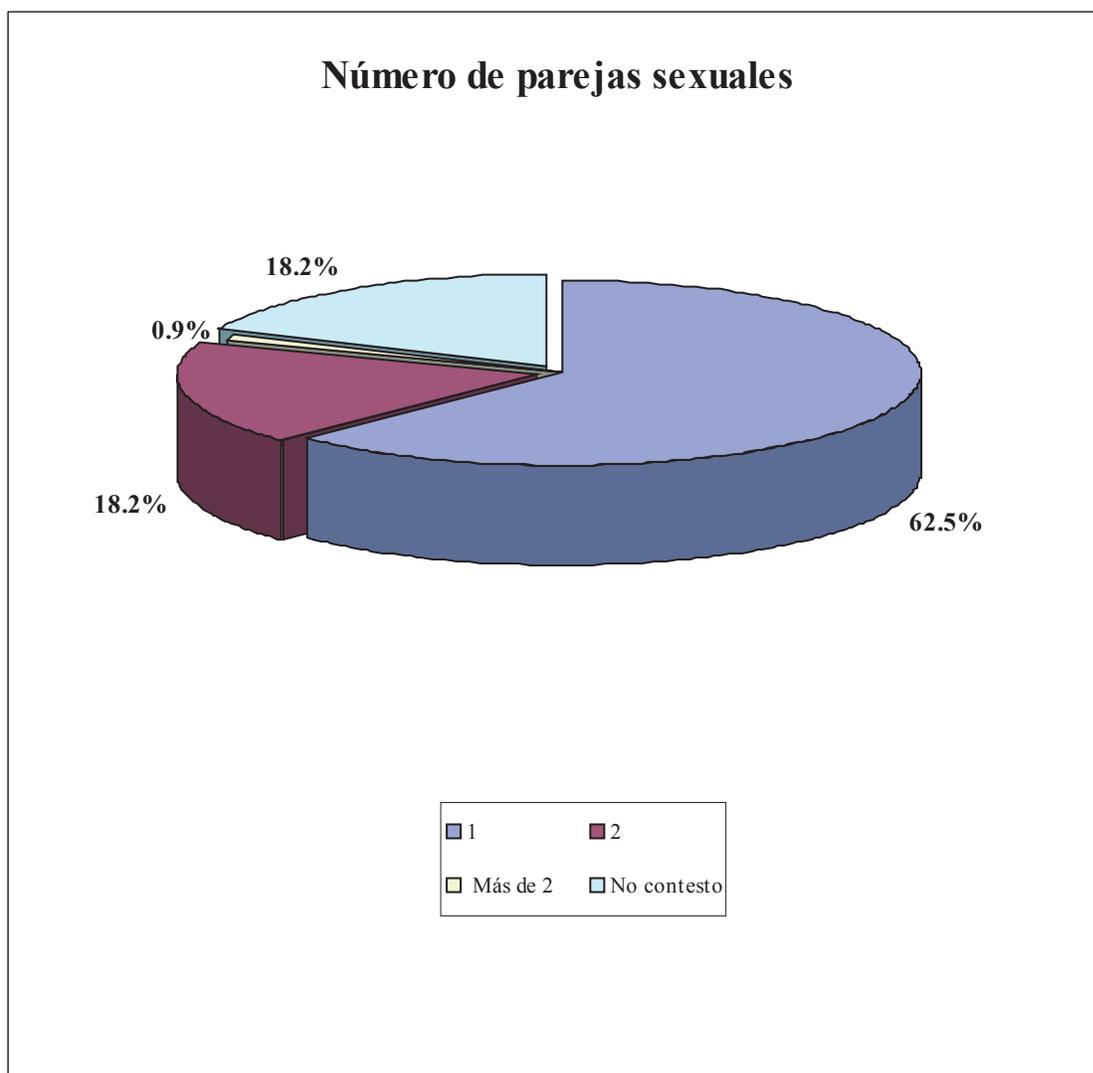
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: De las cuestionadas el porcentaje mayor del 51.9 % inició su vida sexual entre los 19 a 25 años contra el porcentaje de 1.9 % que inicio su vida sexual siendo menor de 15 años.

Cuadro y Grafica N° 33 Número de parejas sexuales.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
1	65	62.5%
2	19	18.2%
Más de 2	1	0.9%
No contesto	19	18.2%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



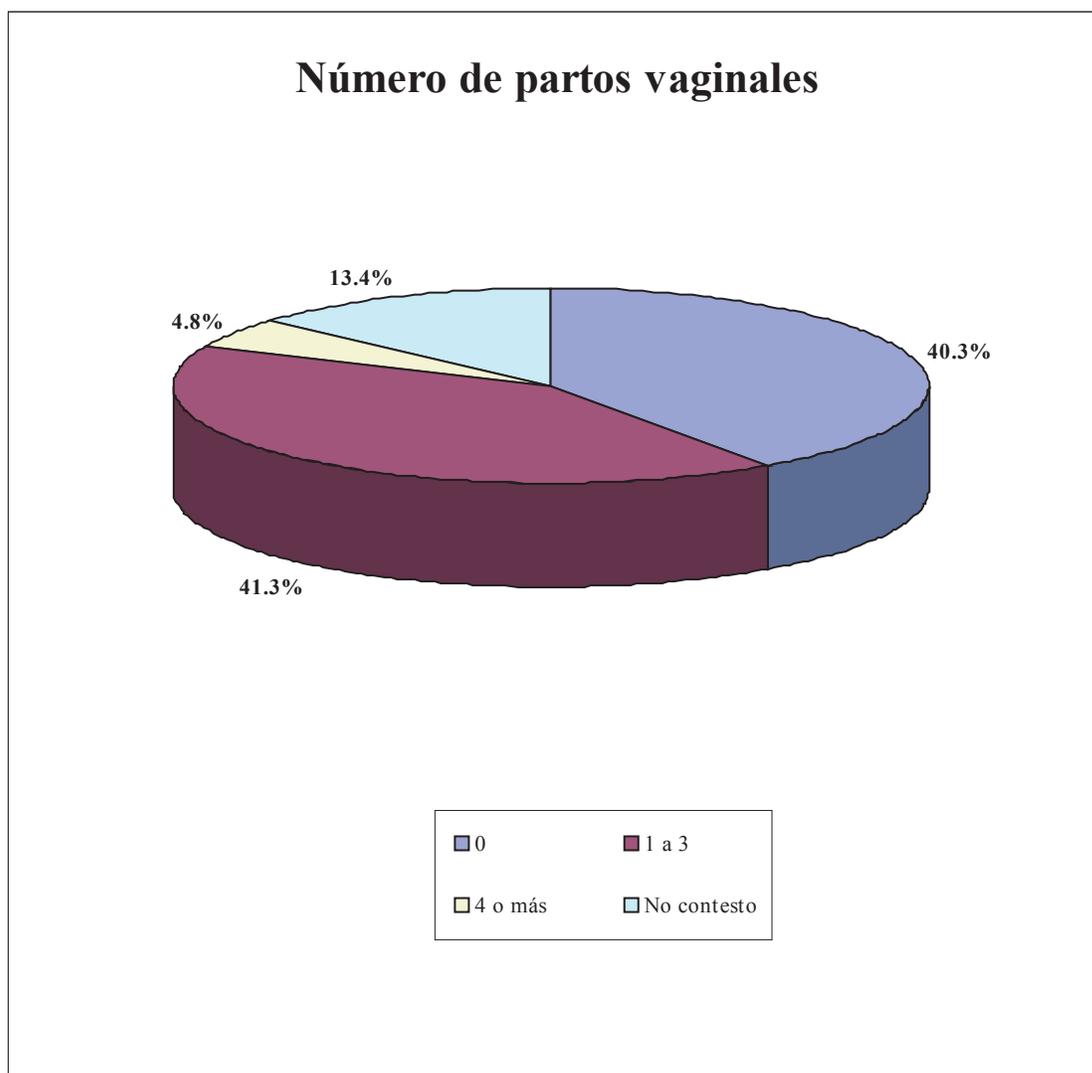
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 62.5 % refiere tener solo una pareja sexual contra el 0.9% que menciona tener más de 2 parejas sexuales.

Cuadro y Grafica N° 34 Número de partos vaginales.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
0	42	40.3%
1 a 3	43	41.3%
4 o más	5	4.8%
No contesto	14	13.4%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



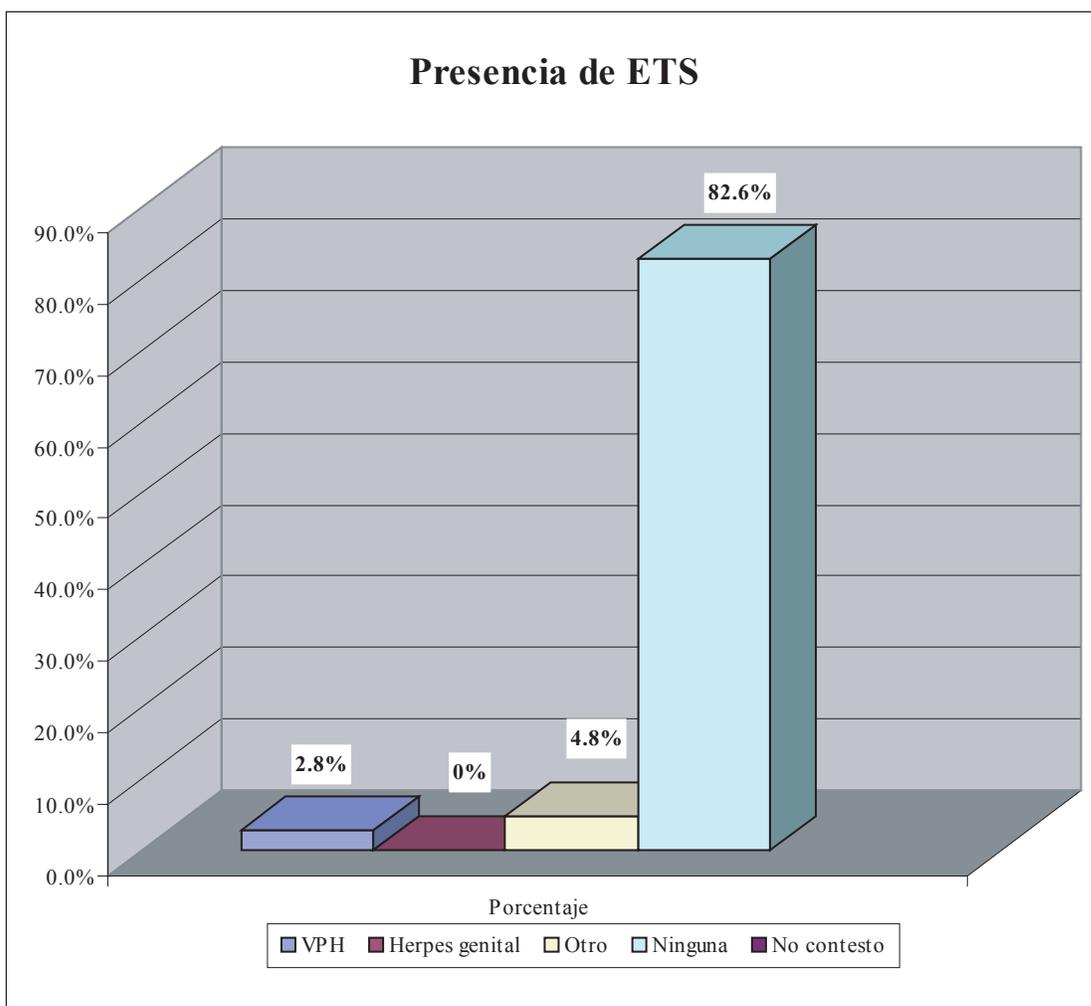
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: Del grupo de las cuestionadas el 41.3% ha tenido de 1 a 3 partos vaginales, contra el 4.8 % que ha tenido de 4 a más partos vaginales.

Cuadro y Grafica N° 35 Presencia de ETS.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
VPH	3	2.8%
Herpes genital	0	0%
Otro	5	4.8%
Ninguna	86	82.6%
No contesto	10	9.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



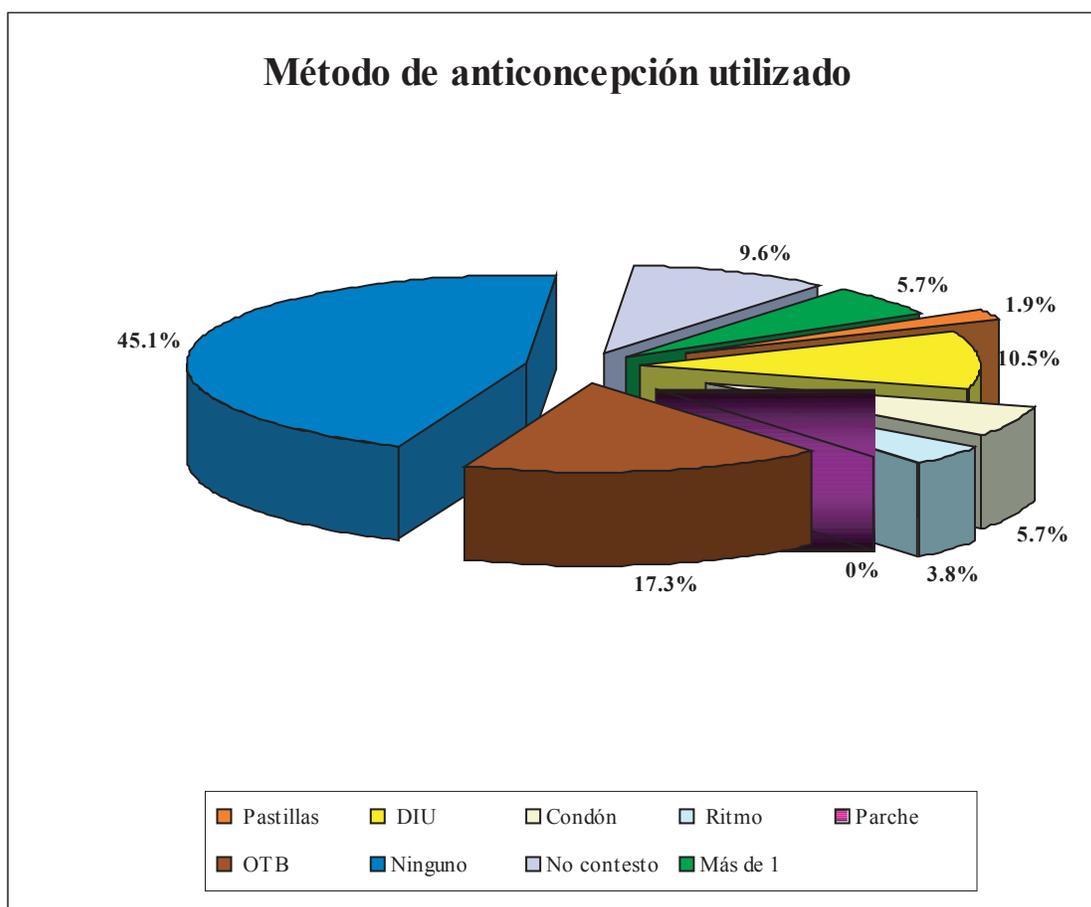
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 82.6% menciona no haber presentado ninguna enfermedad, contra el 2.8 % que ha presentado infección por Virus de Papiloma Humano.

Cuadro y Grafica N° 36 Método de anticoncepción utilizado.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas	2	1.9%
DIU	11	10.5%
Condón	6	5.7%
Ritmo	4	3.8%
Parche	0	0%
OTB	18	17.3%
Ninguno	47	45.1%
No contesto	10	9.6%
Más de 1	6	5.7%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



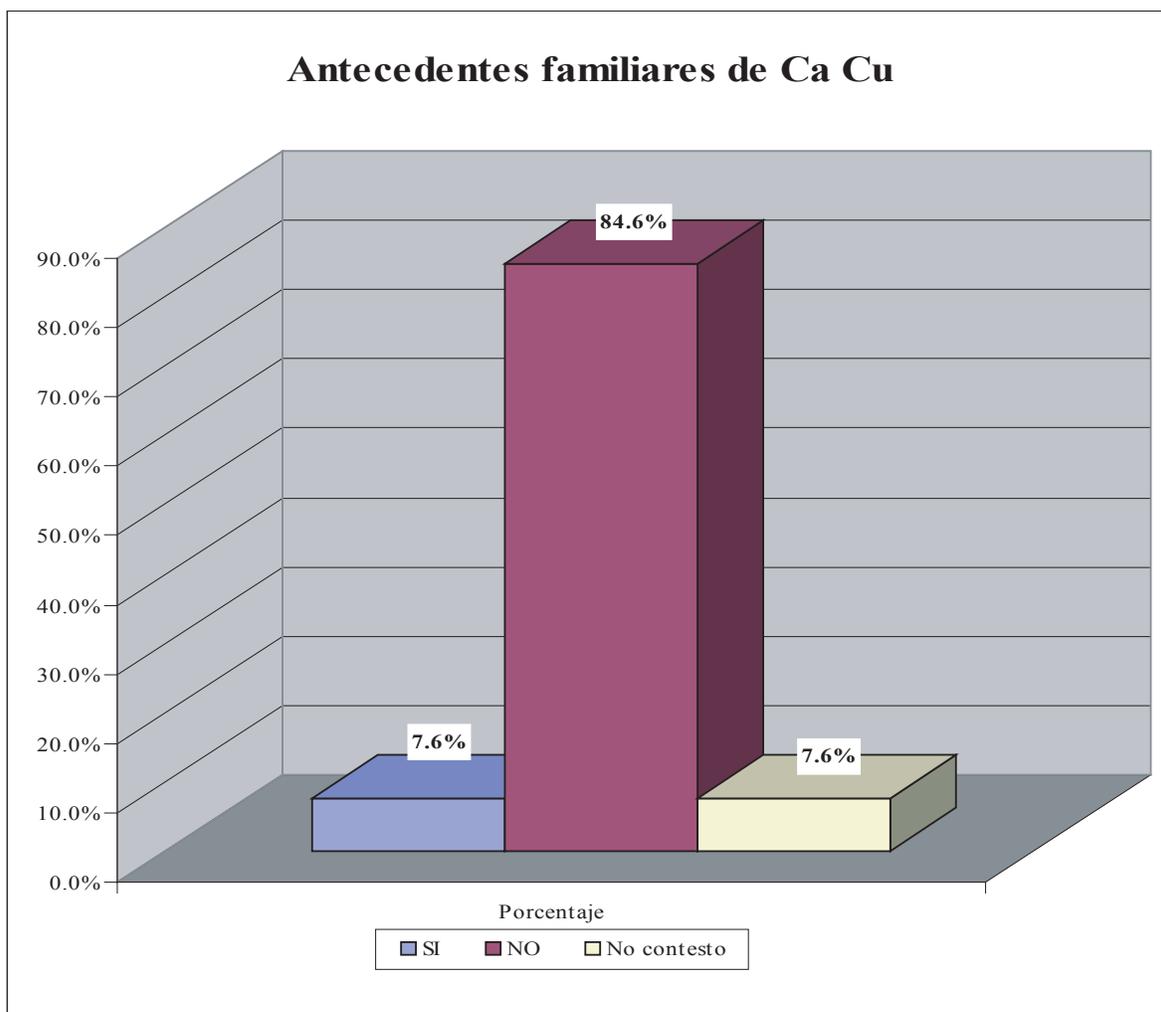
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 45.1 % no utiliza métodos anticonceptivos contra el 1.9 % que utilizan pastillas.

Cuadro y Grafica N° 37 Antecedentes familiares de Ca Cu.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	7.6%
NO	88	84.6%
No contesto	8	7.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



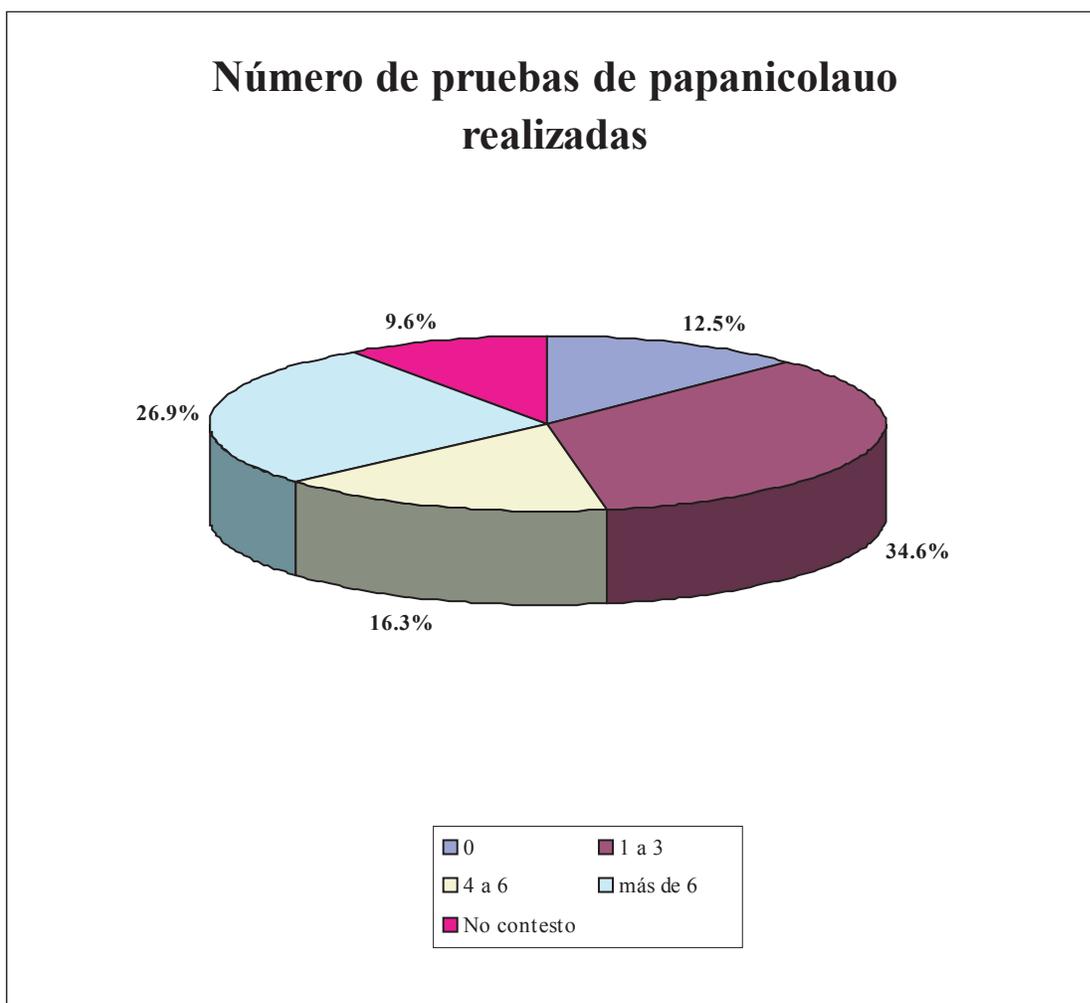
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: De las cuestionadas el 84.6 % refiere No tener antecedentes de CaCu en su familia, mientras que el 7.6 % de ellas refieren Si tener antecedentes de CaCu en su familia.

Cuadro y Grafica N° 38 Número de pruebas de papanicolaou realizadas.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
0	13	12.5%
1 a 3	36	34.6%
4 a 6	17	16.3%
más de 6	28	26.9%
No contesto	10	9.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



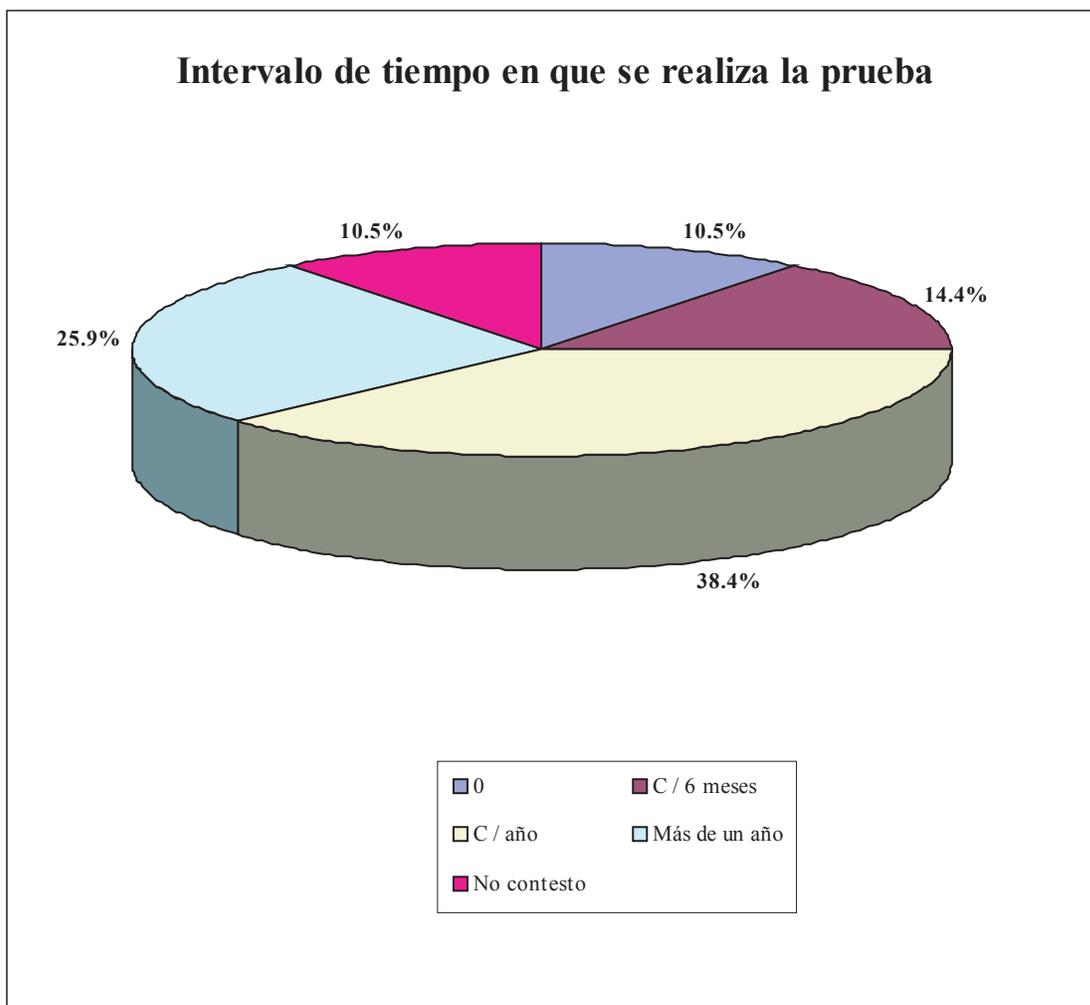
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 34.6 % refiere haberse realizado más de 6 pruebas de papanicolaou, contra que el 12.5 % refiere nunca haberse realizado una prueba.

Cuadro y Grafica N° 39 Intervalo de tiempo en que se realiza la prueba.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
0	11	10.5%
C / 6 meses	15	14.4%
C / año	40	38.4%
Más de un año	27	25.9%
No contesto	11	10.5%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



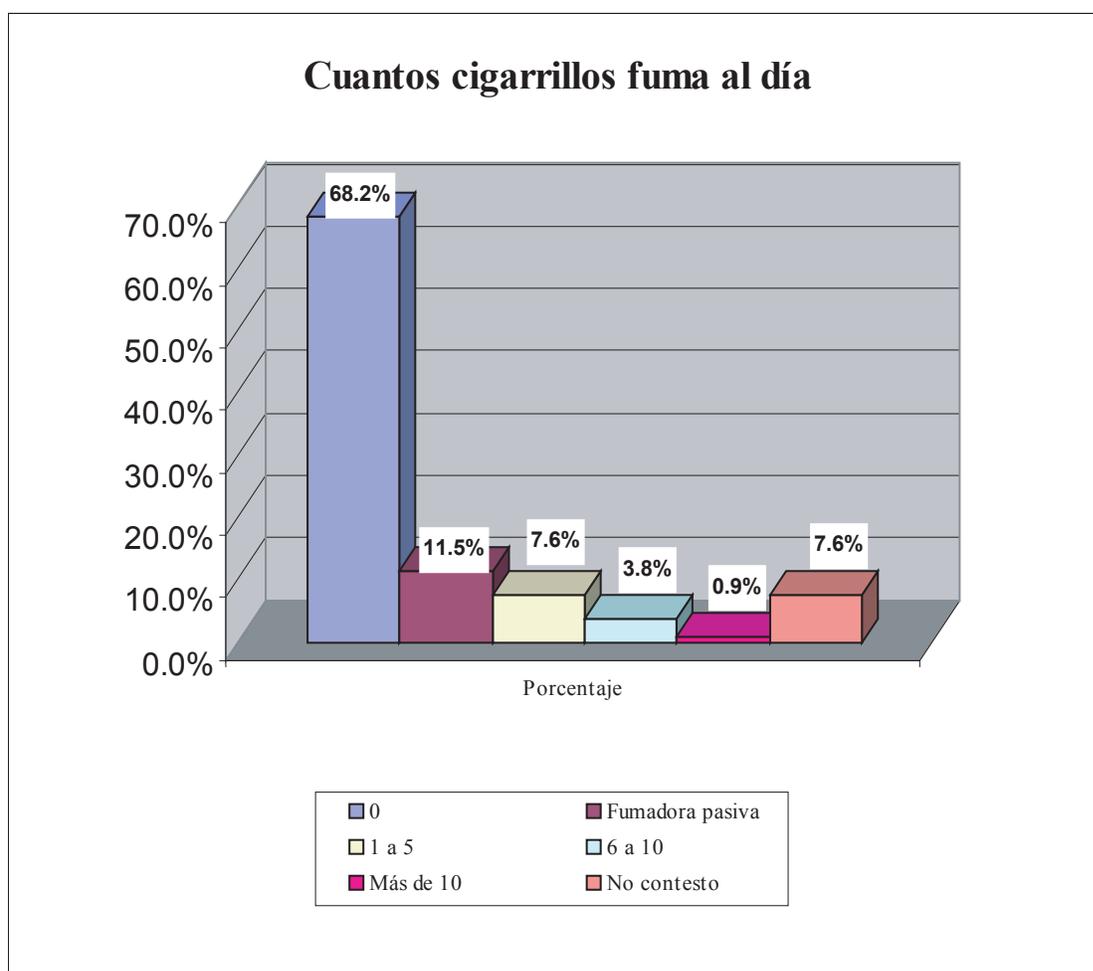
Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: El 38.4 % menciona realizarse el papanicolaou c/año, contra el 14.4 % que lo realiza c/ 6 meses y finalmente el 10.5 % que dice nunca haberlo realizado.

Cuadro y Grafica N° 40 Cuantos cigarrillos fuma al día.

CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje
0	71	68.2%
Fumadora pasiva	12	11.5%
1 a 5	8	7.6%
6 a 10	4	3.8%
Más de 10	1	0.9%
No contesto	8	7.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: Misma que la del cuadro N° 1.



Fuente: Misma que la de la grafica N° 1.

Descripción: De este grupo de cuestionadas el 68.2 % no fuman, contra el 0.9 % que mencionan fumar más de 10 cigarrillos al día.

## 9. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Cuadro No. 1 y No. 11 sobre Edad y Grado de Escolaridad de las Enfermeras.

Con relación a la edad se encontró que el 38.4 % se encuentra dentro del grupo de edad de entre los 31 y 40 años; se sabe por pláticas con el personal que varias de ellas tienen años en la institución y que incursionaron en la profesión muy jóvenes, se puede sostener lo anterior ya que en su mayoría pertenece al nivel técnico con un 56.8 %, si tomamos en cuenta que este grado de escolaridad en enfermería es posible estudiarlo después de la secundaria como lo refiere Latirgue y Fernández en 1998 en el libro "Enfermería una profesión de alto riesgo" donde se menciona que esta elección puede depender de la perspectiva de urgencia económica y de rápido acceso al mercado de trabajo debido a que en su mayoría el personal de enfermería pertenecen a grupos familiares escasos recursos.

Cuadro No. 2 y No. 7 sobre Estado Civil y Roles como Mujer que tienen las Enfermeras.

El porcentaje mayor lo representan el grupo de enfermeras casadas con un 52.8 % y el menor porcentaje lo presentaron las viudas con un 2.8 % ambos grupos demuestran que en la sociedad mexicana el papel de la mujer es de un estatus de subordinación socialmente aceptado como lo es el matrimonio sin embargo las solteras tuvieron un porcentaje significativo con un 27 %, además debe cumplir con diferentes roles donde el 44.2 % son al mismo tiempo enfermeras, esposas, madres, hijas y además se dedican al hogar debido a que desde pequeñas se les enseña a ser pasivas, sumisas y dependientes a olvidarse de ellas mismas y a vivir para los demás (Lara 1997).

Cuadro No. 3 y No. 4 sobre Lugar de Procedencia y Lugar de Residencia de las enfermeras.

Los resultados obtenidos demuestran un mayor grado de concentración en el DF en relación con el lugar de procedencia con un 85.5 % igualmente que el lugar de residencia con un 82.6 % donde podemos observar poca diferencia.

Los cuadros No. 5, No. 9 y No. 10 sobre, Lugar de Preferencia para Realizar la Prueba de Papanicolaou, Tiempo de Traslado al Lugar para Realizar la Prueba y Tiempo de Espera en las Enfermeras.

El 63.4 % de las cuestionadas consideran que el tiempo de espera influye en la decisión para presentarse a realizar su papanicolaou por lo que un 42.3 % prefiere realizarlo en su lugar laboral ya que además representa un menor tiempo de traslado como lo refieren el 40.3% que indica hacer menos de 30 minutos.

Cuadro No. 6 sobre Interés de la Imagen como Promotora de Salud de las Enfermeras.

El 96.1 % están conscientes de la imagen como promotoras de salud, esto está justificado si se considera que el gremio es principalmente de sexo femenino y que por lo tal a la mujer se le educa desde la infancia a tener responsabilidades hacia los demás al estar al cuidado de los enfermos ancianos y familiares y estos valores continúan siendo fomentados durante la carrera donde constantemente son confirmados dado que es considerada aun en nuestros días a la enfermería una profesión femenina (Lartigue y Fernández 1998).

Los cuadros No. 8, No. 28, No 32 y No. 38 sobre Tiempo destinado para su salud, papanicolaou como parte de su auto cuidado, inicio de vida sexual y numero de pruebas de papanicolaou.

De acuerdo con los datos obtenidos el 35.5% destinan para su salud mas de una hora de su tiempo y que además el 93.2% consideran el papanicolaou como parte de su auto cuidado sin embargo esto es contradictorio pues solo el 34.6% ha realizado de 1 a 3 pruebas de papanicolaou hasta la fecha lo cual es una cifra pequeña si comparamos a que el 51.9 % inicio su vida sexual entre los 19 a 25 años, esto nos hace suponer que para ellas el tiempo que destinan a su salud comprende la realización de actividades dirigidas al reposo y la diversión pues de acuerdo con Lartigue y Fernández para la enfermeras es indispensable las actividades que como ellas dicen “recargar la batería”.

Los cuadros No. 12, No. 13 y No. 14 sobre Número de Cursos de Capacitación, Número de Cursos de Actualización de Prevención De CaCu y Otros Estudios en las Enfermeras.

En los resultados se pudo observar que un 59.6 % no cuentan con cursos de capacitación y el 65.3 % no cuenta con cursos de actualización con respecto a la prevención de CaCu. Así mismo un 77.8 % no se encuentran cursando otros estudios de lo cual demuestra que es posible que enfermería tiene una dificultad para aceptar cambios y nuevas responsabilidades que acarrearía un nivel superior de capacitación.

Cuadro No. 15 sobre Categoría dentro de la Institución en las Enfermeras.

Dentro de la institución el 46.1 % poseen el grado de enfermeras generales con esto se puede observar que la enfermera técnica, la enfermera general, y la licenciada en enfermería no se diferencian y aun más que la licenciatura a un no es reconocida en su

perfil profesional esto nos lleva a deducir que la institución no considera la diversidad del personal disponible para las distintas capacidades de actividades independientes de cada nivel.

Los cuadros No. 16, No. 17 y No. 19 sobre Número de Turnos, Horas por Turno y Carga Laboral en las Enfermeras.

En su mayoría con un 83,6 % refieren trabajar un solo turno, sin embargo el 40.3 % mencionan que trabajan mas de 8 horas, lo cual nos hace suponer que lo que alarga el horario es reflejo de factores como la política institucional de cambio de turno, entrega y recepción de pacientes y material, sumando además situaciones laborales negativas como pacientes en estado critico, pacientes demandantes, carencia de recursos humanos y materiales y el desarrollo de las relaciones entre colegas lo que provoca al mismo tiempo una la discrepancia de la impresión de carga laboral entre las misma enfermeras que se ilustra en que el 25 % siente tener algunas veces, el 24 % menciona nunca y el 23.07 % sienten tener siempre.

Cuadro No. 18 sobre Ingreso Económico Mensual en las Enfermeras.

El 31.7 % señala no estar segura de cuanto asciende su ingreso económico mensual lo que nos hace imaginar que desconocen la equivalencia de acuerdo al banco de México es del salario mínimo de \$44.05 al día, cabe mencionar que quines si dieron una suma el 21.1% ganan de 4 a 5 salarios mínimos y de acuerdo con Lara Cantú (1997) y su análisis la mayoría d las mujeres que ingresan ala fuerza laboral lo hacen en necesidad económica de mejorar la condición familiar y así mejorar su condición de vida y poca lo hacen por que les guste.

Los cuadros No. 20, No. 24 y No. 25 sobre Trato del Personal que Toma la Muestra, Desconfianza del Material Y Desconfianza del Personal en las Enfermeras.

En este estudio se encontró que las cuestionadas en el momento de estar como pacientes a encontrado en un 48.07 % que el personal que realiza la prueba muestra actitudes que fomenta la confianza como el presentarse por su nombre con ellas, explicarles la técnica, antes de tomar la muestra, menciona las posibles molestias y cuando y como recoger los resultados, estas actitudes reflejan que en un 48 % las cuestionadas no desconfían en el personal mas sin embargo el 63.4 % si desconfían en el material utilizado lo que a la larga puede convertirse en una limitante, de acuerdo al programa nacional de detección oportuna de CaCu una de los objetivos es fomentar la confianza de la paciente en el programa y mejorar la percepción sobre los beneficios de la detección.

Cuadro No. 21 y No. 23 sobre Sensación de Vergüenza y Miedo a ser Lastimadas en las Enfermeras.

Al observar los resultados de las sensaciones que presentan encontramos que es frecuente la sensación de vergüenza con un 44.2 %, el 43.2 % refiere miedo a ser lastimada, lo anterior refleja no solo la consideración de la información que maneja la usuaria sobre el examen, sino, como lo sugiere el programa nacional de detección oportuna de CaCu que es importante la presencia de mujeres que tomen la muestra con sensibilidad y que orienten adecuadamente, hay que recordar que es una invasión a la intimidad lo que provoca una gran tensión que la usuaria experimenta sola.

Los cuadros No. 22, No. 29 y No. 30 sobre Influencia de los Comentarios, Influencia de la Familia e Influencia de la Religión para realizar la Prueba en las Enfermeras.

A diferencia de lo que se pudiera pensar de la fuerza de factores culturales como lo representan los comentarios, la familia y la religión de acuerdo con los resultados obtenidos el 60.5 % no siente influencia de los comentarios contra un 28.8 % que dicen que si, el 66.3% no tiene influencia de la familia contra el 25.9 % que dicen que si y finalmente el 86.5 % no siente influencia religiosa contra un 5.7 % que dice que si, entonces se puede decir que en su mayoría las actitudes de las enfermeras hacia la prueba de papanicolaou, están basada mas en conceptos científicos aprendidos en la carrera que prejuicios o mitos que la sociedad impone, aunque llama la atención ese 25.9% de influencia familiar para hacerse o no la prueba.

Cuadro No. 26 sobre Concepto de Papanicolaou por las Enfermeras.

Se obtuvo que el 63.4 % conocen el concepto que maneja en la Norma Oficial NOM-014-SSA2-1994 la cual marca como papanicolaou “La toma de muestra de las células del endocervix y exocervix” contra un 13.4% que desconoce por completo este concepto o cualquier otro concepto de cualquier otra literatura.

Cuadro No. 27 sobre Roles de Enfermería por las Enfermeras.

El 27.8% reconocen como roles profesionales de la enfermería: “Proveedor de cuidados, Investigador, Educador para la salud” que han sido definidos por la Subsecretaria de Educación Superior e Investigación Científica perteneciente a la SEP mientras que en 40.3 % marcaron como roles de enfermería “Prevención, rehabilitación e investigación” al

notar lo anterior se puede mencionar que estos roles están definidos por la practica diaria y no por una definición científica.

Cuadro No. 31 sobre Edad de la Menarca de las Enfermeras.

De acuerdo con un estudio publicado en 1993 realizado por el Dr. Edmundo C. Lazcano a la población en el DF donde identifico a la menarca tardía (después de los 17 años) como un factor de riesgo significativo relacionado a la aparición de CaCu y basándose en esta información se podrá considerar que el 0.9 % están en mayor riesgo que el 70.1 % cuya menarca apareció entre los 12 a los 17 años.

Cuadro No. 33 y No. 35 sobre Número de Parejas Sexuales y Presencia de ETS de las Enfermeras.

El grupo de estudio presento que en un 62.5 % refiere tener una sola pareja sexual, el 18.2 % presentan dos parejas sexuales y que el 0.9 % tiene mas de 2, en estudios anteriores (Zacatecas 1993, Guerrero 1995-1996) se encontró que el número de compañeros sexuales y la aparición de CaCu están íntimamente relacionado y además que aumenta la posibilidad de la infección de enfermedades por transmisión sexual donde de acuerdo con Tonwshend (1994) los agentes infecciosos más carcinógenos son el Virus del papiloma Humano y el Herpes genital, donde nuestra población el 2.8% esta en un riesgo mayo por presentar infección por VPH, ninguna presento herpes genital, y un 82.6 % están en menor riesgo debido a que no han presentado ningún tipo de infección por ETS.

Cuadro No. 34 sobre Número de Partos Vaginales de las Enfermeras.

En los resultados obtuvimos que el 41.3 % han presentado de 1 a 3 partos vaginales y que un 4.8 % ha tenido de 4 a mas partos vaginales por lo que este segundo porcentaje esta en mayor riesgo que el primero, de acuerdo a que en la literatura medica (Tonwshend 1994,Lowdermilk 2002) y a estudios anteriores (DF 1987, Zacatecas 1993, Guerrero 1995-1996 donde se ha descubierto que la multiparidad es un predisponente a la aparición de CaCu debido a que en el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos además que el traumatismo obstétrico mas intenso que se da en el área anterior del cérvix es zona donde aparecen mas las neoplasias malignas.

Cuadro No. 36 sobre Métodos Anticonceptivos utilizados en las Enfermeras.

Los datos resultantes muestran que solo el 1.9 % utilizan pastillas (Hormonal) como método anticonceptivo lo que aumenta el riesgo de desarrollar CaCu como se ha identificado en el estudio realizado a la población en Guerrero ente 1995-1996, además si pudo observar que el 45.1 % no utilizan ningún método anticonceptivo esto afirma lo comentado con anterioridad donde el auto cuidado es cuestionable y que si se considera que la elección de un anticonceptivo es un común de acuerdo en la pareja, nos pone ha pensar que el papel del hombre en nuestro país sigue siendo de una posición de machismo.

Cuadro No. 37 sobre Antecedentes Familiares de Ca Cu en las Enfermeras.

Se ha documentado que los antecedentes de Ca Cu en la familia(Tonwshend 1994,Lowdermilk 2002)son un factor predisponente para desarrollar este tipo de cáncer debido a la carga genética presente y sobre la base de lo anterior consideramos que el 7.6 %

que si tienen antecedentes familiares estas en mayor riesgo a desarrollar la enfermedad que el 84.6% que no tiene antecedentes.

Cuadro No. 39 sobre Intervalo entre las pruebas de Papanicolaou en las Enfermeras.

La Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 especifica en el punto 6.3.2 que marca “La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o 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 tanto considerando lo anterior observar que el 38.4 % realiza cada año su prueba y que el 10.5 % no se ha realizado nunca una citología vaginal lo que aumenta en mayor grado el desarrollo de una lesión maligna y reduce las posibilidades de una atención temprana, pero también la conciencia disciplinar y como mujeres en estas enfermeras para fungir como promotoras de la salud y para favorecer su auto cuidado respectivamente.

Cuadro No. 40 sobre Número de Cigarros que fuman al día las Enfermeras.

Aunque estudios anteriores no han considerado al tabaquismo como un factor para poder desarrollar CaCu la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 su punto 6.2 si lo considera un factor de riesgo y sobre la base de esto entenderemos que el 7.6% fuman de 1 a 5 cigarros diarios, el 3.8% fuman de 6 a 10 cigarros al día y que 0.9% fuman mas de 10 cigarros al día, si se suman estos porcentajes obtenemos un 12.3%

del grupo de estudio están con un riesgo mayor a presentar CaCu contra un 68.2 % que no fuman.

## 10. CONCLUSIONES

México tiene un problema que ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad de la población, en especial la población femenina, sin embargo dentro del sector salud, específicamente el gremio de enfermería no se excluye y se encuentran problemas los cuales se relacionan con la prevención y detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Las enfermeras de este estudio, son un grupo que presentan un considerable riesgo a desarrollar cáncer de útero debido a que presentan factores significativos, aunque con bajos porcentajes, como son presencia del Virus del Papiloma Humano, multiparidad, 2 pareja sexuales y tabaquismo que sumados a que presentan características como que en su mayoría están dentro de la 3ª y 4ª década de la vida y además están divididas en 2 grandes grupos casadas y solteras, lo anterior se encuentra relacionado a que han relegado a un segundo lugar su autocuidado anteponiendo sus múltiples actividades como enfermeras, madres, esposas, hijas y el cuidado del hogar y aunque han manifestado en que a pesar de que el papanicolaou es considerado por ellas como un aspecto importante de su salud, pero llama la atención que estas Enfermeras en su generalidad no se realizan la prueba o el numero de dichas pruebas no son suficientes para cubrir lo reglamentado por la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino, si se tiene como punto de partida que en su mayoría inicio su vida sexual entre los 19 y 25 años de edad y otras la iniciaron en su adolescencia, lo cual intensifica más el

del grupo de estudio están con un riesgo mayor a presentar CaCu contra un 68.2 % que no fuman.

## 10. CONCLUSIONES

México tiene un problema que ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad de la población, en especial la población femenina, sin embargo dentro del sector salud, específicamente el gremio de enfermería no se excluye y se encuentran problemas los cuales se relacionan con la prevención y detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Las enfermeras de este estudio, son un grupo que presentan un considerable riesgo a desarrollar cáncer de útero debido a que presentan factores significativos, aunque con bajos porcentajes, como son presencia del Virus del Papiloma Humano, multiparidad, 2 pareja sexuales y tabaquismo que sumados a que presentan características como que en su mayoría están dentro de la 3ª y 4ª década de la vida y además están divididas en 2 grandes grupos casadas y solteras, lo anterior se encuentra relacionado a que han relegado a un segundo lugar su autocuidado anteponiendo sus múltiples actividades como enfermeras, madres, esposas, hijas y el cuidado del hogar y aunque han manifestado en que a pesar de que el papanicolaou es considerado por ellas como un aspecto importante de su salud, pero llama la atención que estas Enfermeras en su generalidad no se realizan la prueba o el numero de dichas pruebas no son suficientes para cubrir lo reglamentado por la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino, si se tiene como punto de partida que en su mayoría inicio su vida sexual entre los 19 y 25 años de edad y otras la iniciaron en su adolescencia, lo cual intensifica más el

Por supuesto que es un problema social, en el que intervienen conflictos de género y la repartición de trabajo con respecto al sexo, ya que en enfermería lo común sigue siendo un gremio que en su mayoría es de mujeres, donde las acciones como equipo de salud se deben de dirigirse hacia ellas mismas a evitar el cáncer de matriz, apoyadas por su imagen como promotora de salud y su rol profesional como educadora que debe adaptarse no sólo a intensificar el cuidado a terceras personas.

Económicamente no existe obstáculo que se interponga para que se realicen su papapicolaou tal vez únicamente lo que se identificó como problema los factores culturales como la vergüenza, el miedo y la desconfianza, académicamente, la aparente falta de interés por capacitarse y actualizarse en la prevención de cáncer cérvico uterino además que no buscan una superación profesional y esto limita su entendimiento para comprender la magnitud del problema.

## **11. RECOMENDACIONES**

1. Difundir los resultados de la investigación a las enfermeras y autoridades del hospital con el fin de crear conciencia para su propio cuidado.
2. Realizar cursos de capacitación y/o actualización para el personal de enfermería sobre Detección Oportuna de Cáncer Cérvico uterino.  
Ver anexo B.
3. Que las enfermeras exijan la adquisición y el uso de la cartilla nacional de salud de la mujer para todo el personal femenino de la institución, de modo que las beneficie a ellas y se conviertan en un ejemplo para el resto de la sociedad.

Por supuesto que es un problema social, en el que intervienen conflictos de género y la repartición de trabajo con respecto al sexo, ya que en enfermería lo común sigue siendo un gremio que en su mayoría es de mujeres, donde las acciones como equipo de salud se deben de dirigirse hacia ellas mismas a evitar el cáncer de matriz, apoyadas por su imagen como promotora de salud y su rol profesional como educadora que debe adaptarse no sólo a intensificar el cuidado a terceras personas.

Económicamente no existe obstáculo que se interponga para que se realicen su papapicolaou tal vez únicamente lo que se identificó como problema los factores culturales como la vergüenza, el miedo y la desconfianza, académicamente, la aparente falta de interés por capacitarse y actualizarse en la prevención de cáncer cérvico uterino además que no buscan una superación profesional y esto limita su entendimiento para comprender la magnitud del problema.

## **11. RECOMENDACIONES**

1. Difundir los resultados de la investigación a las enfermeras y autoridades del hospital con el fin de crear conciencia para su propio cuidado.
2. Realizar cursos de capacitación y/o actualización para el personal de enfermería sobre Detección Oportuna de Cáncer Cérvico uterino.  
Ver anexo B.
3. Que las enfermeras exijan la adquisición y el uso de la cartilla nacional de salud de la mujer para todo el personal femenino de la institución, de modo que las beneficie a ellas y se conviertan en un ejemplo para el resto de la sociedad.

4. Que se implemente un rol de forma que coincida con los descansos o las vacaciones ( por cada uno de los servicio) para que todas las enfermeras puedan presentarse al curso.
5. Que los cursos sean por lo menos cada 6 meses.
6. La posibilidad de crear un paquete de estudios de laboratorio y gabinete ( BH, QS, EGO, estudio de heces, papanicolaou, ultrasonido y mastografía principalmente) para la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas y atención integral de la mujer en el personal del instituto.
7. Que se promueva la investigación interna realizada por enfermeras para identificar problemas y dar soluciones hacia factores de riesgo que afecte la salud del personal de la institución.
8. Que se explique a futuras generaciones de estudiantes o pasantes los protocolos a seguir para realizar investigaciones dentro del hospital.
9. Que exista una mejor comunicación entre personal general, jefes de servicio, supervisoras y altos mandos para dar una mejor solución a la prevención de los problemas de salud de su personal y de investigación.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE B. Gonzalo (1994)*Programa de salud en la situación intercultural* Fondo de cultura económica, México DF pp. 35, 36, 38,41,53

CLÍNICA Mayo (1999) *Guía de autocuidados* Intersistemas S.A. de C. V. México pp. 147.

CONACYT (2001) *Periodismo de Ciencia y Tecnología, Las cifras del cáncer en México* pp.. 4.

LANGER Ana.(1996)*Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México* EDAMEX (The population Coucil) México DF pp. 323,325

LARTIGUE Teresa (1998) *Enfermería una profesión de alto riesgo.*\_ Universidad Iberoamericana. México. Pp. 27,32.41,51,52,56,57,61.

LARU C. Asunción. (1997) *Es difícil ser mujer.*. México DF pp. 82, 109.

LAZCANO Ponce, E. C. (1993) *Factores de riesgo reproductivo en cáncer cérvico uterino en la Ciudad de México.*\_Vol. 35 No 1 Ed. Salud Publica de México, México.

LOWDERMILK. (2002) *Enfermería materno infantil*, Harcourt/ Océano Barcelona España pp. 1318.

MAURA Sara Castañeda-Iñiguez, MC Rebeca Toledo-Cisneros, MC Mario Aguilera-Delgadillo, . (1998) *MC Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Zacatecas*. Salud Publica México; pp. 40:330-338.

MORALES G. Sofíaleticia (2000) *La mujer como educadora* SEP-UNESCO México DF pp. 5,6,12-14,18,19,21-23,28,64,70,78,79,86,88

REYES Tamez . *Dirección General DE Profesiones*\_Fascículo 9 SEP. Subsecretaria de educación sup. e investigación científica.

RHNM. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2001), *Situación epidemiológica del cáncer en México* pp.4, 6.

RUIZ OE, Gonzáles LG, Escudero DR, Sebastián MR, ( 1994 ) *Cáncer cérvico uterino micro invasor, diagnostico y tratamiento*, Ginec. Obst. México pp. 62 237-242.

SPM Salud publica de México (1995)*Indicadores y noticias de salud*, Vol37 No 4 México DF pp. 375-380.

SAUNDERS (2000) *Cuidados de Enfermería*\_Vol. II, Interamericana, México DF pp. 1420-1421.

SS Secretaría de Salud(1998)*NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.* México, DF. pp. 4.

SS Secretaría de Salud. Programa de Salud Reproductiva. (1994). *NOM-014-SSA2-1994* pp. 8.

SESI Subsecretaria de Educación Superior e Investigación científica (1999) *Fascículo 9 enfermería*, Ed. SEP pp. 5,6.

TAPIA Ramírez (1998) *Cáncer cérvico uterino factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de guerrero* INCAN. Enero-marzo Vol.44. No 1 México DF pp. 19-27.

TOWNSHEND. (1994) *Ginecología*, Manual Moderno S. A. de C. V. México DF pp. 147,164.

UAM-X, DCBS, (2005.) *Área Educación y Salud*, Boletín de Información Periodística en Salud. VOLUMEN 20, No. 3 Marzo.

VALERIE Edge RN (1995)\_*Cuidados de salud de la mujer* Ed Mosby, España

VELES C. Luis A. (2003) *Ética médica*. Ed. corporación para investigación biológica 3ª ed. Medellín Colombia. pp 251 a 255.

### 13. REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

BAVASTRO Graciela. *George N. Papanicolaou maestro pionero sabio* consultado en:  
[www.gineconet.com/articulos/457.htm](http://www.gineconet.com/articulos/457.htm)

CASAUBON Ebrad. *Necesario abrir espacios para que más mujeres se integren a la vida económica y productiva de la ciudad*. Consultado en:  
[www.comsoc.df.gob.mx/noticias/discursosg.html?id=750571](http://www.comsoc.df.gob.mx/noticias/discursosg.html?id=750571)

FARFÁN M. Laura *Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cérvico uterino*. Consultado en:  
<http://mx.search.yahoo.com/search?p=FACTORES+SOCIOCULTURALES+Y+SALUD&prssweb=Buscar&ei=UTF-8&fr=slv1-msgr&x=wrt&meta=vc%3DcountryMX>

FOX Marta de. *Salvar a una mujer es salvar una familia*. Consultado en:  
[martadefox.presidencia.gob.mx/boletines/boletin\\_ene-feb2005.pdf](http://martadefox.presidencia.gob.mx/boletines/boletin_ene-feb2005.pdf)

GARCIA A. Sara J. *Sistema Bethesda* Consultado en:  
[http://www.chopo.com.mx/ser\\_med/boletin/boletin\\_03\\_98.htm](http://www.chopo.com.mx/ser_med/boletin/boletin_03_98.htm)

ID(Investigación y desarrollo). *Las cifras de cáncer en México*. Consultado en:

[www.invdes.com.mx/antecedentes/febrero2001/htm/cifras.html](http://www.invdes.com.mx/antecedentes/febrero2001/htm/cifras.html)

INM(Instituto Nacional de las Mujeres). *Cáncer cérvico uterino*. Consultado en:

[www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Cancer\\_cervico\\_uterino](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Cancer_cervico_uterino)

INSP *Factores asociados al uso de la cartilla nacional de salud de la mujer en el estado de Morelos*. Consultado en: [www.oaxaca.gob.mx/sso/salud/boletinsem19.html](http://www.oaxaca.gob.mx/sso/salud/boletinsem19.html)

INSP-CENIDS. *Temas de salud reproductiva cartilla nacional de salud de la mujer*.

Consultado en: [bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/03/arti.htm](http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/03/arti.htm)

INSP-CENIDS. *Temas de salud reproductiva prevención y control de cáncer cérvico uterino*. Consultado en: [bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/1097/arti.htm](http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/1097/arti.htm)

KURI. M. Pablo. *La situación epidemiológica del cáncer en México*. Consultado en:

[www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm](http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm)

LAZARO Maisanava. J.M. *citología exfoliativa cérvicovaginal*. Consultado en :

[www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html](http://www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html)

MERCADO S. P. *Descripción del compromiso hacia la profesión de enfermería: de lo cuantitativo a lo cualitativo*. Consultado en:

[www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_El\\_ABC\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_administracion\\_publica](http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_El_ABC_de_genero_en_la_administracion_publica)

MYLENA A. *A desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería*. Consultado en:

[www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf)

SALINAS-Martínez Ana M. *Calidad del programa de detección oportuna de cacu en el estado de Nuevo León*. Consultado en: [www.insp.mx/salud/39/393-3.html](http://www.insp.mx/salud/39/393-3.html)

SSA ( secretaria de salubridad y asistencia). *Servicios de salud de San Luis Potosí*.

Consultado en: [www.imes.gob.mx/html/5\\_3\\_sal.htm](http://www.imes.gob.mx/html/5_3_sal.htm)

#### **14. ANEXOS Y APÉNDICES**

##### **14.1 ANEXO A CUESTIONARIO “FACTORES RELACIONADOS CON LA DOCACU EN LAS ENFERMERAS DEL H. G. DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

Le agradecemos su participación para hacer posible esta investigación conteste con toda honestidad de ser posible, marque con una X o encierre en un círculo la opción que elija correcta, esta es una investigación totalmente confidencial por lo que no requerimos su nombre. Gracias...

1; ¿Cuál es su edad?

Cuestionario N° \_\_\_\_\_

- a) -20
- b) 20 - 30 a
- c) 31 – 40 a

MYLENA A. *A desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería*. Consultado en:

[www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/08%20DesperdicioDeRecursos.pdf)

SALINAS-Martínez Ana M. *Calidad del programa de detección oportuna de cacu en el estado de Nuevo León*. Consultado en: [www.insp.mx/salud/39/393-3.html](http://www.insp.mx/salud/39/393-3.html)

SSA (secretaría de salubridad y asistencia). *Servicios de salud de San Luis Potosí*.

Consultado en: [www.imes.gob.mx/html/5\\_3\\_sal.htm](http://www.imes.gob.mx/html/5_3_sal.htm)

#### **14. ANEXOS Y APÉNDICES**

##### **14.1 ANEXO A CUESTIONARIO “FACTORES RELACIONADOS CON LA DOCACU EN LAS ENFERMERAS DEL H. G. DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

Le agradecemos su participación para hacer posible esta investigación conteste con toda honestidad de ser posible, marque con una X o encierre en un círculo la opción que elija correcta, esta es una investigación totalmente confidencial por lo que no requerimos su nombre. Gracias...

1; ¿Cuál es su edad?

Cuestionario N° \_\_\_\_\_

- a) -20
- b) 20 - 30 a
- c) 31 – 40 a

a) 41 – 50 a

b) + de 50 a

2; ¿Cuál es su estado civil?

a) soltera

b) casada

c) unión libre

d) divorciada

e) Viuda

f) Madre soltera

3; Lugar de procedencia:

a) DF

b) Estados del norte

c) Estados del centro

d) Estados del sur

4; Lugar de residencia:

a) DF

b) Estado de México

5; ¿Cuál es el lugar de preferencia para realizarte el examen de papanicolaou?

a) Mi lugar laboral

b) En la clínica que me corresponde.

c) En lugares particulares.

d) No tengo preferencia por algún lugar

e) Ninguno

6; ¿Sabes la responsabilidad que tienes como enfermera, al tener una imagen social como promotora de salud?

- a) Estoy consiente de ello.
- b) No lo había pensado
- c) No me importa

7; Dentro de sus actividades diarias ¿cuales son sus roles que desempeña?(puedes marcar mas de una opción).

- a) Enfermera
- b) Hogar
- c) Madre
- d) Hija
- e) Esposa
- f) Todas las anteriores

8; Tiempo destinado para su salud:

- a) – de 30 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) + de 1 hora

9; Tiempo de traslado al lugar donde se realiza la prueba papanicolaou:

- a) – de 30 min.
- b) + de 30 min.
- c) 1 hrs.
- d) + de 1 hrs.

10; ¿Considera que el tiempo de espera en su centro de salud es decisivo para presentarse a realizar la prueba?

- a) Si
- b) No

11; ¿Qué grado de escolaridad de enfermería tienes?

- a) Auxiliar
- b) Técnica
- c) Licenciatura
- d) Especialista

12; N° de cursos de capacitación sobre la toma y registro de la muestra de citología vaginal a los que ha asistido:

- a) 0
- b) 1-2
- c) +2

13; N° de cursos de actualización de prevención de cáncer cérvico-uterino en los que ha participado:

- a) 0
- b) 1-2
- c) +2

14; ¿Actualmente se encuentra cursando otros estudios?

- a) Preparatoria.
- b) Lic. en enfermería.
- c) Segunda carrera universitaria.

- a) Otra carrera distinta a la del área de la salud.
- b) Ninguna

15; Categoría con la que cuentas dentro del hospital:

- a) Auxiliar
- b) General
- c) Especialista
- d) Administrativa

16; ¿Cuántos turnos cubre diariamente?

- a) 1
- b) 2

17; ¿Cuál es tu horario de trabajo por turno?

- a) – de 8 horas
- b) 8 horas
- c) + de 8 horas

18; ¿Cuál es tu ingreso económico mensual?

- a) 3 salarios mínimos
- b) 4 a 5 salarios mínimos
- c) más de 5 salarios mínimos
- d) No estoy segura

19; Consideras que existe exceso de trabajo dentro de la institución que interfiere en que vayas a realizar la prueba:

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces

a) Casi nunca

b) Nunca

20; Cuando usted acude a su centro de salud u hospital para realizarse su papanicolaou, el personal que la atiende:

a) Se presentan con usted por su nombre, explica la técnica antes de tomar la muestra, y le menciona las posibles molestias y cuando y como puede recoger resultados

b) Al ingresar usted se concretan a explicar la técnica antes de tomar la muestra y donde recoger resultados

c) No se presentan, ni explica la técnica a la paciente

21; ¿Sientes vergüenza al asistir a la prueba de papanicolaou?

a) Si

b) No

22; Los comentarios de otras personas que has escuchado influyen para que elijas cuando y donde realizarte la prueba:

a) Si

b) No

23; Influye el miedo a ser lastimada el que decidas realizar la prueba:

a) Si

b) No

24; La desconfianza al material y equipo influye para que elijas en donde y cuando realizarte la prueba:

a) Si

b) No

25; Influye que no confíes en el personal de salud que toma la muestra para que te realices la prueba de papanicolaou:

- a) Si
- b) No

26; Marca con una X cual es concepto del papanicolaou:

- a) Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix, para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino..
- b) Es la toma de muestra de células del endometrio y miometrio a través de un cepillo para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino.
- c) Es la toma de muestra del mesotelio cervical y del istmo vaginal para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino.

27; Marca con una x el índice que marca los roles de la enfermera:

- a) Rehabilitación, educación para la salud, administrativo
- b) Prevención, rehabilitación, investigación
- c) Proveedor de cuidador ,investigador, educador para la salud

28; Consideras al examen de papanicolaou, ¿ cómo parte importante de tu auto cuidado?

- a) Sí
- b) No

29; Consideras que tu familiar influye para que te realices el examen de papanicolaou:

- a) Sí
- b) No

30; Consideras que la religión influye en tu decisión de realizarte la prueba de papanicolaou:

- a) Sí
- b) No

31: ¿A qué edad fue su menarca? ( 1ra. Menstruación):

- a) Antes de los 12 a
- b) 12 a 17 a
- c) más de 17 a

32; En caso de tener vida sexual activa, ¿A qué edad inicio?

- a) - 15 a
- b) 16 a 18 a
- c) 19 a 25 a
- d) + 25 a

33; Número de parejas sexuales:

- a) 1
- b) Dos
- c) + de dos

34; Número de partos vaginales:

- a) 0
- b) 1 a 3
- c) 4 o más

35; A presentado alguna enfermedad de transmisión sexual por:

Virus del papiloma humano (VPH)

- a) Herpes genital
- b) Otro
- c) Ninguna

36; ¿ Qué método de anticoncepción utilizas?

- a) Pastillas
- b) DIU
- c) Condón
- d) Ritmo
- e) Parche
- f) OTB
- g) Ninguno

37; En su familia hay personas que tengan o que tuvieron cáncer cérvico-uterino:

- a) Sí
- b) No

38; N° de pruebas de papanicolaou que lleva realizadas asta la fecha.

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4-6
- d) mas de 6

39; Intervalo de tiempo en que se realiza la prueba de papanicolaou:

- a) 0
- b) c/6 meses
- c) c/año

a) + de un año

40; ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

a) 0

b) fumadora pasiva

c) 1-5

d) 6-10

e) + de 10

#### 14.2 ANEXO B CURSO DE CAPACITACIÓN: “PREVENCIÓN DEL CACU EN LAS ENFERMERAS DEL H. G. DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

### INTRODUCCIÓN

En el 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales de las cuales el 52% representa al sexo femenino es decir 57 defunciones por cada 100,000 habitantes donde se concentró un aumento de mortalidad a partir de los 25 a 34 años de edad. El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en la mortalidad de las mujeres con cáncer.

Si bien la cobertura para la detección del CaCu se ampliará en los siguientes años, no garantiza la asistencia de las mujeres con mas de 25 años de edad para realizarse la prueba de citología vaginal (Papanicolau), puesto que en varios casos las mujeres exponen factores o razones para no realizarse la prueba.

En una tesis donde se estudiaron los factores que se relacionan con la detección oportuna del CACU en una población de enfermeras, se encontraron factores de riesgo

como; multiparidad; cuentan con dos parejas sexuales y tabaquismo; en su mayoría se encuentran dentro de la 3ª y 4ª década de la vida entre solteras y casadas; inicio de vida sexual entre 19 y 25 años; presencia de Virus del Papiloma Humano en alguna de ellas; han relegado a un segundo lugar su auto cuidado anteponiendo sus múltiples actividades; sienten vergüenza, miedo y desconfianza; y además, académicamente la aparente falta de interés por capacitarse y actualizarse, limita su entendimiento para comprender la magnitud del problema.

El siguiente curso de actualización, tiene como fin brindar información a las enfermeras del Hospital General Dr. Gea González, sobre el CACU, sus implicaciones y las formas de autocuidado, tomando en consideración que el personal de salud femenino, necesita familiarizarse con el tema del CACU para poder otorgar a su vez, el cuidado a sus pacientes en su rol como educadores de la salud a la población de mujeres que lo demande. Se exponen los límites, las actividades a realizar por medio de un plan de clase y finalmente se menciona la evaluación así como las referencias.

#### OBJETIVO GENERAL

Describir los aspectos relacionados con el CACU en México a las enfermeras del Hospital. Manuel Gea González, sus implicaciones y las formas de autocuidado.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Señalar los factores de riesgo para CACU.

Identificar los signos, síntomas y complicaciones del CACU.

Describir las formas de prevención de CACU.

## LIMITES

Este curso es realizado en coordinación con la Jefatura de Enseñanza de Enfermería del Hospital general “Dr. Manuel Gea González”

Dirigido: Personal de enfermería de la Institución.

Lugar: Área de enseñanza.

Cupo: 10 a 15 personas.

Planeación

DÍA	TEMA	TIPO DE ENSEÑANZA	RECURSO DIDÁCTICO	TIEMPO	
1.	☞ Historia del papanicolaou	Exposición	Power Point	30 Minutos	
	☞ Estadísticas de Cáncer cérvico uterino en México			30 Minutos	
	☞ Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer cérvico uterino			30 Minutos	
	RECESO 30 MINUTOS				
	☞ Factores relacionados con CaCu en las Enfermeras del HGDMGG	Exposición y mesa redonda	Power Point	3 Horas	
RECESO 15 MINUTOS					
2.	☞ Enfermedades de transmisión sexual			45 Minutos	
	☞ Historia clínica Ginecológica				
	☞ Importancia de citología cérvico-vaginal	Exposición Participación en subgrupos y discusión	Power Point Fichas de trabajo	2 Horas	
	☞ Cáncer cérvico uterino	Participación en subgrupos y discusión	Power Point Fichas de trabajo	2 Horas	
	RECESO 15 MINUTOS				
Al finalizar el curso se evaluara con un examen de trece preguntas cerradas que se contestara en un lapso de 30 min.					

### 14.3 APÉNDICE A “CUADRO 1 DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS CÉRVICO VAGINALES SEGÚN EL SISTEMA BETHESDA”

#### CUADRO 1

#### Diagnósticos citológicos cérvico vaginales según el Sistema Bethesda

CALIDAD DE LA MUESTRA	DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO
Satisfactoria	<b>Infecciones:</b> Por hongos: Especies del género Candida
Poco satisfactoria	Por bacterias: Gardnerella, Clamidia, Neisseria, Actinomyces
Insatisfactoria	Por protozoarios: Tricomonas
<b>Muestra poco satisfactoria- insatisfactoria:</b>	Por virus: Herpes simple, citomegalovirus
Hipocelularidad	
Mala fijación o conservación	
Presencia de material extraño (p. Ej. lubricante)	<b>Inflamaciones:</b>
Inflamación moderada / intensa	Cambios celulares por efecto de: radiación, quimioterapia, por dispositivos mecánicos (DIU), otros
Hemorragia	
Excesiva citólisis y/o autólisis	
Ausencia de componente endocervical en premenopáusicas	
Otros	

DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO	ANOMALIAS CELULARES EPITELIALES	
<b>Infecciones:</b>	<b>Células escamosas:</b>	<b>Células glandulares:</b>
Por hongos: Especies del género Candida	Atípicas de significado indeterminado (recomendar control y/o mayor investigación: especificar).	Presencia de células endometriales:
Por bacterias: Gardnerella, Clamidia, Neisseria, Actinomyces		Fuera de la fase menstrual
Por protozoarios: Tricomonas		Postmenopausia
Por virus: Herpes simple, citomegalovirus	<b>Lesiones intraepiteliales escamosas:</b>	
	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado:	Células glandulares atípicas de significado indeterminado (recomendar control o mayor investigación: especificar):
<b>Inflamaciones:</b>		
Cambios celulares por efecto de: radiación, quimioterapia, por dispositivos mecánicos (DIU), otros	Cambios celulares asociados a infección por VPH	Endometrial Endocervical Otro no especificado Adenocarcinoma
	Displasia leve NIC I (neoplasia intraepitelial cervical I)	Probable sitio de origen endocervical, endometrial, extrauterino
	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado:	Otro no especificado
	Displasia moderada: NIC II, displasia severa: NIC III (incluye el carcinoma in situ) y el carcinoma epidermoide	<b>Otras neoplasias epiteliales malignas: especificar</b>

Fuente <sup>1</sup>

#### 14.4 APÉNDICE B “ CUARDO 2 CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAOU”

##### CUADRO 2 Clasificación de Papanicolaou

<sup>49</sup>GARCIA A. S.J.( Mes de Junio 2005 ) consultado en: [www.chopo.com.mx/ser\\_med/boletin/boletis\\_03\\_98.htm](http://www.chopo.com.mx/ser_med/boletin/boletis_03_98.htm)

Fuente <sup>1</sup>

#### 14.4 APÉNDICE B “ CUARDO 2 CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAOU”

##### **CUADRO 2** Clasificación de Papanicolaou

- Clase I: Dentro de límites normales con respecto al cáncer cérvicouterino
- Clase II: Compatible con un proceso inflamatorio sin orientar a una causa determinada
- Clase III: Sospecha de cáncer
- Clase IV: Carcinoma in situ
- Clase V: Carcinoma invasor <sup>2</sup>

#### 14.5 APÉNDICE C “ CUADRO 3 NOMENCLATURA CLÁSICA EN LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL”

##### **CUADRO 3** Nomenclatura clásica en la citología cérvico vaginal

- Displasia leve
- Displasia moderada
- Displasia severa
- Carcinoma in situ <sup>3</sup>

#### 14.6 APÉNDICE D “ CUADRO 4 CLASIFICACIÓN DE RICHART”

##### **CUADRO 4** Clasificación de Richart

- NIC I
- NIC II
- NIC III <sup>4</sup>

#### 14.7 APÉNDICE E “ CUADRO 5 CLASIFICACIÓN DEL SISTEMA BETHESDA”

##### **CUADRO 5** Clasificación del Sistema Bethesda

---

<sup>50</sup>GARCIA A. S.J.( Mes de Junio 2005 ) con sultado en:  
[www.chopo.com.mx/ser\\_med/boletin/boletis\\_03\\_98.htm](http://www.chopo.com.mx/ser_med/boletin/boletis_03_98.htm)

<sup>52</sup>GARCIA A. S.J. Ídem

<sup>53</sup>GARCIA A. S.J. Ídem

<sup>54</sup>GARCIA A. S.J. Ídem

El objetivo de este trabajo es recoger la experiencia de otros países sobre las distintas formas de organización de programas de DOC y tratar de formular -mediante criterios y estándares internacionales de calidad establecidos para la aplicación de estos programas- una propuesta de referencia de organización, con indicadores específicos que pueda ser empleada por distintas instituciones de seguridad social en América Latina.

#### NORMATIVIDAD Y RESPONSABILIDAD REGIONAL.

La normatividad de los programas nacionales de DOC debe ser responsabilidad de una coordinación nacional; aunque para su mejor funcionamiento, la organización operativa tendrá que ser desarrollada con coordinaciones regionales que no deben cubrir poblaciones mayores a 250,000 mujeres en riesgo. Estas coordinaciones regionales deberán contar con un centro de toma de muestra de Papanicolaou en cada unidad de atención médica de primer nivel; un centro de lectura regional para la interpretación diagnóstica de las citologías; y un centro de displasias regional para el manejo de lesiones premalignas y/o lesiones neoplásicas en etapas tempranas. No será necesario que cada región cuente con centros hospitalarios de segundo o tercer nivel de atención para el manejo de casos avanzados. La coordinación regional deberá definir la población y áreas geográficas de responsabilidad institucional y vigilar la asignación de recursos necesarios para la operación del programa. También deberá organizar los grupos de trabajo para el cumplimiento de estrategias y acciones específicas, dando seguimiento a su labor por medio del monitoreo continuo del programa y la evaluación periódica de su efectividad en el ámbito regional.

#### DEFINICIÓN Y REGISTRO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.

El primer paso en la operacionalización del Programa de DOC en seguridad social es la definición precisa y el registro completo de la población objetivo del programa en cada región: mujeres que han iniciado vida sexual o mayores de 25 años de edad y menores de 65. En forma ideal, se deberá contar con un registro completo de las mujeres pertenecientes a la región que permita establecer su distribución geográfica y por grupos etéreos, de manera similar al de algunos países con registro poblacional. Esta información permitirá dirigir en forma más eficiente las acciones de promoción y reclutamiento encaminadas a incrementar la cobertura y mejorar la adherencia al programa.

Para lograr un registro de este tipo se requiere sin duda de un sistema automatizado. Probablemente, la mejor forma para crear esta base de datos sea a partir de los registros individuales existentes en cada institución de la población adscrita a seguridad social que pertenece a cada región. A partir de esta información se deberá crear un registro individualizado que contenga datos generales y direcciones de trabajo y domicilio particular de cada mujer de la población objetivo.

#### DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE DOC.

Con el fin de incrementar la cobertura del programa, es necesario contar con campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres y los prestadores de servicios médicos, las cuales estarán encaminadas fundamentalmente a incrementar la demanda y a mejorar la adherencia al programa.

Las campañas de educación para la salud y sensibilización de mujeres en riesgo deberán estar encaminadas a incrementar el conocimiento sobre la utilidad de la prueba de Papanicolaou, el Programa de DOC y sus beneficios potenciales; Todo esto con el fin de

que las mujeres comprendan los motivos de la detección, lo que supone el procedimiento, el significado de los resultados y la finalidad, así como la eficacia de cualquier tratamiento recomendado (Cuadro I). Esto se puede llevar a cabo por medio de distintas estrategias: carteles, periódicos murales, mantas en las unidades médicas de atención, trípticos, folletos informativos, pláticas intra y extramuros, así como mensajes por radio en las áreas de influencia, entre otros. Es necesario considerar que los medios masivos de comunicación sólo pueden ser utilizados cuando exista una infraestructura de prevención disponible.

Cuadro I. Información sobre conocimiento, actitudes y comportamiento en la prevención de cáncer cervical.

Conocimiento.

La ubicación y función del cérvix.

El cáncer cervical es uno de los 200 tipos de cáncer.

El cáncer cervical se desarrolla en etapas.

La gama de tratamientos que existen para cáncer cervical.

Las mujeres con histerectomía necesitan Papanicolaou.

Los servicios de salud en donde pueden obtener el Papanicolaou y seguimiento.

Cómo prepararse para la prueba del Papanicolaou.

Cuándo necesitarán un próximo Papanicolaou.

Actitud.

El cáncer no es universalmente fatal.

La supervivencia al cáncer mejora con diagnósticos tempranos.

EL Papanicolaou es una prueba de presunción diagnóstica, fácil de obtener y barata.

Comportamientos.

Reconocimiento de las barreras para obtener un Papanicolaou.

Necesidad de adherencia al programa de detección.

En forma paralela, es necesario un programa de capacitación y sensibilización permanente al personal de salud (trabajadoras sociales, enfermeras, médicos de primer contacto y ginecólogos) con el fin de orientarlos sobre los procedimientos de reclutamiento del programa y fomentar la utilización del programa entre su población adscrita.

La evaluación sistemática del impacto de estas acciones se puede llevar a cabo por medio de encuestas periódicas entre mujeres en riesgo que permitan evaluar el nivel de conocimiento sobre el programa y el grado de demanda del mismo. Pueden necesitarse también investigaciones operativas para determinar los mejores medios para concientizar a la población sobre la necesidad del programa y sus beneficios.

#### RECLUTAMIENTO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.

Médicos de primer contacto, trabajadoras sociales y personal de enfermería deberán encargarse de referir a la población objetivo al Programa de DOC. De acuerdo con la experiencia de otros países, las acciones del personal médico o paramédico, aun dentro de la población usuaria, no son suficientes para lograr un buen nivel de utilización del servicio, por lo que resulta necesario llevar a cabo en forma paralela estrategias alternativas de reclutamiento. Una estrategia alternativa de reclutamiento en población adscrita a seguridad social consiste en las invitaciones individualizadas a todas las mujeres que conforman la población objetivo. Estas invitaciones deberán ser realizadas en forma escalonada de acuerdo con una calendarización predefinida que permita enviar al menos una invitación a

la totalidad de las mujeres en riesgo en un periodo de tres años. Las cartas-invitación a nombre de cada una de las mujeres deberán ser generadas en forma automatizada a partir de la información del registro de la población objetivo y enviadas por diversas estrategias a cada mujer (involucrando a las empresas, médicos de primer nivel de atención, correo, entre otras alternativas a evaluar). Dado que no en todos los casos se obtendrá una respuesta inmediata a esta invitación, es necesario contar con un esquema de invitaciones repetidas ante casos de no-respuesta.

#### ADHERENCIA AL PROGRAMA.

Como una de las acciones básicas para estimular la adherencia al programa se encuentra el fomentar la confianza de la paciente en el programa y mejorar su percepción sobre los beneficios de la detección por medio de un informe oportuno de los resultados del Papanicolaou. Una propuesta concreta para lograr este objetivo consiste en el envío de una carta informativa de sus resultados, así como la conducta que se deberá seguir de acuerdo a los hallazgos del Papanicolaou. La carta deberá contener información sobre el significado de los resultados y de las necesidades de procedimientos diagnósticos más precisos y/o del control posterior. Es necesario que la mujer cuente con sus resultados dentro de un periodo no mayor de un mes después de haberse realizado la prueba.

#### ORGANIZACIÓN DE CENTROS DE TOMA.

En cada una de las unidades médicas de la región deberá existir un sitio destinado a la toma de Papanicolaou. En el centro de lectura regional se deberá evaluar la calidad del frotis y hacer una relación de frotis de mala calidad, mal rotulados o con otras deficiencias. Esta relación deberá contener el origen y el responsable de la toma en cada caso. Esta

información permitirá evaluar la proporción de frotis de mala calidad que se reciben rutinariamente en el centro de lectura e identificar los centros de toma con fallas en la calidad de la toma de Papanicolaou (procedimientos de recolección de información, rotulado, preparación y/o envío de laminillas al centro de lectura). Asimismo, se podrá detectar al personal responsable de estos errores y que, por lo tanto, requiere de actualización en los procedimientos de toma de Papanicolaou. Otro aspecto que es necesario considerar es el de la satisfacción de la usuaria en estos establecimientos; esto deberá ser evaluado periódicamente por medio de encuestas diseñadas especialmente para estos fines y aplicadas a la población objetivo.

#### ORGANIZACIÓN DEL CENTRO REGIONAL DE LECTURA DE CITOLOGÍAS.

Deberá existir en cada región un centro de lectura de Papanicolaou, el cual deberá estar incorporado al servicio de patología del hospital regional. En el centro se deberá concentrar la lectura de todas las laminillas de Papanicolaou derivadas de los centros de toma del espécimen de la región. De acuerdo con criterios estándar de calidad, un centro de lectura debe leer al menos 25,000 muestras anuales, con el fin de garantizar la concentración de un buen número de frotis anormales que permita al equipo de citotecnólogos observar distintos tipos de lesiones y con esto ayudar a mantener sus aptitudes para el diagnóstico. Los citotecnólogos deberán llevar a cabo la tinción del frotis (por medio de procedimientos estándar de tratamiento de frotis) y se encargarán del examen microscópico de los mismos. Al término de este examen, una proporción de los frotis negativos (entre 1 y 5%) y la totalidad de los positivos deberán ser reexaminados por un citopatólogo para confirmación diagnóstica.

El centro deberá contar con personal técnico en computación, el cual estará a cargo del sistema de registro y de la generación de cartas- invitación, así como de la captura de la información contenida en la solicitud del Papanicolaou y de los resultados del mismo. Serán responsables también de la elaboración de las cartas informativas sobre los resultados del Papanicolaou. Se recomienda que la captura sea llevada a cabo directamente en pantallas de captura prediseñadas en una computadora instalada en el mismo centro de lectura; esta información formará parte de la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica.

#### SISTEMA DE REGISTRO, CAPTURA E INFORME DE RESULTADOS DE PAPANICOLAOU.

Al término del examen citológico, se emitirá un diagnóstico final que será registrado en los mismos formularios de solicitud de Papanicolaou de cada frotis, los cuales serán posteriormente conservados en el centro (durante un año) para confirmación o rectificación de resultados en caso necesario. La totalidad de los frotis positivos serán conservados en el centro indefinidamente como material de referencia relacionado con la histopatología y con fines de enseñanza. Al igual que la información general de la solicitud, el diagnóstico citológico y la fecha del mismo serán capturados en la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica.

Al final de la captura de los diagnósticos citológicos emitidos diariamente se generarán, en forma automatizada, los informes de resultados por medio de un programa de cómputo diseñado para este fin. Estos informes consisten en una carta (con el nombre de cada mujer) en la que se le informa a la paciente el resultado de su prueba de Papanicolaou (Cuadro II), así como el significado de este resultado y las recomendaciones necesarias para

su control posterior (en forma paralela se generarán los sobres rotulados con nombre y dirección de cada mujer).

Cuadro II. Comunicación de resultados de la prueba de Papanicolaou.

1. Papanicolaou negativo significa bajo riesgo de sufrir la enfermedad, pero no implica ausencia de riesgo.
2. Papanicolaou con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical I-III y cáncer in situ. Debe hacerse saber que se trata de una lesión que antecede al cáncer cervical invasor y que la enfermedad es 100% tratable y curable.
3. Papanicolaou positivo a cáncer invasor. Debe hacerse saber que si se encuentra en estadios iniciales puede ser curada y tratada.
4. Diagnóstico de cáncer cervical en estadios avanzados. Posiblemente es necesario tratamiento con quimioterapia o radioterapia, o con ambas.

Las recomendaciones de control posterior estarán determinadas por el resultado de la prueba. El sistema de vigilancia epidemiológica deberá contar con un programa de cómputo que permita generar, de acuerdo a un algoritmo predefinido, los distintos formatos de carta de reporte de resultados con las recomendaciones de control posterior necesarias para cada caso. Para estas recomendaciones se seguirán los criterios sugeridos por estándares internacionales de manejo de anormalidades, a saber: 1) en caso de una muestra insuficiente para diagnóstico se solicitará una nueva prueba; 2) en caso de Papanicolaou negativo se indicará únicamente la fecha de la próxima prueba (en tres años); 3) en caso de Papanicolaou negativo con proceso inflamatorio será referida con su médico de primer contacto para tratamiento y nueva prueba en tres años; 4) resultados citológicos de imagen

de infección viral, displasia leve, displasia moderada, displasia severa, cáncer in situ, microinvasor, invasor, adenocarcinoma o maligno no especificado deberán ser referidos al centro de displasias para complementación diagnóstica.

La carta de resultados deberá ser enviada a cada mujer, en forma automatizada por el medio que resulte más eficiente, dentro de las siguientes 48 horas de haberse completado el estudio citológico. Deberá de enviarse una copia de esta carta a su médico de primer contacto para mantenerlo al tanto de las condiciones de su paciente, y para que éste cuente con datos que le permitan ampliar la información brindada en la carta, y con ello estimular la respuesta de la paciente a nuevas pruebas y, en caso necesario, la adherencia al tratamiento.

#### SEGUIMIENTO DE CASOS.

Se recomienda llevar a cabo una revisión bimestral de los casos positivos que fueron enviados al centro de displasias para confirmar si acudieron a su cita. Para las mujeres que no acudieron se sugiere, de acuerdo a diversas estrategias evaluadas regionalmente, hacerles una nueva invitación para insistir en su cita, en la cual se señalará la importancia de acudir y los potenciales riesgos de no hacerlo. En caso de persistir la falta de respuesta, se deberá emplear un sistema similar al utilizado para la no-respuesta a cartas de invitación, es decir, se deberá realizar una visita al domicilio de la paciente para informar a la mujer y a sus familiares sobre la importancia de continuar su manejo.

#### CAPACITACIÓN DE CITOTECNÓLOGOS Y CONTROL DE CALIDAD DE LECTURA DE PAPANICOLAOU.

Se deberá contar con un programa de cursos periódicos para la capacitación y actualización de los citotecnólogos y con un sistema de control de calidad de la lectura de Papanicolaou por medio de la evaluación periódica de la precisión diagnóstica global del centro de lectura con controles de calidad internos y externos.

#### ORGANIZACIÓN DEL CENTRO REGIONAL DE DISPLASIAS.

Para un área de influencia menor de 250,000 mujeres en riesgo, el centro de displasias deberá estar constituido por un grupo de tres a cinco ginecólogos capacitados para el diagnóstico colposcópico y el manejo terapéutico de lesiones precursoras. El centro deberá contar con un colposcopio equipado para el diagnóstico y el tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cervical.

Las mujeres enviadas al centro serán sometidas a una revisión diagnóstica con colposcopio. De acuerdo con el diagnóstico establecido, la paciente será manejada en el centro o referida a otros servicios: ginecología u oncología de tercer nivel. Los criterios de manejo y referencia para casos atendidos en el centro de displasias deberán obedecer a criterios estándar de tratamiento, a saber:

- 1) En caso de un resultado colposcópico de infección por papiloma humano (VPH) en ausencia de neoplasia intraepitelial cervical, así como en los casos de displasia leve, el tratamiento será el monitoreo citológico cada seis meses.
- 2) Los casos de displasia leve con infección de VPH, así como los de displasia moderada o severa, serán tratados por medio de asa diatérmica en el mismo centro o con el tratamiento de uso convencional en el ámbito local.

- 3) Los casos de cáncer in situ, microinvasor, invasor, adenocarcinoma, sarcoma y otros tumores sin metástasis serán referidos a un servicio de ginecología de segundo nivel para tratamiento quirúrgico.
- 4) Los casos con presencia de metástasis serán referidos directamente a centros de atención oncológica especializada.

El informe del diagnóstico colposcópico deberá realizarse en formatos especialmente diseñados para este fin. Estos informes contarán con información sobre el diagnóstico colposcópico, el tipo de tratamiento establecido y la evolución del mismo en caso de haber sido tratado en el centro, de lo contrario, se consignará el servicio al que fue referida la paciente. Al término del diagnóstico y/o tratamiento en el centro de displasias, se entregará una copia del informe a la paciente; se enviará otra a su médico de primer contacto y una tercera se enviará al centro de lectura para su captura. De haberse derivado el caso al servicio de ginecología del hospital regional o al servicio de oncología de un tercer nivel de atención, el responsable del centro de displasias se encargará de continuar el seguimiento para consignar la evolución; esta información deberá ser consignada en un formato independiente y será enviado al centro de lectura para su captura al fin del seguimiento. La información derivada de estos formatos será capturada y pasará a formar parte de la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica.

Se deberá establecer un sistema de monitoreo de la calidad de la atención en el centro de displasias que permita evaluar el servicio permanentemente, por medio de evaluaciones pareadas del diagnóstico colposcópico, evaluaciones de manejo de casos por un grupo de expertos y con indicadores de control de calidad.

## ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DEL PROGRAMA.

Con el fin de crear un sistema de monitoreo continuo del Programa de DOC a nivel regional, es necesario contar con información computada de los indicadores de productividad e impacto del programa, mediante indicadores de funcionamiento del programa; La que se debe generar a partir de la información contenida en el sistema de vigilancia epidemiológica para evaluar las actividades de promoción, reclutamiento y capacitación (Cuadro III); indicadores que evalúen la efectividad del Programa de DOC a corto y largo plazo 1 (Cuadro IV). Sería muy conveniente contar con un programa de cómputo que permitiera generar en forma automatizada la salida de cuadros con la información necesaria para el monitoreo del programa. Se deberá contar con informes de las acciones desarrolladas y el impacto de éstas en cada uno de los principales componentes del programa que permita a un comité de evaluación regional determinar en forma periódica el desempeño del programa.

Cuadro III. Indicadores de difusión, reclutamiento y capacitación.

1. Evaluación del impacto de difusión y promoción del programa.

I. Indicadores de impacto de las actividades de promoción (por zona y grupos de edad).

a) Grado de conocimiento y uso del programa.

b) Porcentaje de mujeres que desconocen el programa del Instituto de Seguridad Social.

c) Porcentaje de mujeres que no saben qué es el Papanicolaou.

II. Indicadores de impacto de campañas de reclutamiento.

a) Nivel de cobertura delegacional y adherencia al programa (por zona y grupos de edad).

b) Número de citologías / mujeres entre 18 y 65 años.

- c) Tasa de cobertura en la vida y cobertura a tres años.
- d) Tasa de cobertura efectiva a tres años (saben su resultado).
- e) Número de invitaciones de primera vez.
- f) Tasa de respuesta a cartas de invitación de primera vez.
- g) Tasa de respuesta a cartas de invitación a pruebas subsecuentes.
- h) Tasa de casos positivos no tratados.
- i) Tasa de abandono de tratamiento.

## 2. Evaluación del impacto de los mecanismos de capacitación y control de calidad.

### I. Indicadores de impacto de capacitación para toma de Papanicolaou.

Productividad y calidad de la atención en los centros de toma de Papanicolaou.

- a) Laminillas por mes.
- b) Laminillas de mala calidad por mes.
- c) Grado de satisfacción de usuarias.

### II. Indicadores de impacto de la creación del centro de lectura y capacitación de citotecnólogos.

Productividad y precisión diagnóstica en el centro de lectura.

- a) Laminillas procesadas por mes.
- b) Laminillas requeridas para establecer diagnóstico.
- c) Grado de precisión diagnóstica.
- d) Grado de rezago de resultados.

III. Indicadores de impacto de la creación del centro de displasias y capacitación de colposcopistas.

Productividad y calidad de la atención en el centro de displasias.

- a) Colposcopias por mes.
- b) Tratamiento de lesiones precursoras.
- c) Tratamientos para NIC (asa diatérmica, conización o histerectomía).
- d) Calidad de los procedimientos de diagnóstico.
- e) Calidad de los procedimientos terapéuticos.

Cuadro IV. Evaluación del comportamiento epidemiológico del cáncer cervical.

Morbi-mortalidad.

I. Morbilidad trimestral.

- a) Incidencia de inflamatorio.
- b) Incidencia de lesiones precursoras.
- c) Incidencia de cáncer in situ.
- d) Incidencia de cáncer invasor.

II. Mortalidad trimestral por cáncer cervical.

- a) Muertes por cáncer cervical por grupos de edad.

III. Utilización de servicios de salud (trimestral).

- a) Citologías.
- b) Colposcopias.
- c) Tratamientos para NIC (asa diatérmica, conización).
- d) Envíos a servicios de ginecología (histerectomía).

e) Envíos a oncología (tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia).

f) Días cama por cáncer cervical (segundo y tercer nivel).

Evaluación posintervención en forma trianual.

I. Morbilidad.

a) Tasas de incidencia de lesiones precursoras.

b) Tasas de incidencia de Cáncer in situ y lesiones invasoras.

II. Tasas de mortalidad por cáncer cervical.

III. Utilización de servicios de salud (trimestral).

a) Citologías.

b) Colposcopias.

c) Tratamientos para NIC (asa diatérmica, conización).

d) Envíos a servicios de cirugía (tratamientos con histerectomía).

e) Envíos a oncología (tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia).

f) Días cama (segundo y tercer nivel).

Evaluación de costo-efectividad de las estrategias.

I. Campañas de promoción y difusión.

II. Campañas de reclutamiento.

III. Adecuación de centros de toma y capacitación de personal.

IV. Creación del centro de lectura y capacitación de personal.

V. Creación de centro de displasias y capacitación de personal.

- a) Costo semestral de cada intervención.
- b) Evaluación de impacto de cada intervención.
- c) Comparación de costo efectividad y costo-beneficio de las intervenciones.
- d) Estimación global del costo-efectividad de la intervención en su conjunto.
- e) Costo-efectividad de las intervenciones propuestas.

#### ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

El sistema regional de vigilancia epidemiológica de cáncer cervical en instituciones de seguridad social deberá consistir en una base de datos con registros individualizados de todas la mujeres en riesgo de la región, el cual deberá contener la información capturada de los elementos descritos en los cuadros referidos, incluyendo las distintas fases que conforman el Programa de DOC. El sistema se encontrará ubicado en el centro de lectura y su manejo estará a cargo del personal de cómputo encargado de la captura de la información en el mismo centro.

La base de datos deberá contar con la información derivada de los distintos formatos de captura de información que fueron levantados a lo largo de las distintas etapas del programa que incluyen: a) Datos generales de la mujer, entre los que se encuentran el número de afiliación, adscripción, nombre, fecha de nacimiento, estado civil, dirección particular, dirección de sitio de trabajo, teléfono, inicio de vida sexual, paridad, embarazo actual, menopausia y fechas de toma del primer Papanicolaou y subsecuentes, resultados del diagnóstico citológico de Papanicolaou, fecha de envío del reporte diagnóstico y tipo de recomendación terapéutica propuesta; Información derivada de los formatos de solicitud de

Papanicolaou. b) La historial de respuesta a reclutamiento con fechas de incorporación, rechazo, control fuera de la institución, entre otras. c) El historial de los resultados del diagnóstico colposcópico, fecha de envío del informe de resultados y tipo de recomendaciones terapéuticas (tratamiento establecido, fecha de nueva cita o servicio de referida) y e) el registro de defunciones por cáncer cervical.

La información contenida en esta base deberá posibilitar la generación de reportes de gran utilidad para el monitoreo continuo del programa y, simultáneamente, el análisis del comportamiento epidemiológico del cáncer cervical a nivel regional. A partir de esta información, por medio de programas de cómputo especiales se podrán generar cuadros con información que permita evaluar la eficiencia y efectividad del programa a corto y largo plazo.

De acuerdo a las entidades federativas, el estado de Nuevo León ocupa el segundo lugar en la frecuencia de mortalidad por CaCu ( 1994), por lo que se dio a la tarea de investigar acerca de la calidad del programa de DOCACU en dicho estado, basándose en la NOM para la prevención, Tratamiento y control de CaCu y mamario en la atención primaria.

Los resultados que obtuvieron son que la calidad del programa fue moderadamente satisfactoria en el ámbito estatal.

Cave mencionar que la investigación sólo fue en el estado de Nuevo León en el cual resultado moderadamente satisfactorio, pero ¿ En el resto del país? La cantidad de mujeres que residen aquí son demasiadas y los servicios de salud son muy pocos, por lo que la calidad del programa no lo es todo, también es importante la ética de cada uno de los

profesionales de salud; desde el personal que promueve, el que toma la muestra, y los especialistas que procesan, leen e interpretan los resultados para que la calidad del programa en el país sea de verdadera calidad.

---

<sup>54</sup>SALINAS M .A. M ( Mes de Mayo 2005) [www.insp.mx/salud/39/393-3.html](http://www.insp.mx/salud/39/393-3.html)