



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

---

ESCUELA DE ENFERMERIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

“FACTORES BIOSICOSOCIALES Y  
CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA  
PARTICIPACION DE LAS MUJERES EN LA  
DETECCION OPORTUNA DE CANCER  
CÉRVICOUTERINO POR CITOLOGIA  
EXFOLIATIVA DEL AGEB 002-7 LOC. 209”

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GONZALEZ ANZURES WENDY NAYHELLI

ASESORA:

L. E. O. URSINA HERNANDEZ FLORES



INVIERNO 2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# **AGRADECIMIENTOS**

*En este momento en que he logrado llegar a la meta trazada, no puedo decir que el triunfo es solo mío, ya que me es muy importante compartirlo con todas aquellas personas que colaboraron incansablemente para poder lograrlo: a mi asesora Ursina Hernández Flores y a la profesora Rocío Bernal, por lo que tienen mi respeto, admiración y humilde gratitud.*

*A las enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud quienes dieron significado para la realización de esta investigación. Así como a las mujeres que colaboraron para despertar en mí la duda de cuales son los factores que impiden su participación en la detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino*

*A mi familia, madre y padre, por enseñarme que todo se consigue con esfuerzo y dedicación, a pesar de que se tenga que luchar contra la corriente.*

*Por último y no menos importante a Dios por darme la oportunidad de convivir y conocerlos, ya que ustedes han dado alegría a mi vida y a mi alma.*

# INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	4
2. RESUMEN	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	8
4.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO	8
4.2 NORMA OFICIAL MEXICANA DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO	9
4.3 PROGRAMA DE ACCIÓN: CÁNCER CÉRVICOUTERINO	10
4.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO	11
<b>5. CANCER CÉRVICO UTERINO</b>	13
5.1 CONCEPTO	13
5.2 ETIOLOGÍA	13
5.3 EPIDEMIOLOGÍA	13
5.4 DIAGNÓSTICO OPORTUNO	14
5.5 TRATAMIENTO	14
5.6 PRONÓSTICO	15
5.7 MEDIDAS PREVENTIVAS	15
<b>6. PREVENCIÓN MEDIANTE EL PAPANICOLAU</b>	16
6.1 DEFINICIÓN	16
6.2 PROCEDIMIENTO	16
6.3 CITOLOGÍA	17
6.4 FIJACIÓN	17
6.5 LECTURA DE LAMINILLAS	17
6.6 INFORMES POSITIVO Y NEGATIVOS Y CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	18
<b>7. BENEFICIOS DE LA PREVENCIÓN</b>	20
<b>8. LA CULTURA Y LA SOCIEDAD EN LA SALUD</b>	21
8.1 CULTURA	21
8.2 ESCUELA	25
8.3 RELIGIÓN	25
8.4 FAMILIA	26
8.5 MEDICINA TRADICIONAL	27
<b>9. ASPECTOS PSICOLÓGICOS</b>	28
9.1 MIEDO, VERGÜENZA , AUTOESTIMA Y DOLOR MORAL	28
<b>10. ASPECTOS BIOLÓGICOS</b>	29
10.1 DOLOR FISIOLÓGICO	29
10.2 TEORÍAS DEL DOLOR	30
<b>11. ESTADO DEL ARTE (OTRAS INVESTIGACIONES)</b>	32
<b>12. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN</b>	33
<b>13. METODOLOGÍA</b>	35
<b>14. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	36
<b>15. CONCLUSIONES</b>	40
<b>16. RECOMENDACIONES</b>	41
<b>17. ANEXOS</b>	42
<b>18. BIBLIOGRAFÍA</b>	82

# 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que constituye un importante problema de salud. En particular, el cáncer cérvico uterino ocupa a nivel mundial el segundo lugar como neoplasia maligna y en México el primer lugar de mortalidad con una tasa de 52 muertes por cada 100,000 habitantes. Es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana y su prevención y atención médica integral es una prioridad institucional.<sup>1</sup>

El agente etiológico aún se desconoce, pero existen varios factores que se consideran predisponentes como: la edad, aparece más frecuentemente en mujeres mayores de 25 años; inicio temprano de la actividad sexual (antes de los 18 años); promiscuidad y multiparidad dado que es infrecuente en mujeres seniles o nulípara; embarazo temprano; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; tabaquismo; infecciones por el virus del papiloma humano. Las deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E también se consideran factores que aumentan la probabilidad de un cáncer de cuello de útero.<sup>2</sup>

En el cáncer Cérvico uterino la paciente no es agredida, no hay agente invasor externo, puede haber factores desencadenantes, como los ya mencionados que afectan a las células aumentando su proliferación y perdiendo su autocontrol; el proceso al principio es lento y las células anormales se mantienen latentes como tumor preinvasor; esta situación puede persistir durante 8 a 10 años. En esta etapa el tumor es pequeño y no solo eso sino que, le falta cierta cualidad a las células que les permitan penetrar en los tejidos subyacentes y dar metástasis, si no es así, el tumor se vuelve invasor y comienza a crecer mas rápidamente causando la muerte en 2 a 5 años.<sup>3</sup>

Cuando ya existe invasión franca o diseminación son evidentes, hay flujo hemático, hemorragia vaginal y dolor a la exploración física, la presencia de tumoración que deforma el cuello uterino.<sup>4</sup>

El diagnóstico se basa en los datos de infección microscópica del cuello uterino, además de la citología cervical, complementado con la colposcopia y la biopsia dirigida. La excepcional accesibilidad del útero a los estudios citológicos e histológicos y al examen físico directo ha permitido la investigación del cáncer y aunque este conocimiento sea incompleto, se sabe que estos tumores tienen un comienzo gradual antes que explosivo, puede ser reversible cuando es in-situ (localizado) y aunque en esta fase es asintomático se dispone de métodos que pueden detectarlo.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, Detección y Control de cáncer cérvico uterino y mamario en la atención primaria (Nom -014-SSA2-1994) Tiene como objetivo, uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección y tratamiento de estos, es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud tanto del sector público como social y privado que realicen acciones de prevención, detección y tratamiento. Sus disposiciones son: la atención preventiva de detección citológica debe ser gratuita y tratamiento oportuno y adecuado, estas actividades preventivas serán evaluadas por un

---

<sup>1</sup> NORMA OFICIALMEXICANA Nom-014 SSA 2-1994 Para la prevención y control de cáncer cervicouterino.

<sup>2</sup> TRULLO-GUTIERREZ J.J El cáncer cervicouterino revista salud Mayo- Agosto 2000.

<sup>3</sup> JULIO ALONSO /LASCANO/ Cáncer cervicouterino diagnostico prevención y control edición 2000.

<sup>4</sup> SSA. Manual de normas y procedimientos para la prevención de cáncer cervicouterino y mamario 1997.

comité interinstitucional y los mecanismos de verificación de aplicación son a través de sistemas de información, supervisión y evaluación de cada institución a nivel nacional. La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento e incluye dos importantes procesos: la toma y la interpretación de la muestra. Se dirige a toda mujer sin enfermedad cérvico vaginal actual, de más de 25 años de edad o menos, con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido vida sexual; la citología cervical debe realizarse cada tres años en mujeres con citologías previas anuales consecutivas, con resultados negativos a infecciones 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 sea dada de alta, reiniciará la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a proceso inflamatorio inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos.

En las instituciones del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o edad, pudiéndose brindar el servicio que lo solicite con mayor periodicidad; para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesario, solicitar consentimiento informado de la mujer, tomar una muestra correctamente, registrarla y mandarla a laboratorio para su interpretación de acuerdo al diagnóstico.<sup>5</sup>

En este contexto la educación para la salud tiene como propósito lograr la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo dirigido a mujeres, familias y población general, para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado. Estas actividades educativas las realiza el personal de salud con objeto de incrementar la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino en los grupos de mayor riesgo con relación a estilos de vida que contribuyen a la enfermedad y, sobre el conocimiento de técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna con acciones concretas de educación y promoción mediante la participación activa de la población.<sup>6</sup>

Sin embargo en Lomas de Cuauhtepac AGEB 002-7 Loc.209 se ha observado que el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino no ha tenido el impacto esperado para la unidad de salud encargado de esta área, lo que hace suponer que existen múltiples factores que sin duda alguna están participando en este problema que va, desde el desconocimiento de la existencia de este programa y del problema mismo en el que se plantea que el Papanicolaou es y seguirá siendo la intervención más confiable para tamizar a la población y dar la prevención del cáncer cérvico uterino. En tales circunstancias, es importante identificar los factores personales y psicosociales que están presentes en las mujeres que no acuden a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

---

<sup>5</sup> SSA Programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino 2001-2006.

<sup>6</sup> Programa nacional de cáncer cervicouterino.

## 2. RESUMEN

A nivel mundial el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar como neoplasia maligna. En México ocupa el primer lugar entre las 10 causas de muerte, como tal esta enfermedad crónica degenerativa es un importante problema de salud.

**OBJETIVO:** Determinar los factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales que intervienen en la decisión de las mujeres con vida sexual activa en edad fértil que viven en Lomas de Cuauhtepac AGEB 002-7 Loc. 209 a participar en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una investigación de tipo transversal descriptiva en la que se encuestaron a 116 mujeres con vida sexual activa, en edad fértil que vive en Lomas de Cuauhtepac AGEB 002-7 Loc.209. Se aplicó una encuesta de 50 ítems previamente validada, los datos se analizaron con estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** 85% de las mujeres encuestadas tiene de 20 a 49 años de edad de las cuales solo el 14 % se ha realizado el papanicolaou 1 año, no se lo realizan porque presentan alguna sensación de dolor a la toma. Entre los factores sociales se encontró que 34% tiene estudios hasta primaria siendo esto un factor importante para el conocimiento de este problema en un 88%, también mencionan que la actitud del personal es importante de 100%. Para la realización de este, dentro de los psicológicos se encontró que el 97 % no acude a la toma por causa de quehaceres en el hogar; 97% por vergüenza exponer sus genitales a otra persona que no sea su esposo; 94% miedo a lo que le suceda en la toma y por ultimo a lo cultural 19% acude a la medicina tradicional para resolver problema de tipo vaginal y 92 % considera que debe de estar acompañada por su esposo en el momento de la toma.

**CONCLUSIÓN:** El no tener estudios es un factor importante para no acudir a toma de papanicolaou como habría de esperarse, así como de mujeres menores de 34 años que no acuden a realizarse su papanicolaou, el aspecto social es un aspecto importante ya que sin la comunicación de esta enfermedad no se puede prevenir, los aspectos biológicos y cognoscitivos que son las principales barreras presentes en mujeres que no acuden a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer cérvico uterino hoy en día constituye para México uno de los problemas más graves de salud pública dado que sus costos materiales y emocionales son muy fuertes tanto para la sociedad como para las familias, dado que modifica la dinámica familiar y personal de quien tiene el problema, sin embargo en el sector salud se cuenta con un programa cuya misión es hacer la detección oportuna de este proceso degenerativo y a un gran número de mujeres a bajo costo y con las mínimas molestias para las usuarias con beneficios inimaginables, cuyo propósito es que todas las mujeres que cubran los criterios que incluye el programa se vean beneficiadas con la bondades de este examen. Sin embargo el examen mismo expone a la mujer a experiencias difíciles que tienen que ver con una serie de factores biopsicosociales que en un momento dado pueden ser facilitadores o limitadores para el éxito de la participación en él, en cuyo caso el personal de enfermería es la figura eje que sensibilizará a las mujeres para motivar a la participación.

Por esta razón se quiere saber ¿cuáles son los factores sociales, culturales, biológicos o psicológicos que influyen en la participación de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa de Lomas de Cuautepec, en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino? Sabiendo que es causa de un problema de salud pública.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

En la actualidad el cáncer se define médicamente como el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función de la localización y de la célula de origen. Existen numerosos tipos de cánceres, entre los que destacan 3 subtipos principales. En primer lugar hay que mencionar los sarcomas, que proceden del tejido conjuntivo presente en los huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. El segundo tipo lo constituyen los carcinomas que surgen en los tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales como el sistema respiratorio o digestivo; o en los tejidos glandulares de la mama y la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes como el cáncer de pulmón, el de colon o el de mama. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres que se originan en los tejidos formadores de las células sanguíneas. Pueden producir una inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), aumento de tamaño del bazo (esplenomegalia) o invasión y destrucción de la médula ósea, así como una producción excesiva de leucocitos o linfocitos inmaduros. Estos factores ayudan a su clasificación.<sup>7</sup>

### INCIDENCIA

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la enfermedad. El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental (después de las enfermedades cardiovasculares) y es la principal causa de muerte por enfermedad (por detrás de los accidentes de cualquier tipo) en niños de 1 a 14 años.

Existe una gran variabilidad en la incidencia de los distintos tipos de cáncer según el área geográfica. Estudios sobre poblaciones que han emigrado de un área geográfica a otra diferente sugieren que tales variaciones se deben más a diferencias en el estilo de vida que al origen étnico. Esto es comprensible, si se considera que la mayor parte de los cánceres se relacionan con factores ambientales más que con la herencia, pese a que ambos influyen.

Los cánceres que producen mayor mortalidad en Estados Unidos y en Europa son el cáncer de pulmón (primero en los dos sexos), el cáncer colorrectal (segundo si se suman ambos sexos), el cáncer de mama y de útero en las mujeres, el cáncer de próstata en los varones y el de estómago. Los mencionados son responsables de más del 55% de todas las muertes por cáncer. Cada año se producen entre 2 y 3 millones de casos de cáncer

---

<sup>7</sup> Ruy Pérez Tamayo, El cáncer en México, Colegio Nacional de México 2003.

cutáneo, de los cuales unos 130.000 se agravan en forma de melanoma maligno. Globalmente, en España, los cánceres más frecuentes son los del sistema respiratorio (pulmón) seguidos por los del estómago, próstata, colon y mama. En las mujeres el cáncer de mama es el más frecuente aunque está aumentando de forma notable la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón.

El cérvico uterino, es considerado la segunda causa de muerte en las mujeres mexicanas. Se manifiesta generalmente en la tercera o en la cuarta década de la vida produciendo un grave impacto social ya que es cuando la mujer, desde el punto de vista familiar, reproductivo y laboral, está desarrollando el máximo de su potencialidad.

Se identifican varios factores de riesgo divididos en factores externos, como son el medio ambiente, rayos x; agentes químicos, como son los hidrocarburos; agentes biológicos, en los que se encuentra al virus del papiloma humano, causas genéticas, hormonas especialmente los estrógenos (anticonceptivos), relaciones a edad temprana, fumar.

En México en el año 2000, el riesgo de morir por cáncer cérvico uterino fue 9.43 veces mayor en áreas rurales, en el estado de Oaxaca sin escolaridad tuvieron una porción muy elevada de mujeres por cáncer cérvico uterino (58.3%). En este estado las mujeres fallecidas por esta neoplasia tuvieron el mas alto porcentaje las amas de casa (91%) y sin seguridad social (65.7%).<sup>8</sup>

Es importante mencionar que el estado ha participado con la realización de programas basados principalmente en la prevención, control y tratamiento de esta enfermedad como son la Norma Oficial NOM-017-SSA2-1994, el programa Nacional de Salud 2001-2006 del gobierno del Distrito Federal y el Plan estratégico de salud reproductiva 2001-2006 entre los más importantes.

En la actualidad se ha demostrado que el cáncer cérvico uterino es curable si se detecta a tiempo con la prueba de Papanicolaou, sin embargo existen varios factores como son los biológicos, sociales, culturales y psicológicos que intervienen en la decisión de las mujeres mexicanas en realizarse esta prueba.

## **4.2 NORMA OFICIAL MEXICANA Nom-014 SSA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales.

---

<sup>8</sup> INEGI

### **4.3 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2000 – 2006**

El programa nacional de salud (PNS) 2001-2006 integra los programas de acción en materia de salud reproductiva desde una perspectiva sectorial y de cobertura nacional, que permita afrontar los problemas derivados de los rezagos en la salud y de aquellos de carácter emergente que requiere la aplicación de programas de largo plazo.

Así, el cáncer Cérvico uterino, por sus elevadas tasas de mortalidad y morbilidad, representa uno de los principales problemas de salud pública en el país que demanda una intervención prioritaria.

De acuerdo con el PNS, el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, forma parte de la estrategia “Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres” y se concreta en la línea de acción 2.5 “Disminuir los casos de Cáncer Cérvico Uterino”.

Este programa de acción tiene como propósito fundamental brindar información y servicios de calidad técnica e interpersonal que contribuyan en prolongar la vida saludable de las mujeres mexicanas.

El objetivo central del programa se orienta a disminuir la mortalidad por cáncer Cérvico uterino a través de acciones coordinadas de las instituciones del sector salud en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura. Estas acciones son perneadas además por diversas estrategias globales inherentes al desarrollo humano, vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y el desarrollo gerencial.

Las estrategias, metas y acciones del programa se plantean dentro de un marco de actuación que garantice aumentar la cobertura en la prevención y control y mejorar los procesos de oportunidad, calidad y eficiencia de acuerdo a la complejidad técnica en los diversos niveles de atención del sistema nacional de salud.

#### **COMITÉ DE CÁNCER EN LA MUJER**

El 6 de octubre de 1997 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, con el objeto de contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad por dichas neoplasias, mediante la intensificación de acciones preventivas y de control de factores de riesgo, así como el desarrollo de estrategias para su detección oportuna. Lo anterior limitaba la participación de representantes de instituciones y organizaciones de los sectores público, privado y social que llevan a cabo acciones en la materia. Se ha considerado conveniente dar un enfoque de género al Comité Nacional, así como una mayor participación a las autoridades sanitarias estatales y a los sectores social y privado, mediante la presencia permanente de secretarios de salud de las entidades federativas y de representantes de instituciones y organizaciones nacionales y extranjeras.

Una reestructura del Comité Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, creado mediante Acuerdo publicado el 6 de octubre de 1997 en el

Diario Oficial de la Federación, para quedar como Comité Nacional de Cáncer en la Mujer.

El presente Acuerdo entró en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. El Comité Nacional de Cáncer en la Mujer deberá sesionar con la nueva integración establecida en el presente Acuerdo, dentro de los noventa días siguientes a la fecha de entrada en vigor de este instrumento. El Comité expedirá su Reglamento Interno en un término no mayor a sesenta días, contados a partir de la fecha en que se celebre la sesión de instalación a que se refiere el artículo anterior. Salvo las modificaciones previstas en el presente Acuerdo, cuando en el diverso publicado el 6 de octubre de 1997 se haga referencia al Comité Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario o al Comité, ésta se deberá entender hecha al Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintitrés días del mes de marzo de dos mil cuatro.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica

#### **4.4 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO**

La población femenina de 25 años y más en México se encuentra en expansión demográfica. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000 el volumen de este grupo de población ascendió a cerca de 23.9 millones y alcanzará los 38.8 millones para el año 2020, lo que representará casi un tercio de la población total en ese año. Tan solo durante el periodo 2000-2006 este grupo crecerá en 4.48 millones de mujeres. El programa de acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino enfoca sus acciones de detección oportuna, particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad que representan casi el 90% del total de mujeres de 25 años o más.<sup>9</sup>

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, muestra una tendencia de 25.0 por 100 000 mujeres de 25 años y más en 1990, a 19.3 en el año 2000; sin embargo, el número de defunción por esta causa muestra una ligera tendencia a la alza; en el año 2000 hubo 4 601 defunciones, lo que representa 8.7% más que en 1990.<sup>10</sup>

Durante el año 2000, el 61 % de las defunciones por cáncer cérvico uterino ocurren en 10 entidades federativas del país; estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato. Sin embargo, los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 000 mujeres de 25 años y más fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más.<sup>11</sup>

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas. Según datos derivados del análisis de los certificados de defunción del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI), 30.6% cursaron menos de tres años de primaria y 13.8%, únicamente de tres a cinco años de primaria,

---

<sup>9</sup> ESTIMACIONES DE CONAPO

<sup>10</sup> INEGI CONAPO

<sup>11</sup> INEGI, SSA/DGEI

lo que indica que 66.3% del total de defunciones por esta causa fueron de mujeres analfabetas o con primera incompleta.

La muerte de una mujer puede provocar graves desajustes en la integración y dinámica familiar, ya de por sí deteriorada, a causa de sus condiciones materiales de vida. En términos sociales, el impacto representa una gran pérdida de años de vida productiva que contribuye al deterioro económico del país y a la ruptura de su tejido social. Es frecuente además que ciertos sectores de la sociedad y de los propios prestadores de servicios de salud, suman la actitud de culpar a las mujeres, quienes además de ser víctimas de la marginación y desigualdad, deben cargar sobre sus hombros con la estigmatización social e institucional.

El costo institucional que representa la atención de este problema está determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cual se reduce significativamente cuando más temprana es la intervención. Del total de muertes por cáncer cérvico uterino registradas en el año 2000, 40.91% correspondieron a mujeres sin seguridad social, 42.62% eran derechohabientes del IMSS y 6.95% eran derechohabientes del ISSSTE.

## 5. CÁNCER CÉRVICO UTERINO

### 5.1 CONCEPTO

Tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte.

### 5.2 ETIOLOGÍA

Factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino

- Virus del Papiloma Humano.
- Grupo de edad 25 a 64 años.
- Inicio temprano de la actividad sexual.
- Múltiples parejas sexuales.
- Infecciones recurrentes de transmisión sexual.
- Embarazo en la adolescencia.
- Tabaquismo.
- Ningún antecedente de estudio citológico.
- Deficiencia de folatos.
- Deficiencia de vitaminas A, C, y E.
- Uso de hormonales.

### 5.3 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.

En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

Un fenómeno observado es que el Cáncer Cérvico Uterino se presenta más en países en desarrollo que en los industrializados, probablemente por las limitaciones en el ámbito de la atención a la salud y el bajo nivel sociocultural en estos países. En nuestro país y aunado a lo anterior, la mayoría de los casos son detectados en estadios avanzados, con una edad media de diagnóstico de 52.2 años y con un periodo de inicio de las lesiones de 10 a 20 años antes del diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte es una más de las patologías que se ven modificadas por la transición epidemiológica y demográfica<sup>12</sup> siendo el grupo de edad mas afectado, el de las mayores de 65 años.

---

<sup>12</sup> Dr. IVOR E. TOLEDOBENITEZ, Revista Servidor México

## 5.4 DIAGNÓSTICO OPORTUNO

El cáncer cérvico uterino puede detectarse preclínicamente por examen citológico de los frotis cervicales obtenidos durante los exámenes pélvicos anuales rutinarios. La prueba del Papanicolaou puede descubrir el 95% de las neoplasias cervicales precoces, y su uso ha reducido las muertes por cáncer cervical en menos del 50% por el reconocimiento y el tratamiento de la neoplasia preinvasora. Si todas las mujeres se hicieran una prueba del Papanicolaou anual, el cáncer cervical podría eliminarse como causa de muerte, menos del 40% de las mujeres se hacen una prueba del Papanicolaou.

Los informes del frotis de Papanicolaou se agrupan en 4 categorías:

Clase 1. No hay células anormales;

Clase 2. Se ven células atípicas, generalmente causadas por inflamación;

Clase 3. Células sospechosas de carcinomas;

Clase 4 y 5. Hay células de carcinoma.

## 5.5 TRATAMIENTO

Varía según el grado y extensión de la neoplasia intraepitelial cervical. El tratamiento siempre debe de ir precedido de biopsia:

A. Cauterización o criocirugía: la cauterización o la congelación (criocirugía) son eficaces para pequeñas lesiones visibles no invasoras sin extensión endocervical.

B. Láser con CO<sub>2</sub>: este método bien controlado reduce al mínimo la destrucción del tejido. Se dirige mediante Colposcopia y requiere entrenamiento especial. Puede utilizarse en grandes lesiones visibles.

C. Conización de cuello: permite una valoración histopatológica completa y por lo general extirpa la lesión. Se reserva para displasia grave o cáncer in situ (NIC III), en particular en quien hay extensión endocervical.

D. Vigilancia: por la posibilidad de recurrencias en especial en los dos primeros años después del tratamiento, es esencial la vigilancia estrecha. El examen citológico vaginal se repite a intervalos de seis meses. Después de dos años, basta con exámenes anuales.

Carcinoma no invasor (ETAPA 0): En mayores de 40 años con carcinoma in situ de cuello, el tratamiento de elección es una histerectomía total; rara vez, puede utilizarse radiación en forma alternativa en mujeres con mal riesgo quirúrgico. En una persona más joven que desea conservar su útero, puede ser aceptable la conización de cuello. Es un riesgo calculado e implica la absoluta necesidad de exámenes citológicos cada seis meses por tiempo indefinido.

Carcinoma invasor: el mejor tratamiento para el carcinoma invasor de células escamosas o el adenocarcinoma de cuello suele ser la radiación. Sus objetivos son: 1, destruir los carcinomas primarios y secundarios dentro de la pelvis y 2, conservar tejidos no invadidos. Se utilizan emisiones gamma derivadas de rayos X, CO<sub>2</sub>, radio, ciclotrón, acelerador lineal y fuentes comparables. Todas las etapas del cáncer pueden tratarse con este método y hay menos contraindicaciones médicas para la radiación que

la cirugía radical. Los casos seleccionados en etapa I se tratan en forma satisfactoria con cirugía radical por cirujanos con experiencia en cirugías pélvicas.<sup>13</sup>

## 5.6 PRONÓSTICO

El índice total de detección a cinco años del carcinoma de células escamosas o del adenocarcinoma de cuello es de 45% en las principales clínicas, e inversamente proporcional a la etapa: 0, 99%, I, 77%, II, 65%, III, 25%; y IV 5%.

## 5.7 MEDIDAS PREVENTIVAS

Educación para la salud:

- Difundir la importancia de la enfermedad.
- La difusión de los factores de riesgo.
- Informar sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Alentar la demanda de atención médica con calidad con fines de detección y tratamiento, la información a la usuaria y la obtención del consentimiento informado.
- Orientar a las mujeres sobre el auto cuidado de su salud.
- Orientar a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

Participación social

- Las mujeres con actividad sexual deben someterse a selección citológica regular para descubrir anormalidades.
- Es necesario que limiten el número de compañeros sexuales.
- El uso del diafragma para anticoncepción de la mujer o de condón por el varón protegerá el cuello.
- Las mujeres deben dejar de fumar.
- Si se encuentra una anormalidad citológica, se suprime el uso de anticonceptivos orales u otro método de control de natalidad que deje expuesto el cuello y se utiliza un diafragma o se pide al compañero el uso del condón.
- Se aconseja el tratamiento rápido de verrugas genitales en varones o mujeres.

---

<sup>13</sup> DENNIS A CASIATO- BERRI B. Oncología Clínica Ed. Marban 2001

## 6. PREVENCIÓN MEDIANTE EL PAPANICOLAOU

### 6.1 DEFINICIÓN

Es una prueba que consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cérvix uterino, y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia y extensión de células anormales.

El procedimiento también se llama citología exfoliativa, o prueba de células para el cáncer. Aunque esta prueba se conoce sobre todo como una herramienta en el diagnóstico de cáncer cervical y condiciones precancerosas del cérvix y el útero, también se puede usar para identificar infecciones debidas al herpes y clamidia, y para evaluar el desequilibrio entre estrógenos y progesterona.

### REQUISITOS

Para prueba vaginal:

- No tome baños de tina dos días antes.
- No use desodorante vaginal al menos 48 horas antes.
- No se haga lavados vaginales dos días antes.
- Evite el contacto sexual al menos 24 horas antes de la prueba.
- Normalmente, no debería realizarse esta prueba si está menstruando, a menos que el propósito sea evaluar una pérdida anormal de sangre. Si tales hemorragias ocurren con regularidad no demore en hacerse esta prueba: puede ser un signo de cáncer.
- Una prueba de Papanicolaou es siempre aconsejable antes de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).

### 6.2 PROCEDIMIENTO

- La mujer debe quitarse la ropa de la cintura para abajo.
- Luego reclinarsse en la camilla con sus piernas levantadas y separadas.
- El médico o enfermera la cubren con un lienzo.
- El médico inserta un espejo vaginal dentro de la vagina y la abre para facilitar el acceso hacia el cérvix.
- Con una espátula de madera se obtiene material del cuello uterino. (anexo 4).
- El material así obtenido se extiende sobre una lámina de vidrio, o portaobjeto.
- Se coloca una solución fijadora (que permite la preservación de las células), solución alcohólica, líquida o en spray
- Se colorea con distintas soluciones, lo que permite la diferenciación de las características celulares.
- En el laboratorio será examinado al microscopio, donde los resultados son clasificados.

### 6.3 CITOLOGÍA

Las jurisdicciones sanitarias deben de enviar las laminillas y formatos un solo día de la semana, ese mismo día deben de recoger los formatos de la semana anterior debidamente llenos. Por lo tanto los resultados se entregan al mismo tiempo no mayor de una semana después de recibir las laminillas. Si el laboratorio está bien organizado, no tiene dificultad de entregar los informes.

Al recibir las muestras enviadas por las diferentes unidades aplicativas se registra la entrada de cada estudio dándole un número progresivo anual en el listado nominal enviado por la unidad aplicativa.

La laminilla debe de estar marcada con las iniciales del nombre de la mujer y fecha de la toma. Después de haber sido revisados por el citotecnólogo y sometida a control de calidad interno se coloca un expediente citológico, dicha carterita se archiva por apellidos y nombre y debe contener únicamente dos laminillas negativas, o las laminillas positivas que se le hayan tomado a la mujer.

Los laboratorios de citología deben de entregar resultados 8 días después de haber recibido la muestra, el tiempo no debe de ser más de 3 semanas entre la toma de la citología y la entrega del informe a la paciente. Después el estudio será inútil.

### 6.4 FIJACIÓN

La fijación es responsabilidad de quien toma la muestra en el área aplicativa. Es importante explicar que inmediatamente después de la obtención de la muestra se debe de transferir el material a la laminilla elaborando una muestra de preferencia monocapa. La fijación se realiza de preferencia con Cyto-Spray, rociando inmediatamente la laminilla a 30 cm. de distancia. Si no se cuenta con Cyto-Spray, las laminillas pueden fijarse inmediatamente después de haber sido elaboradas sumergiéndolas durante 30 min. en un frasco con alcohol al 96%. Cuando se sospecha defectos en la fijación se puede hidratar las laminillas. Para esto se coloca primero en agua corriente durante 2 horas y luego en alcohol al 96% durante 15 min. antes de iniciar la tinción.<sup>14</sup>

### 6.5 LECTURA DE LAMINILLAS

El número de la laminilla se debe de cotejar con la solicitud y reporte de resultados de citología cervical, lo que también se debe hacer antes de anotar el diagnóstico en este formato. La lectura de cada laminilla lleva de 5 a 10 min. Cada laminilla se debe revisar sistemáticamente con un barrido en forma de grecas para evitar dejar áreas sin leer. Durante la lectura se evaluarán inicialmente las características generales del frote: coloración, transparencia y cantidad del material celular con el objeto panorámico. La laminilla puede ser adecuada, limitada o inadecuada, y así se reporta.

Una muestra adecuada es aquella que contiene material representativo del cérvix, en particular para detectar o excluir la presencia de cualquier anomalía. También es adecuada la muestra que provee una representación adecuada del grado de anomalía mas insignificante que esté presente en un espécimen escaso o hemorrágico que

---

<sup>14</sup> SSA. Manual de procedimientos para la toma de muestra citología cervical ed.2000.

contenga células malignas escamosas a pesar de la ausencia de otros componentes, este espécimen sigue siendo adecuado pero limitado para el diagnóstico. La presencia de células endocervicales por sí solas es un criterio que señala que se ha muestreado el canal endocervical pero no necesariamente es un espécimen que ha muestreado la zona de transformación en ciertos tipos de cuellos. En estos casos es importante considerar la presencia de células de metaplasia. Para que la muestra sea adecuada debe de estar correctamente etiquetada y la hoja de solicitud totalmente requisada.

Una muestra limitada es aquella que está parcialmente oscurecida por sangre o inflamación, que tiene áreas gruesas, cuya fijación no es óptima, contiene artefactos por desecación o contaminantes que imposibilitan ver la mitad de las células contenidas en el frote, no contiene células endocervicales y de zona de transformación, así mismo le faltan datos clínicos a la hoja de solicitud.

Una muestra inadecuada lo es por falta de células metaplásicas, las células escamosas cubren menos del 10% de la laminilla, tiene bacterias excesivas, inflamación, hemorragia, mala fijación, artefactos, etc. que imposibilitan la interpretación del 75% de las células epiteliales.

El proceso de lectura implica dar una identificación específica de los cambios celulares teniendo en cuenta la presencia de:

- Células del epitelio endocervical y exocervical.
- Células con alteraciones de tipo inflamatorio y cambios celulares secundarios.
- Agentes patógenos.
- Cambios sugerentes de infección por virus, herpes o papiloma.
- Células con alteraciones atípicas denominadas displasias.
- Células con alteraciones correspondientes a malignidad.

## 6.6 INFORMES POSITIVOS Y NEGATIVOS Y CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Es muy importante que las categorías diagnósticas usadas en los laboratorios de citología utilicen la nomenclatura recomendada en la NOM-014-SSA2-1994. El resultado del estudio citopatológico es descriptivo, debe ser informado en la forma de solicitud y reporte de resultados de citología cervical de la siguiente manera:

- Negativo a cáncer o normal.
- Cambios inflamatorios benignos (negativo)
- Imagen de infección por herpes o virus del papiloma humano (VPH).
- Displasia leve NIC-1 (esto es similar a la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. LIEBG).
- Displasia moderada NIC 2 (esto es similar a la lesión intraepitelial escamosa de alto grado. LIEAG).
- Displasia grave (similar a LIEAG)
- Cáncer in situ (NIC 3)
- Cáncer invasor.
- Adenocarcinoma.
- Proceso maligno no específico.

- Hallazgos adicionales: Chlamydia, tricomonas, bacterias, hongos, polimorfo nucleares.
- Muestra inadecuada para diagnóstico.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> ANA FLISSER, Institución nacional de laboratorios de citología del CONAVE México D.F. 1994.

## **7. BENEFICIOS DE LA PREVENCIÓN**

### **PROLONGAR EL TIEMPO DE VIDA.**

En la prevención se encuentran las facilidades de poder estar tranquila y segura de la salud que se presenta en ese momento, o en caso de encontrar una enfermedad se brinda un tratamiento oportuno el cual puede curar por completo o mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### **EVITAR LA DESTRUCCIÓN FAMILIAR.**

La mayoría de las enfermedades provocan una desintegración familiar de alguna manera, ya que se aísla relativamente al paciente; enfocándonos en el cáncer cérvico uterino no controlado se presentan los casos que al fallecer la madre de familia ya no existe esa unión como tal.

### **COMBATIR LAS ADICCIONES.**

La mayoría de las enfermedades se limitan, en algunos casos se puede llegar a la depresión por este problema que se puede empezar con las adicciones; o como se comentó anteriormente en la destrucción familiar existe tanta posibilidad que los integrantes consuman algún tipo de droga.

## **8. LA CULTURA Y LA SOCIEDAD EN LA SALUD.**

### **8.1 CULTURA**

Cultura, conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término 'cultura' engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

**CULTURA MATERIAL** está constituida por objetos (como los vestidos, el arte, los ornamentos religiosos o los utensilios para comer), y por la forma en que estos son empleados.

**CULTURA INMATERIAL** implica las creencias, costumbres, idiomas e instituciones sociales.

Sus creencias y prácticas pueden afectar tanto a la salud como la enfermedad y, por lo consiguiente convertirse en una consideración significativa para la sociedad.

Con frecuencia los grandes grupos culturales incluyen subgrupos o subsistemas culturales. Una subcultura se compone de personas con una identidad distinta que aun así están relacionadas también con un gran grupo cultural.

La cultura **UNIVERSAL** son los hechos comunes o atributos de conducta o patrón de vida que son similares entre diferentes culturas. Cultura **ESPECÍFICA** son las prácticas valores y creencias y patrones de conducta que son especiales o particulares a una cultura dada.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA**

- La cultura se aprende. No es instintiva ni innata. Se adquiere a lo largo de las experiencias de vida desde el nacimiento.
- La cultura se inculca. Se transmite de padres a hijos. De generación en generación. El idioma es el principal vehículo.
- La cultura es social se origina y se desarrolla a través de las interacciones de la gente.
- La cultura es adaptativa. Las costumbres, las creencias y las actuaciones cambian lentamente, pero se adaptan al ambiente social y a las necesidades biológicas y psicológicas.
- La cultura es integrada. Sus elementos tienden a formar un sistema sólido e integrado.
- La cultura es ideativa. Significa formar imágenes u objetos en la mente.
- La cultura es gratificante. Los hábitos culturales perduran exclusivamente cuando producen alguna satisfacción a las necesidades de las personas.

La mayoría de las culturas son patriarcales, es decir el hombre es la figura dominante. Su grado de dominio es variable; así cuando los hombres lo son en alto grado, generalmente las mujeres son pasivas.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> **KOZIER,ER-OLIVIER.** Enfermería fundamental Tomo 3 , INTERAMERICANA.

	DEFINICIÓN DE LA SALUD	CAUSA DE LA ENFERMEDAD	NOMBRE DEL QUE REALIZA LAS PRACTICAS CURATIVAS	PROBLEMAS PARA ENTRAR EN EL SISTEMA SANITARIO	PATRONES DE COMUNICACIÓN	VIDA SEXUAL Y FAMILIAR	CREENCIAS SOBRE LA MUERTE
HISPANO AMERICANO	Don de Dios, también buena suerte. Se dice que una persona esta sana por su apariencia robusta por que aparenta un sentimiento de bien estar.	La enfermedad es un castigo de Dios, que por actuar hay que sufrir; se puede prevenir comiendo bien, rezando, siendo bueno y trabajando.	La persona es el curandero; cura las enfermedades calientes con medicinas frías y a la inversa. Los masajes y las limpiezas son comunes.	El lenguaje, primero recurrirá a la mujer en busca de consejo, luego a la señora, después el curandero; por último el medico.	La confianza, la modestia, son demasiadas preguntas. Son ofensa, es más aceptable hacer tentativas a las que ellos pueden responder; la orientación del tiempo no es estricta; es de esencial educación.	Grado alto de pudor, prefieren dar a luz en casa por ellos los hombres son los que traen el pan a casa, las mujeres están en casa, lo varones toman todas las decisiones.	Después de la vida existe el cielo y el infierno
CULTURA DE LA POBREZA	Definición funcional; si puedes trabajar estás sano.	Cree que la enfermedad no se puede prevenir; el fatalismo es común; la orientación del futuro es mínima por que los problemas presentes son demasiados grandes.	A menudo recaen sobre los curanderos populares y sus remedios, debido a las creencias y problemas, logrando el acceso del sistema de salud.	El uso de los fondos públicos puede limitar el acceso y tipo de cuidados; la orientación del tiempo presente sobre la prevención puede retrasar la obtención de los cuidados; la incapacidad para permitir un seguro de salud; puede perder el jornal de un día por acudir al médico.	Usan el lenguaje informal y de la subcultura; puede ver a los profesionales como autoritarios; el tiempo de orientación no es estricto.	Muchas familias de solo un progenitor con la mujer como cabeza de la familia.	Depende de la cultura y de la religión.
CULTURA DE LOS CIUDADANOS SANITARIOS	Nivel óptimo de funcionamiento; más que la ausencia de la enfermedad; incluye la salud física emocional social y mental.	Enfoque científico de la causa de la enfermedad; la prevención supone exámenes físicos periódicos, así como evitar fumar y comer en exceso.	La curación la lleva a cabo el medico. Generalmente tiene lugar en un centro o en un hospital; los tratamientos se basan en conocimientos médicos; se ignora habitualmente el componente emocional de la enfermedad.	El médico es el acceso principal al sistema; se centra básicamente en la curación de la enfermedad más que en la prevención; se anima a la población para que busque ayuda; se considera al sistema sanitario como un medio.	Amplio uso de una jerga y de un lenguaje especializado; gran porcentaje de trabajadores de la clase media. A menudo se espera gratitud por los cuidados ofrecidos; la orientación del tiempo es estricta; se mantienen los registros estrictos.	Jerárquica con los médicos tomando las decisiones.	La muerte a menudo significa que los profesionales han fallado en su trabajo; se emplean medios elaborados para que la gente siga viva; y prueban cuestiones étnicas y legales.

## 8.2 ESCUELA

Educación se define como la acción cuyo objetivo es desarrollar aquellas capacidades de un individuo que son valoradas por el grupo social en el cual participa. La Constitución Política de México y la Ley General de Educación (LGE) son los principales documentos legales que regulan el sistema educativo mexicano. El artículo 3° de la Constitución estipula que todo individuo tiene derecho a recibir educación y que la Federación, los estados y los municipios la impartirán en los niveles de preescolar, primaria y secundaria. Asimismo establece que la primaria y la secundaria son obligatorias. El Estado promoverá y atenderá todas las diferentes modalidades educativas incluyendo la educación superior, apoyará la investigación científica y tecnológica, y alentará el fortalecimiento y difusión de la cultura de México.

La educación primaria y secundaria es obligatoria para todos los niños hasta los 14 años. Las escuelas religiosas se legalizaron en 1991. Además de las escuelas secundarias que imparten una formación académica tradicional, existe un sistema profesional medio y una educación media superior (preparatoria o bachillerato) de orientación general o técnica.

En el 2000-2001 con los registros del INEGI se demostró que en México la población de 15 años y más son 6,489,439 de los cuales el 1.3% no tienen ningún tipo de estudio, el 19.4 % cuenta con la primaria terminada, el 19.1% con la secundaria completa, el 16.8 % con estudios a nivel medio superior completos y por ultimo el 11% con un nivel medio superior completo.

## 8.3 RELIGIÓN

Religión, en términos generales, forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses. En este sentido, sistemas tan diferentes como budismo, cristianismo, hinduismo, judaísmo y sintoísmo pueden considerarse religiones. Sin embargo, en un sentido aceptado de una forma corriente el término *religión* se refiere a la fe en un orden del mundo creado por voluntad divina, el acuerdo con el cual constituye el camino de salvación de una comunidad y, por lo tanto, de cada uno de los individuos que desempeñen un papel en esa comunidad. En este sentido, el término se aplica sobre todo a sistemas como judaísmo, cristianismo e Islam, que implican fe en un credo, obediencia a un código moral establecido en las Escrituras Sagradas y participación en un culto. En su sentido más específico el término alude al sistema de vida de una orden monástica o religiosa.

Es imposible encontrar una definición satisfactoria de religión o una forma realista de clasificar los diversos tipos de lo que llamamos religión a causa de las importantes diferencias de función entre los diversos sistemas conocidos.

En el año 2000 los registros del INEGI demostraron que en México una población de 81,078,895 el 92% profesan la religión católica y el 8% se dividen en las demás religiones

como son Testigos de Jehová, Pentecostales, la Luz del Mundo, Evangélicos, Adventistas del Séptimo Día, Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

## 8.4 FAMILIA

La familia es la unidad fundamental de sociedad, es una unidad de personalidades que forman un sistema de emociones y necesidades engrazadas entre sí de la más profunda naturaleza.<sup>2</sup>

La familia: Es la unidad básica de la sociedad. Sus roles principales son proteger y socializar a sus miembros. Entre las muchas funciones que realiza, la más importante es la de proporcionar apoyo emocional y cierta seguridad a sus miembros mediante el amor, la aceptación, el interés y la comprensión. Este componente afectivo (emocional) mantiene juntas y les da a sus miembros un sentido de pertenencia y amistad.

Además de proporcionar un medio emocionalmente seguro para que sus miembros crezcan y se desarrollen, es también la unidad básica de protección y seguridad física. Esto se consigue mediante la satisfacción de las necesidades básicas de los miembros: alimentación, vestido y refugio. La creación de un ambiente de seguridad requiere de conocimientos, experiencia y recursos económicos suficientes.

El ser miembro de una familia tiene una influencia en el individuo a través de la dotación genética, etnia, y el desarrollo de valores personales, sociales, morales y culturales. La familia se define frecuentemente, como dos o más personas que se relacionan a través del matrimonio, de la sangre, del nacimiento o de la adaptación (Duvall, 1977).

Esta definición es característica de un gran número de miembros que la forman, en muchos grupos familiares no hay relaciones legales o de sangre entre sus miembros. Ya que la estructura de familia es muy diferente, es necesario definirla más ampliamente para incluir la gran variedad de tipos familiares que existen en la sociedad.

Tipos de familia.

Nuclear tradicional: Se considera como una unidad autónoma en la que los padres viven en el hogar, junto con sus hijos, la madre se ocupa de la casa y el padre satisface las diversas necesidades económicas.

Uniparental: Se conoce a un hogar dirigido por un solo padre, para ello hay múltiples razones, tales como la muerte de uno de los cónyuges, la separación del matrimonio, el divorcio, un hijo de una mujer soltera o de un hombre en su misma circunstancia.

Extensa: Esta formada por dos o más familiares nucleares, incluye una o más familias.

Modificadas: Se van y no depende una de la otra.

---

<sup>2</sup> José Antonio Carboles, Gran Diccionario de Psicología, Ed. Del Prado Larouss. 1992.

Combinadas: Unidades de familiares que se unen una con otras para formar una nueva familia. Las familias con niños que viven con uno de sus padres y el compañero de estos se conocen normalmente con el nombre de familias adaptadas.

## PAREJA

Parejas de hecho, situación en la que dos personas que no están casadas viven unidas como si lo estuvieran. El término matrimonio de hecho o pareja se refiere a personas de sexo opuesto que no sean hermano y hermana, padre e hija, madre e hijo o que tengan cualquier otra relación de parentesco, aunque a veces también engloba a parejas de homosexuales. En el caso de estas parejas pueden surgir problemas legales si solicitan la adopción de un niño.

El matrimonio de hecho, junto con el divorcio y la separación, son fenómenos en auge, sobre todo en Estados Unidos y Europa occidental.

Las implicaciones generales del matrimonio de hecho son complejas.

Legalmente los miembros de la pareja a menudo no tienen muy definidos sus derechos conyugales y paternos. Esta situación también afecta a los derechos individuales en lo que se refiere a los impuestos o herencias.

## 8.5 MEDICINA TRADICIONAL

La mayoría de los pueblos indígenas creen en el poder curativo de la madre tierra, que todo lo que está sobre la tierra tiene un espíritu, y que la tierra en sí es un organismo vivo, que respira y, en última instancia, tiene capacidad para sentir. En este tipo de medicina alternativa la enfermedad se cree que aparece cuando se produce un desequilibrio entre la persona y su medio natural. De manera inversa, la persona está sana cuando este equilibrio se mantiene o se recupera; hay una relación respetuosa con su medio natural, la madre tierra. La mayoría de los remedios de los indígenas emplean la música, la danza y las oraciones para integrar a la persona con la madre tierra y aplacar los poderes del demonio, responsable de la enfermedad. Se emplean gran variedad de técnicas que incluyen la purificación (limpieza del paciente de cualquier demonio), evocación (invitación de los espíritus benignos y curativos para que ayuden a la persona enferma), identificación (unión física de la persona enferma con los poderes que curan), transformación (liberación de la persona enferma de la enfermedad) y liberación (empleo de los poderes curativos que han sanado a la persona enferma). Muchos de los rituales antes mencionados son empleados por el curandero, al que se le atribuyen vibraciones electromagnéticas especiales que pueden traer la curación, equilibrando las diversas energías del interior de la persona enferma. Muchas culturas, tienen curanderos que adoptan gran parte de las técnicas antes mencionadas.

## 9. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

### 9.1 MIEDO

Miedo es el estado emotivo específico, susceptible de ser aprendido o condicionado y que desempeña un papel motivador sobre el comportamiento.

El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

### 9.1 VERGÜENZA

Sentimiento de timidez relacionado con un suceso, que se caracteriza por el nerviosismo o el rubor en la cara.

La vergüenza es gran influencia para realizar actividades o ser un individuo antisocial por el temor de relacionarse con los demás individuos.

### 9.1 AUTOESTIMA

Valor personal, competencia, que un individuo asocia a la imagen de sí mismo.

La autoestima puede estar fundada en la elección del sujeto de normas exteriores, sobre las que constata si puede ser o no, capaz de alcanzarlas. También puede desprenderse de la comparación entre varias imágenes de sí mismo que coexisten en el mismo sujeto; el yo actual por un lado y el yo ideal por otro lado, el yo que debería ser, la imagen del sujeto que supone que de él tienen algunas personas que lo conocen.<sup>18</sup>

### 9.1 DOLOR MORAL

Sentimiento de pena o sufrimiento mental.

El dolor moral es un dolor psíquico, que no se acompaña necesariamente de sensaciones graves de malestar físico y que se relaciona generalmente con estados de ansiedad y con la depresión.

---

<sup>18</sup> BROCHAN SWEITZER, Psicología del cuerpo, Barcelona Ed. Herder 1992

## 10. ASPECTOS BIOLÓGICOS

### 10.1 DOLOR FISIOLÓGICO

Dolor: Se refiere a la sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales.

Experiencia sensorial y afectiva negativa que provoca comportamientos de evitación y de supresión de las condiciones que han originado.

Es un estado de alerta, un indicador, de lesiones o de peligro en el organismo, es un síntoma común que da sentido a la existencia humana, es una manifestación con función protectora frente a agentes nocivos que permiten su localización.

Umbral al dolor: Es el límite menor posible de perceptibilidad de una sensación. En cada individuo esta percepción es variable, según su estado físico, experiencia y expectativas.

Las causas que producen dolor son:

Dolor físico.

Inflamatorios

- Por estimulación de receptores químicos o mediadores.
- Procesos infectos parasitarios (bacterias, hongos, virus, parásitos, etcétera).
- Procesos auto inmunitarios (lupus eritomatoso).
- Iatrogénicas.

Mecánicos

- Por estimulación de receptores y terminaciones nerviosas libres.
- Traumatismo.
- Neoplasias.
- Tracciones.

Dolor anímico

Alteraciones de la personalidad suscitadas en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo.

- Experiencias dolorosas.
- Emociones (amenaza para la vida, entendimiento del dolor).
- Factores externos desagradables u hostiles.

Económicos

- De interrelación personal.
- Ecológicos.
- Relacionados con el ciclo vital.

El dolor tiene múltiples clasificaciones. En este capítulo sólo se exponen las siguientes:

Según la estimulación nerviosa:

- Superficial o cutáneo: Originados por estimulación de terminaciones nerviosas libres en piel (quemaduras, abrasiones, laceraciones, piquetes).
- Profundo: Por estimulaciones nerviosas de músculos, tendones, articulaciones, fascia o aponeurosis (lesiones traumáticas, procesos inflamatorios, presión anormal o isquemia) o directa en tálamo e hipotálamo (emociones, alteraciones de la personalidad).
- Visceral: Por estimulación de raíz o tronco nervioso relacionado con las vísceras, bloqueo de flujo sanguíneo, espasmo de músculo liso o elongación de ligamentos de soporte.
- Referido: Dolor visceral o músculo aponeurótico percibido en el segmento dermatológico correspondiente.

Según sus características:

- Agudo: Dolor penetrante, de curso breve y relativa gravedad.
- Cólico: Dolor agudo originado generalmente en vísceras abdominales.
- Continuo: dolor interrumpido.
- Irradiado: Dolor que sigue la disposición anatómica de una raíz o tronco nervioso.
- Lancinante o pungitivo: Dolor punzante.
- Opresivo: Dolor violento con sensación de presión.
- Urente: Dolor quemante, ardiente.

La respuesta inmediata determinada por un estímulo externo o interno que provoca un impulso que se transmite de un receptor a un efector, se denomina Arco o Circuito Reflejo.

## 10.2 TEORÍAS DEL DOLOR.

Varias teorías proponen cómo es transmitido y percibido el dolor. Cuatro de ellas son la teoría de la especificidad, la teoría del patrón, la teoría de la puerta-control, y el modelo paralelo de procesamiento del dolor.

Teoría de la especificidad.

La teoría de la especificidad se originó hace 200 años. Esta teoría asume que el dolor viaja desde un ceptor específico a un centro del dolor en el cerebro. El conocimiento corriente apunta hacia varias limitaciones de esta teoría. La investigación ha descubierto que las fibras nerviosas que llevan los impulsos dolorosos también soportan las sensaciones de presión y temperatura. (Nursing Now 1985, Pág. 16).

Teoría del patrón.

La teoría del patrón, que sigue la teoría de la especificidad, incluye varias teorías diferentes, tales como la teoría del patrón periférico, la teoría de la recapitulación central, y la teoría de la interacción sensorial. La teoría patrón periférico asume que las fibras nerviosas

periféricas son todas esencialmente las mismas y que un patrón dado de estimulación de las fibras es interpretado por el sistema nervioso central como dolor. La teoría de la recapitulación central se enfoca sobre el cuerno dorsal de la médula espinal. Esta teoría propone que la estimulación de los nervios sensitivos periféricos, intermitentemente, estimula áreas específicas del cuerno dorsal, que cuando son estimuladas, son interpretadas como dolor.

La teoría de la interacción sensorial propone que existen dos clases de fibras neurológicas involucradas en el dolor: fibras de pequeño y gran diámetro. Las fibras pequeñas transportan los patrones de impulso nervioso que producen el dolor, y las fibras grandes inhiben los impulsos dolorosos. Cuando el número de fibras que transportan los impulsos dolorosos sobrepasan las fibras inhibitorias, se produce el dolor.

Teoría de la puerta-control.

En 1965, Melzack y Wall propusieron la teoría de la puerta-control (Melzack y Wall 1982, Pág. 232). De acuerdo con esta teoría, las fibras nerviosas periféricas que transportan el dolor a la médula espinal pueden ver modificada su entrada a nivel de la médula espinal antes de la transmisión hacia el cerebro. Las sinapsis en los cuernos dorsales actúan como puertas que se cierran para mantener los impulsos y que no alcancen el cerebro.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> KOZIER,ER-OLIVIER, Enfermería fundamental Tomo 3 , INTERAMERICANA

## **11. ESTADO DEL ARTE (OTRAS INVESTIGACIONES)**

### **INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

En el año 2000 el IMSS con la investigación de Barrón – Treviño, Esther de la cual sus resultados fueron que el 75% de su población en estudio no se realizaba el Papanicolaou por vergüenza, miedo y pena, falta de comunicación y el 20% por que la persona que lo realiza es del sexo opuesto y el 5% por desinformación.

### **INVESTIGACIÓN FACTORES QUE DETERMINAN LA PARTICIPACIÓN EN EL TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

En el año de 1999 realizó esta investigación Lazcano –Ponce en el estado de Morelos dando como resultado que la población en estudio presenta miedo al personal de salud, vergüenza a exponer sus genitales y también que las sujeciones del hogar son una barrera para el tamizaje de cáncer cérvico uterino.

### **INVESTIGACIÓN BARRERAS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

En el año 2003 la Dr. Zaida Betancourt presento los resultados de una investigación realizadas en tres regiones diferentes del Ecuador (rural, urbana y marginal), con el objeto de identificar cuales eran las barreras que encontraban las mujeres para la prevención del cáncer cérvico uterino, y de esto tener una comunicación para la educación de las mujeres para la realización de la prueba de papanicolaou.

Teniendo como resultados como: el discurso médico utilizado no es el adecuado en el momento del examen, no encaja con el lenguaje popular, limitado conocimiento sobre su salud sexual, miedo al cáncer y al papanicolaou, dependencia del hombre y sujeción de los quehaceres de la casa, entre otras.

## **12. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN**

### **GENERAL**

Determinar los factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales que intervienen en la decisión de las mujeres con vida sexual activa en edad fértil que viven en Lomas de Cuauhtepac AGEB 002-7 loc. 209, a participar en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

### **ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores que influyen en las mujeres para no participar en la detección oportuna del cáncer cérvico uterino mediante la citología exfoliativa.
- Indagar en la comunidad en estudio.
- Analizar el grado de problema de salud pública.
- Discernir la información para su conocimiento y aprovechamiento.

### **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente el Cáncer Cérvico uterino constituye la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas en nuestro país. Diariamente se registran en México alrededor de 12 muertes por esta causa.

En México es la primera causa de muerte en las mujeres de 25 años en adelante, durante el año 2000, el 61 % de las defunciones por cáncer cérvico uterino ocurren en el estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, destacando principalmente los estados con mayor grado de analfabetismo y en donde los servicios de salud no se encuentran la disponibilidad de toda la gente.<sup>20</sup>

En la actualidad existen varios programas con la finalidad de unificar criterios y de poner en práctica las medidas de prevención necesarias y oportunas, o en su caso brindar un tratamiento adecuado y oportuno, mejorando así la calidad de vida de las mujeres.

Se ha demostrado hoy en día que el cáncer cérvico uterino es prevenible y curable si se detecta a tiempo con la realización de la citología exfoliativa, sin embargo, intervienen varios factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, para que las mujeres mexicanas se lo realicen.

La participación de las mujeres en la toma de la citología exfoliativa está influenciada por múltiples factores que envuelve varios sentimientos como son vergüenza, miedo, angustia, etc., los cuales están relacionados con la personalidad, cultura y entorno de las mujeres y el medio que lo rodea; esto volviéndose un obstáculo de gran importancia en la prevención y lo cual requiere una mayor fuerza de convencimiento de parte de los trabajadores de personal de salud como de enfermería.

---

<sup>20</sup> INEGI

La pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas, así volviendo esta situación un problema de salud pública.

Esta enfermedad se ha considerado un problema social por las consecuencias que presenta; como son la desintegración familiar por la pérdida de la figura materna o disminuir la calidad de vida de las mujeres mexicanas con vida sexual activa.

En el centro de salud TIII Palmatitla se ha encontrado que el AGEB 002-7 LOC 209 las mujeres en su mayoría son población que viene de distintos estados, con diferentes creencias y hábitos, que no participan en los programas de prevención oportuna. Es por eso que esta investigación se realiza con la finalidad de definir las limitaciones que presentan estas mujeres sobre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino mediante la toma de la citología exfoliativa y determinación del personal de enfermería para su prevención.

### **13. METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. El tipo de encuesta es descriptiva en la cual participaron 116 mujeres con vida sexual activa en edad fértil que vive en Lomas de Cuautepéc AGEB 002-7 Loc.209. Para iniciar la recolección de datos se aplicó una prueba piloto de 49 ítems, validada mediante el programa SPSS versión 9, posterior a esta prueba se reorganiza el instrumento quedando un instrumento de 50 ítems. Las preguntas abarcaron los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y culturales. (Anexo cuestionario).

Variable dependiente factores personales e institucionales que se encuentran presentes en las mujeres que no acuden a su detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Los datos obtenidos de las encuestas realizadas fueron analizadas con estadística descriptiva, en el programa EXCEL.

## 14. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se aplicaron encuestas a 116 mujeres con vida sexual activa, en edad fértil que viven en Lomas de Cuauhtepic AGEB 002-7 Loc.209 quienes presentaron las siguientes características: **factores biológicos:**

Gráfica 1. La edad de las mujeres de Lomas es 28% de entre 20 a 24 años; 19% de 30 a 34 años; 14% de 40 a 44 años; 13% de 25 a 29 años, 11% de 35 a 39 años, 6% de 16 a 19 años y 9% entre 45 a 55 años.

Gráfica 2. El número de hijos por mujer es de 87% de 1 a 6, 10% de 4 a 6, 2% ninguno, 1% más de 7 hijos.

Gráfica 3. El número de parejas sexuales es 87% una sola y 13% dos o más.

Gráfica 4. El inicio de vida sexual activa es 76% de los 16 a 18 años, 21% de 19 a 21 años, 2% menor de 15 años y 1% 22 a 24 años.

Gráfica 5. Mujeres que reciben tratamiento hormonal 25% y mujeres que no lo reciben 75%.

Gráfica 6. El tiempo que lo reciben es de 19% menos de un año, 9% de un año a dos años, 6% más de tres años.

Gráfica 7. Mujeres que se han realizado con anterioridad el papanicolaou 51% mientras que el 45% no se lo ha realizado y 4% no lo conoce.

Gráfica 8. La frecuencia con la que se lo realizan es 42% más de un año, 42% no se lo realiza, 14% en un año, 2% menos de un año.

Gráfica 9. El 64% de las mujeres dicen que el papanicolaou produce dolor, mientras que el 13% dice que no.

Gráfica 10. El 60% de las mujeres mencionan que el dolor es una causa por la que no se realizan el papanicolaou mientras que 12% dice que no.

Gráfica 11. El 68% de las mujeres al realizarse su papanicolaou acuden por sus resultados mientras que el 11% no acude.

Gráfica 12. Las mujeres acuden a revisión ginecológica en un 28% mientras que el 72% no acude y la periodicidad en la que acude es de 25% una vez por año y de 4% dos veces por año.

Gráfica 14. El 46% de las mujeres mencionan que las infecciones son un factor de riesgo para contraer cáncer de matriz mientras que el 40% no sabe, mencionan que no son una

causa para no realizarse el papanicolaou 68%. El 91% menciona no presentar ningún síntoma de infección.

Dentro de los **factores sociales** encontramos:

Gráfica 17. El medio de comunicación por el cual se enteraron de la existencia del papanicolaou fue televisión 55%, otros 35% folletos y platicas, 6% del periódico, 4% por la radio.

Gráfica 18. La unidad de salud en la que acuden a la realización del papanicolaou es 75% en el Centro de Salud, 15% en particulares otros, 5% ISSTE, 4% IMSS y 3% DIF .

Gráfica 19. Escolaridad de las mujeres es de 34% primaria completa, 28% secundaria incompleta, 20% primaria incompleta, 13 secundaria completa, 3% preparatoria o equivalente 3%, 2 % sin escolaridad.

Gráfica 20. La escolaridad de su pareja es de 35% secundaria incompleta, 34% primaria completa, 16% primaria incompleta, 12% secundaria completa, 3% sin escolaridad.

Gráfica 21. Su religión es de 84% católica, 13% cristiana, 3% atea.

Gráfica 22, 23, 24, 25, 26. El 88 % de las parejas de las mujeres no conocen de la prevención del papanicolaou, el 75% de ellas no conocen los Factores de riesgo que se asocian al cáncer de matriz, tampoco cómo se puede prevenir 62%.

Gráfica 27. La actitud del personal de salud sí es un factor importante para que las mujeres acudan a realizarse su papanicolaou en un 100%.

Gráfica 29. Las mujeres entienden todo lo que el personal de salud les explica en lo referente del cáncer de matiz en un 78% mientras que el 22% no lo entiende.

Gráfica 30. El 78% de las mujeres de Lomas de Cuauhtepac consideran que hay buena organización en la unidad de salud y el 22% dice que no lo hay.

Gráfica 31. El 91% mencionan que sí le facilitan el acceso para realización de su papanicolaou y el 9% menciona que no.

En los **factores psicológicos**:

Gráfica 32. Los quehaceres del hogar son un obstáculo para acudir a realizarse el papanicolaou en 97%.

Gráfica 33, 34. La persona que decide cuándo tomarse el papanicolaou es ella misma 91%, diciendo que no ejerce ningún control para la toma de este su pareja en 82%.

Gráfica 36. Ellas mencionan que valoran su salud en 95% de forma adecuada y que la persona mas importante para ella por encima de los demás es 47% sus hijos, 22% su familia y su pareja, 7% ella misma.

Gráfica 38, 39. Mencionan tener miedo a realizarse su papanicolaou 94% y 98 vergüenza al exponer sus genitales al personal de salud.

Gráfica 40, 41. Mencionan que si un enfermero les tomara la muestra accedería 64%, no accedería 36% por sentir vergüenza.

Gráfica 42. No acuden a realizarse el papanicolaou por miedo al resultado el 95% mencionan que no y el 5% mencionan que sí.

Gráfica 43 no acuden por sentirse culpables después de la toma mencionan 98% que no y el 2% dicen que sí.

Gráfica 44. Ellas consideran que sus genitales son propiedad de su pareja el 45% mientras que el 51% no.

Gráfica 45. La pareja de ellas decide cuándo debe realizarse su papanicolaou 37% menciona que sí y el 63% menciona que no.

### **Factores culturales:**

Gráfica 46. Recurre a la medicina tradicional el 19% mencionan que sí y el 81% menciona que no.

Gráfica 47. Ellas consideran que su pareja debe acompañarla a la toma del papanicolaou 92%. Para tener más confianza y que conozca el procedimiento 69%, mencionan que la religión no es un obstáculo para realizarse el papanicolaou 96% y que existe comunicación dentro de su familia acerca de la prevención de cáncer en un 64% y el 36% dice no tenerla.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con la investigación de Barrón – Treviño Esther, en los factores principales para no acudir al examen de detección oportuna de cáncer cérvico uterino son el sentimiento de pena, la falta de información y a la discusión, en el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas que no acuden a la detección oportuna del cáncer cérvico uterino se encuentra entre 20 y 49 años de edad lo cual coincide a lo expuesto por Romero Calcio que menciona que las mujeres menores de 35 años son las que menos se realizan el papanicolaou y esto es de gran importancia ya que mencionando lo que dice Lazcano Ponce que refiere que el cáncer cérvico uterino es más frecuente en edades de entre 35 y 45 años de edad, con lo referente a la ocupación sí es un barrera para acudir a la realización del papanicolaou o a la toma de citología exfoliativa cervical ya que la sujeción de los quehaceres del hogar no les permite darse el tiempo para su realización como lo menciona la Dr. Zaida Betancourt en su investigación. También se identifica como una barrera la poca o nula información y conocimiento que tienen sobre el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino. En el aspecto social es indistinto en las mujeres que acuden a realizarse su detección, ya que diferentes ocupaciones, nivel escolar y nivel socioeconómico se encontraron presentes. No así, los aspectos psicológicos y morales ya que las mujeres siguen sintiendo pena y angustia al realizarse la detección, y siguen con la misma creencia de que es doloroso o que puede provocar alguna lesión.

## 15. CONCLUSIONES

El indudable que gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la gran influencia que ejerce el ambiente externo y que está inmerso en una gran variedad de factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos, entre otros. La decisión de cuidar la salud de uno mismo, no escapa a dicha influencia y a la interacción de la persona con los múltiples factores del entorno.

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

Es probable que para generar conciencia sobre la importancia de acudir a la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, no baste con la difusión o educación sobre el programa de DOC, lo que lleva a siguiente pregunta ¿debemos esperar a que el problema de salud se haga mas grande para poder prevenirlo y beneficiar a las mujeres en su salud?

## **16. RECOMENDACIONES**

- Actualización del personal del centro de salud de Lomas de Cuauhtepc AGEB 002-7 Loc 209, sobre el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino de acuerdo a la Norma Oficial actualizada.
- Informar sobre la importancia del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino a toda la población de Lomas de Cuauhtepc abarcando desde la adolescencia, para que así, al iniciar la vida sexual activa, tenga ya una cultura de salud fincada en auto cuidado y educar a los varones hacia una cultura de ayuda a su pareja.
- Promocionar y difundir el programa, los requisitos y horarios para la realización del papanicolaou y en qué consiste este.
- Implementar campañas de educación pública para crear conciencia e identificación del examen.
- Promover la participación del personal de enfermería en medidas de comunicación para concientizar a la población sobre la importancia de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.



- d) Centro de Salud
- e) Otros ¿Cual?

11.- Escolaridad.

12.- Religión.

13.- ¿Acude por sus resultados?

SI NO

14.- ¿Continúa en revisión ginecológica?

SI NO

15.- ¿Con qué periodicidad?

16.- ¿Asiste al ginecólogo?

SI NO ¿Porque?

17.- ¿Presenta dolor, o deduce que el procedimiento le ocasiona dolor?

SI NO

18.- ¿No acude porque presenta datos de infección vaginal?

SI NO

19.- ¿Cursa actualmente con flujo de mal olor, comezón o ardor en genitales, flujo no transparente?

SI NO

20.- ¿Actualmente recibe tratamiento hormonal?

SI NO

21.- ¿Recurre a la medicina tradicional como otra opción a la toma de muestra Papanicolaou?

SI NO ¿Porque?

Preguntas para TODAS

22.- ¿Su pareja le impide acudir a la unidad de salud para que le realicen el Papanicolaou?

SI NO

23.- ¿Es necesario que su pareja la acompañe para que a usted le realicen el Papanicolaou?

SI NO

24. Los quehaceres del hogar ¿han sido un obstáculo para que usted acuda a que le realicen el Papanicolaou?

SI NO

- 25.- ¿Su religión es un obstáculo para que usted acuda realizarse su Papanicolaou?  
 SI NO
- 26.- ¿Tiene por costumbre acudir con periodicidad a la toma del Papanicolaou?  
 SI NO ¿Cada cuanto acude?
- 27.- ¿Usted es la que decide cuando acudir a realizarse su Papanicolaou?  
 SI NO
- 28.- ¿Su pareja ejerce control sobre sus decisiones e impide que acuda a realizarse su toma de Papanicolaou?  
 SI NO
- 29.- ¿Usted valora su salud?  
 SI NO
- 30.- ¿Que persona de su núcleo familiar es importante por encima de usted?
- 31.- ¿Existe comunicación acerca de la toma de Papanicolaou en su núcleo familiar?  
 SI NO
- 32.- ¿Con quién establece esta comunicación?
- 33.- ¿Conoce qué es el Cáncer Cérvico Uterino?  
 SI NO
- 34.- ¿Conoce cómo se puede prevenir?  
 SI NO
- 35.- Descríbalo
- 36.- ¿Su pareja conoce cuál es la prevención del Cáncer Cérvico Uterino?  
 SI NO ¿Por qué?
- 37.- ¿Conoce que factores de riesgo se asocian al Cáncer Cérvico Uterino?  
 SI NO ¿Por qué?
- 38.- Descríbalos
- 39.- ¿La unidad de salud a donde acude le proporciona las facilidades para que se realice el Papanicolaou?  
 SI NO

40.- ¿La actitud del personal de salud es un factor para que usted acuda a la toma de Papanicolaou?

SI NO ¿Por qué?

41.- ¿El sexo del personal de salud es un factor para que usted acuda a la toma del Papanicolaou?

SI NO

42.- ¿Tiene miedo a que le realicen el Papanicolaou?

SI NO ¿Por qué?

43.- ¿Tiene miedo de que le revisen sus genitales?

SI NO ¿Por qué?

44.- ¿Tiene vergüenza a exponer su cuerpo cuando le toman el Papanicolaou?

SI NO

45.- ¿Siente vergüenza cuando el Papanicolaou se lo realiza el sexo opuesto?

SI NO

46.- ¿El miedo y la vergüenza son factores decisivos que le impiden acudir a la toma del Papanicolaou?

SI NO ¿Por qué?

47.- No acude ¿por miedo al resultado?

SI NO ¿Por qué?

48.- No acude ¿porque se sentiría culpable posterior al procedimiento?

SI NO ¿Por qué?

49.- ¿Considera que sus genitales son propiedad de su pareja y esto constituye un factor decisivo para que se realice el Papanicolaou?

SI NO ¿Por qué?

\*GRACIAS POR SU ATENCION\*

## CUESTIONARIO 2

SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INCORPORADA A LA UNAM

INSTRUCTIVO: La información que usted proporcione nos es de mucha utilidad para detectar los factores biosicosociales y culturales que limitan la participación de las mujeres en la toma del Papanicolaou

### 1.- Edad

- 1 Menos de 15 años
- 2 16 a 19 años
- 3 20 a 24 años
- 4 25 a 29 años
- 5 30 a 34 años
- 6 35 a 39 años
- 7 40 a 44 años
- 8 45 a 49 años
- 9 50 a 54 años
- 10 Mas de 55 años

T o t a l

### 2.- Número de hijos

- 1 ninguno
- 2 1 a 3
- 3 4 a 6
- 4 más de 7

### 3. Número de parejas sexuales

1. 1 pareja
2. 2 o más

### 4. Inicio de vida sexual activa

- 1 menos de 15 años
- 2 16 a 18 años
- 3 19 a 21 años
- 4 22 a 24 años
- 5 más de 25 años

### 5. ¿Recibe tratamiento hormonal?

- 1 no
- 2 sí

**6.- ¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento hormonal?**

- 1 no recibe tratamiento
- 2 menos de 1 año
- 3 de 1 a 2 años
- 4 más de 3 años

**7.- ¿Se ha realizado con anterioridad el papanicolaou?**

- 1 no
- 2 sí
- 3 no lo conoce

**8.- ¿Con qué frecuencia se lo realiza?**

- 1 menos de 1 año
- 2 1 año
- 3 más de 1 año
- 4 no se lo realiza

**9.- ¿El papanicolaou le produce dolor?**

- 1 no
- 2 sí
- 3 no se lo realiza

**10.- ¿El dolor es una causa por la que no se realiza el papanicolaou?**

- 1 no
- 2 sí
- 3 no se lo realiza

**11.- ¿Acude por sus resultados?**

- 1 no
- 2 sí
- 3 no se lo realiza

**12.- ¿Acude a revisión ginecológica?**

- 1 no
- 2 sí

**13.- ¿Con qué periodicidad acude con el ginecólogo?**

- 1 no acude
- 2 2 veces por año
- 3 1 vez por año

**14.- ¿Las infecciones vaginales son un factor de riesgo para contraer cáncer de matriz?**

- 1 no
- 2 sí
- 3 no sabe

**15.-** ¿Las infecciones vaginales son causa por las que no se realiza el papanicolaou'

- 1 no
- 2 sí
- 3 sí se lo realiza

**16.-** ¿Actualmente presenta datos de infección como: flujo de mal olor, comezón en el área genital o ardor?

- 1 no
- 2 sí

**17.-** ¿Por qué medio de comunicación se enteró de la existencia del papanicolaou?

- 1 radio
- 2 televisión
- 3 periódico
- 4 otro

**18.-** ¿A que unidad de salud acude para realizarse el papanicolaou?

- 1 IMSS
- 2 ISSSTE
- 3 DIF
- 4 Centros de salud
- 5 Otros

**19.-** Escolaridad

- 1 sin escolaridad
- 2 primaria completa
- 3 primaria incompleta
- 4 secundaria completa
- 5 secundaria completa
- 6 preparatoria o equivalente incompleta
- 7 preparatoria o equivalente completa

**21.-** Religión

- 1 católica
- 2 cristiana
- 3 atea

**22.-** ¿Su pareja sabe cómo se previene el cáncer de matriz?

- 1 no
- 2 sí

**23.-** ¿Conoce los factores de riesgo que se asocian con el cáncer de matriz?

- 1 no
- 2 sí

**24.-** ¿Sabe cómo se puede prevenir el cáncer de matriz?

1 no

2 sí

**25.-** ¿Cómo se previene?

1 no sabe

2 sí sabe

**26.-** ¿La unidad de salud donde acude le proporciona facilidades para que se realice el papanicolaou?

1 no

2 sí

**27.-** ¿La actitud del personal de salud es un factor para que usted acuda a realizarse el papanicolaou?

1 no

2 sí

**28.-** ¿El sexo del personal de salud es un factor para que usted acuda a la muestra del papanicolaou?

1 no

2 sí

**29.-** ¿Usted entiende todo lo que el personal de salud le explica en lo que se refiere al cáncer de matriz?

1 no

2 sí

**30.-** ¿Considera que hay buena organización en las unidades de salud?

1 no

2 sí

**31.-** ¿Le facilitan el acceso para que se realice el papanicolaou?

1 no

2 sí

**32.-** ¿Los quehaceres del hogar han sido un obstáculo para que acuda a realizarse el papanicolaou?

1 no

2 sí

**33.-** ¿Su pareja ejerce control sobre sus decisiones e impide que acuda a realizarse

1 usted

2 otra persona

34.- ¿Su pareja ejerce control sobre sus decisiones e impide que acuda a realizarse su papanicolaou?

Sí  
No

35 ¿Usted valora su salud?

No  
Sí

36 ¿De qué forma ?

No  
Sí

37 ¿Qué persona de su núcleo familiar es importante por encima de usted?

Ninguna  
Hijos  
Pareja  
Toda la familia  
Alguien ajeno al núcleo familiar

38 ¿Tiene miedo a que le realicen el papanicolaou?

No  
Sí

39 ¿Tienen vergüenza a expones sus genitales ante el personal de salud?

No  
Sí

40 ¿Si un enfermero le fuera a tomar la muestra, accedería ?

No  
Sí

41 ¿Por qué?

No tiene ningún problema  
Por vergüenza  
No sabe

42 ¿No acude a realizarse la muestra por miedo al resultado?

No  
Sí

43 No acude ¿por que se sentiría culpable posterior al procedimiento?

No  
Sí

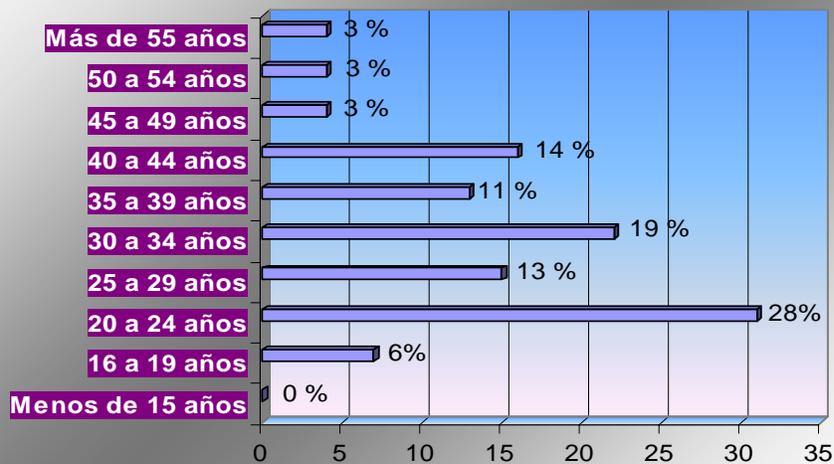
- 44 ¿Considera que sus genitales son propiedad de su esposo?  
No  
Sí
- 45 ¿Su pareja decide cuándo tiene que ir a realizarse su papanicolaou?  
No  
Sí
- 46 ¿Recurre a la medicina tradicional como otra opción para prevenir el cáncer de matriz?  
No  
Sí
- 47 ¿Considera que su pareja la debe acompañar a la unidad de salud?  
No  
Sí
- 48 ¿Por qué?  
No conoce el procedimiento  
Tendría mas confianza para realizárselo  
No tiene ningún problema
- 49 ¿Su religión es un obstáculo para que se realice el papanicolaou?  
No  
Sí
- 50 ¿Existe comunicación en su núcleo familiar acerca de la prevención del cáncer de matriz?  
No  
Sí





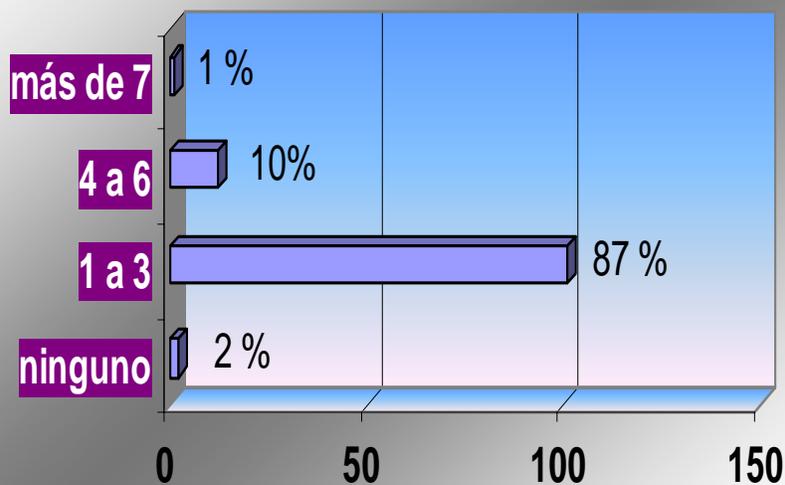
## GRÁFICAS DE RESULTADOS

**Gráfica 1. Edad de la población estudiada en Lomas de Cuautepec**



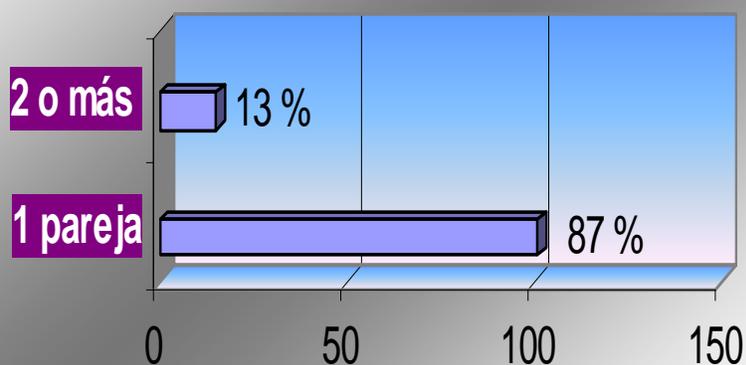
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 2. Número de hijos que tienen las mujeres de Lomas de Cuautepec**



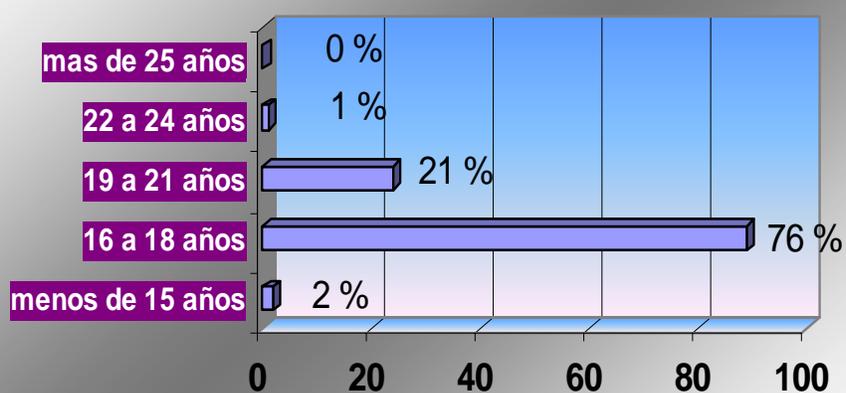
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

### Grafica 3: Número de parejas sexuales de las mujeres de Lomas de Cuauhtepac



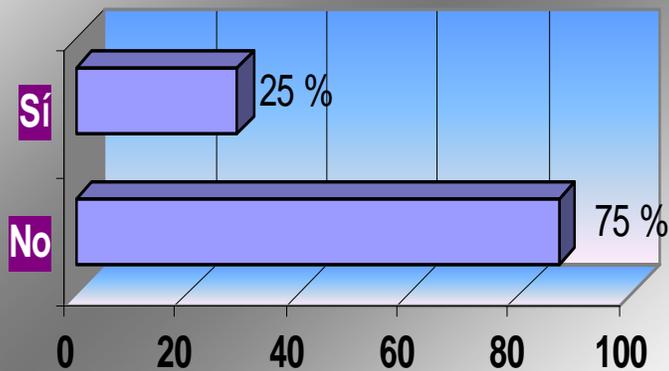
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPAC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 4. Inicio de vida sexual activa de las mujeres de Lomas de Cuauhtepac



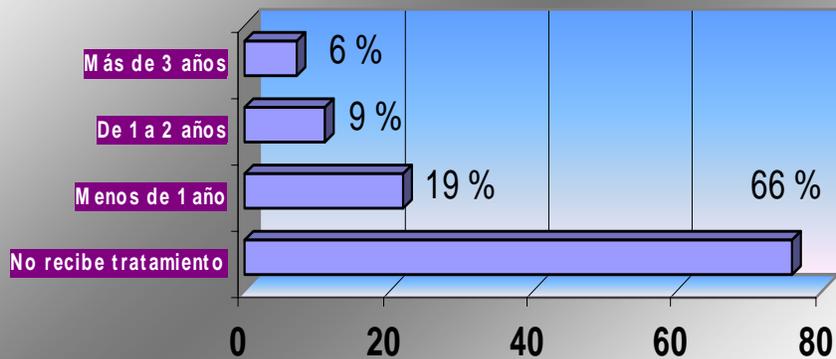
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPAC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 5. Mujeres que reciben tratamiento hormonal de Lomas de Cuauhtepc**



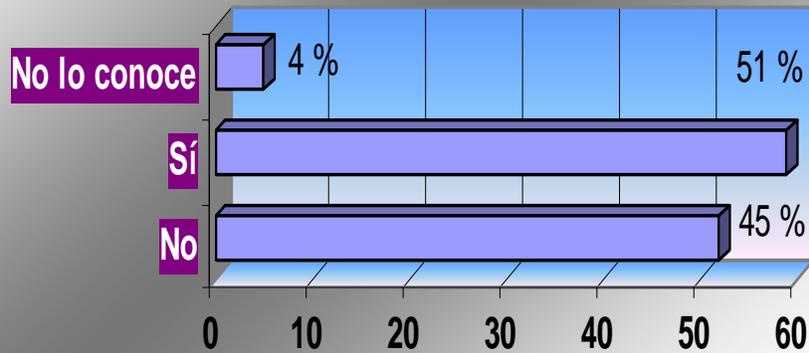
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPc AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 6. Periodo en el cual las mujeres de Lomas de Cuauhtepc han tomado tratamiento hormonal**



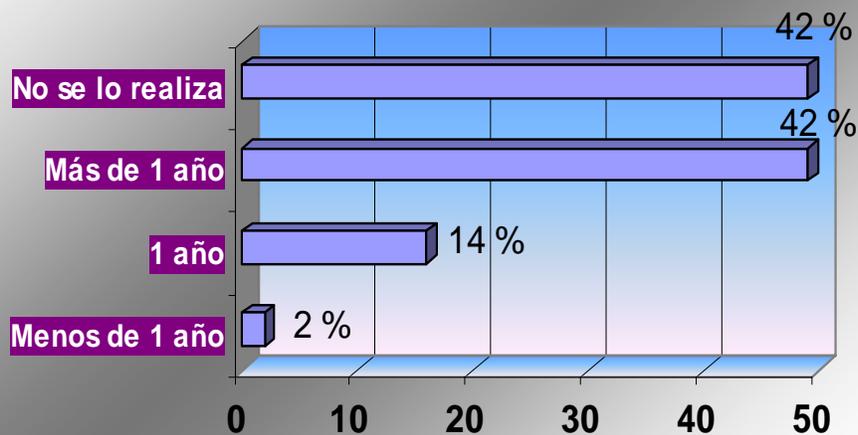
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPc AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 7. Mujeres que se han realizado el papanicolaou en Lomas de Cuauhtepac**



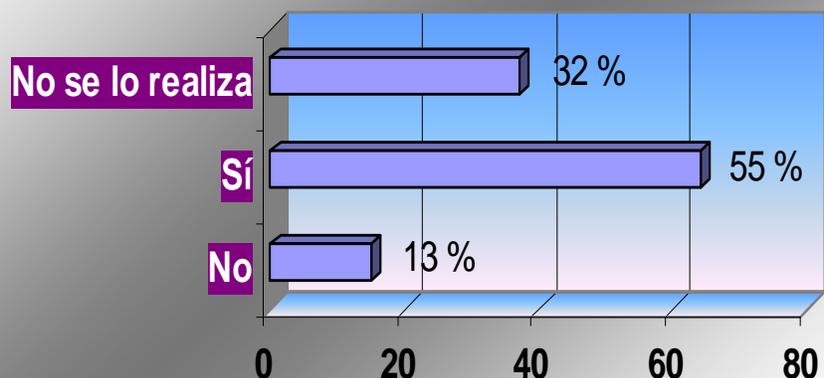
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPAC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 8. Frecuencia con la que se realizan el papanicolaou en Lomas de Cuauhtepac**



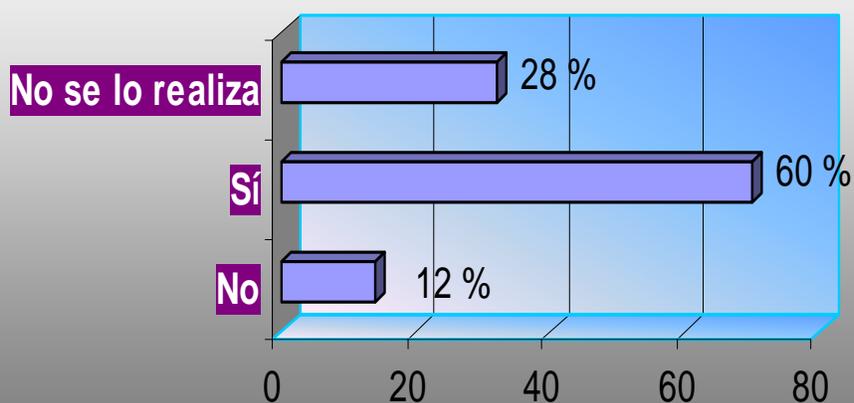
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPAC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 9. Mujeres que en la toma del papanicolaou les causa dolor**



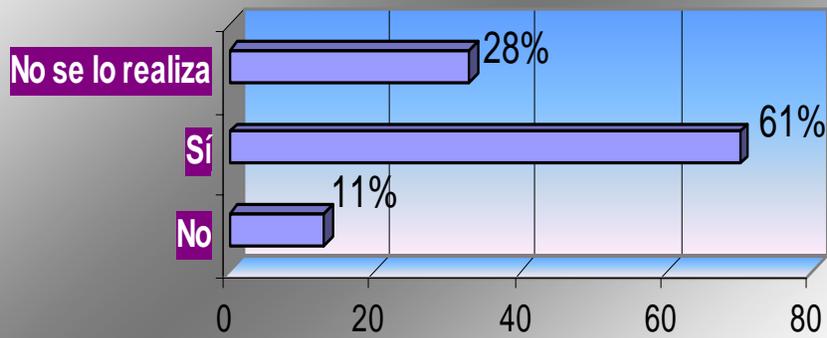
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 10. "Dolor" como causa para no realizarse el papanicolaou**



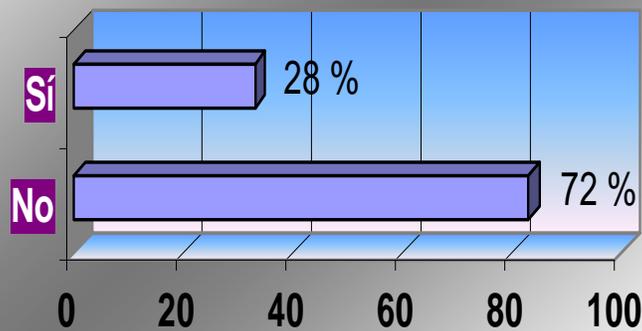
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 11. Mujeres que acuden por sus resultados en Lomas de Cuautepec**



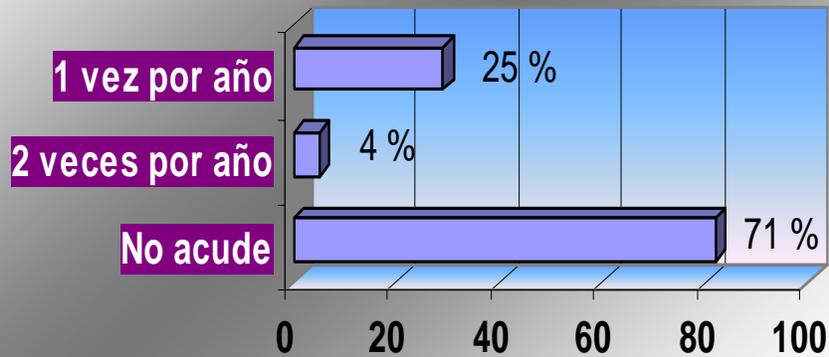
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 12. Mujeres que acuden a revisión ginecológica en Lomas de Cuautepec**



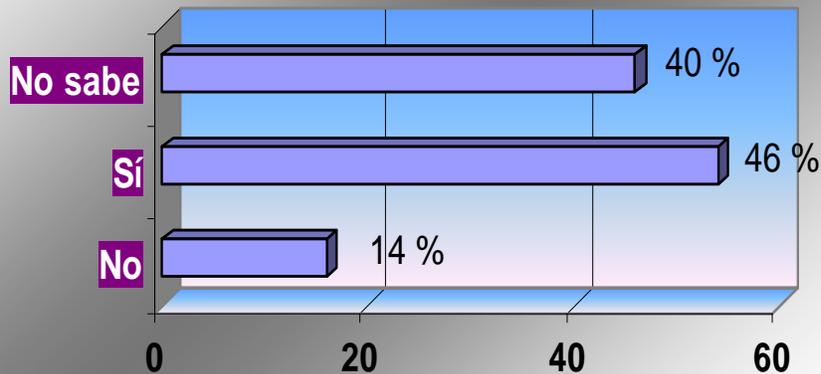
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 13. Periodicidad en que las mujeres de Lomas de Cuauteppec acuden al ginecólogo**



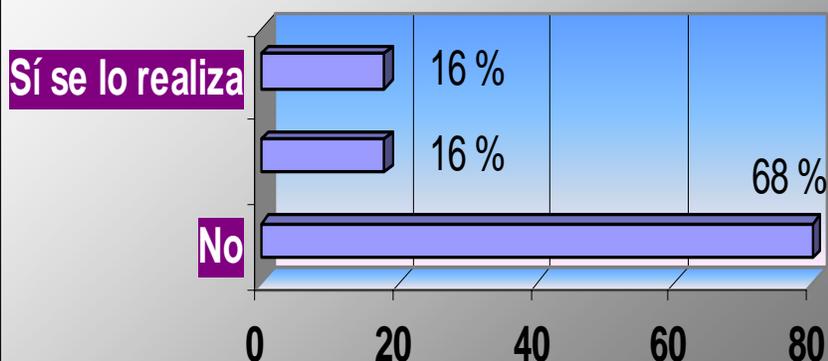
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 14. Mujeres de Lomas de Cuauteppec, que contestaron que el factor de riesgo para contraer cáncer son las infección vaginales.**



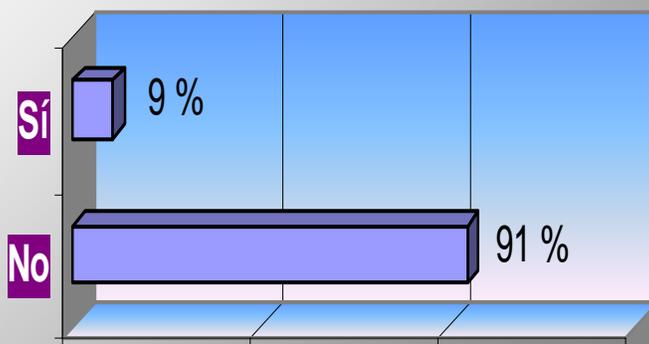
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 15. Las infecciones vaginales son causa por las que no se realicen el papanicolaou las mujeres de Lomas de Cuauhtepc**



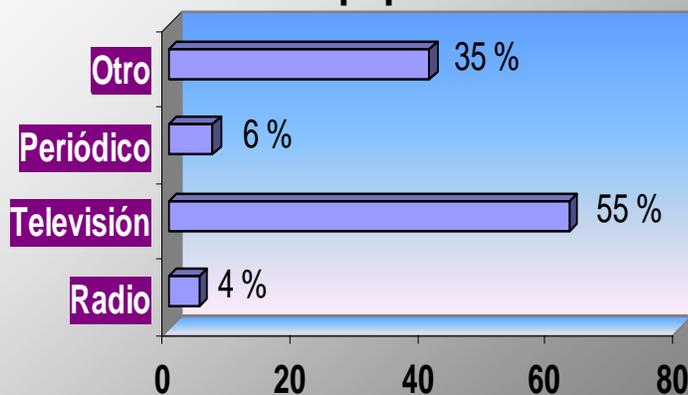
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPc AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfico 16. Mujeres que presentan datos de infección vaginal en Lomas de Cuauhtepc**



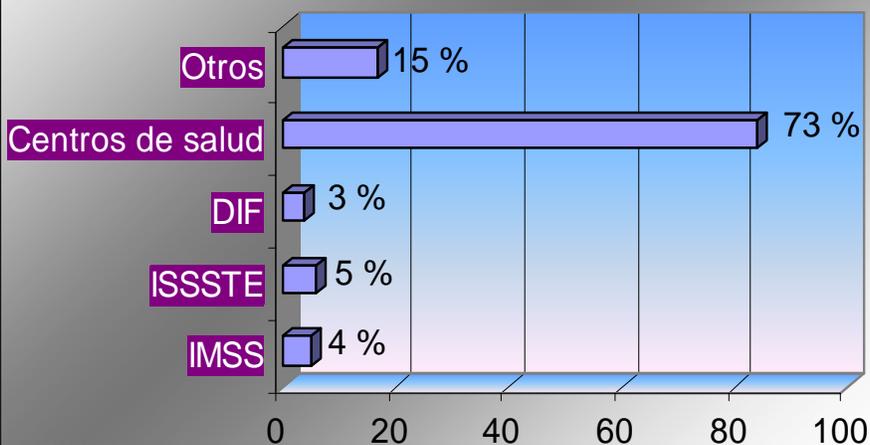
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUHTEPc AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfico 17. Medios de comunicación por el cual se enteran las mujeres de Lomas de Cuauteppec de la existencia del papanicoalou**



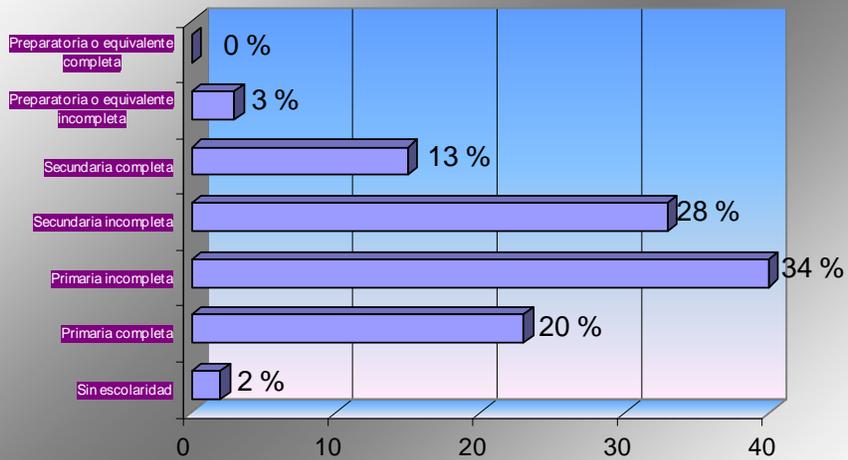
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 18. Unidades de salud en donde acuden las mujeres de Lomas de Cuauteppec a realizarse el papanicolaou**



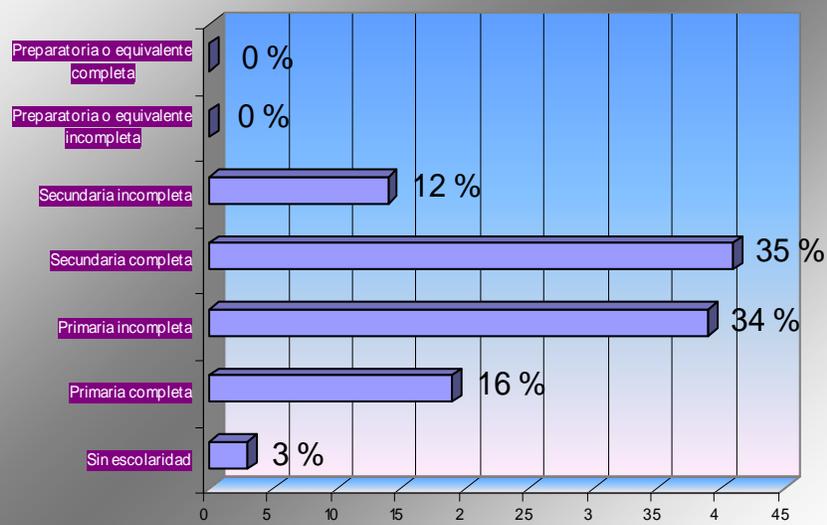
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 19. Escolaridad de las mujeres de Lomas de Cuautepec**



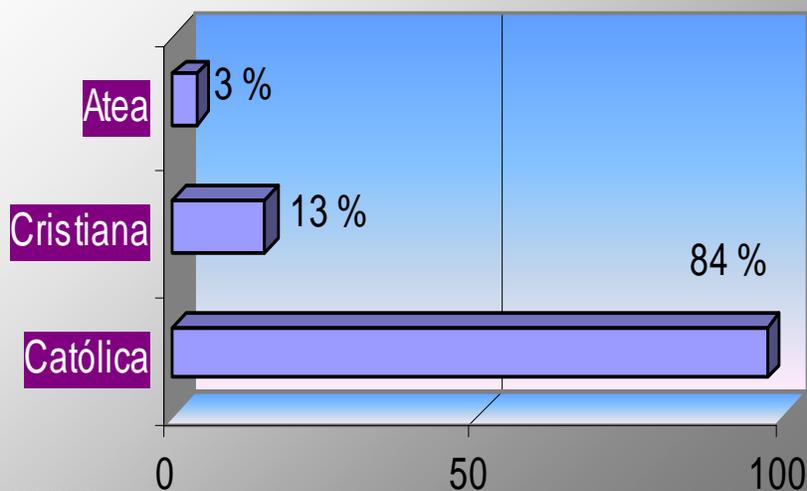
**FUENTE:**  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 20. Escolaridad de la pareja de las mujeres de Lomas de Cuautepec**



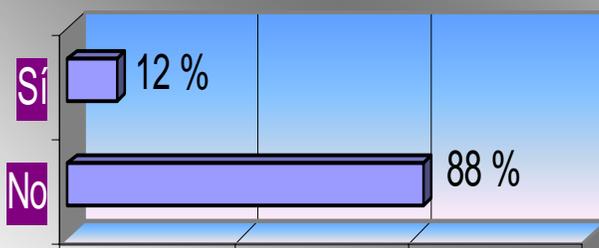
**FUENTE:**  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

### Gráfica 21. Religión de las mujeres de Lomas de Cuautepec



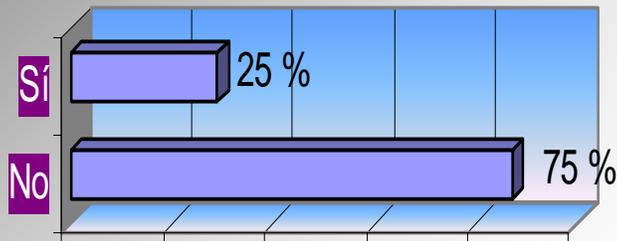
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 22. Parejas que conocen cómo prevenir el cáncer de matriz de las mujeres de Lomas de Cuautepec



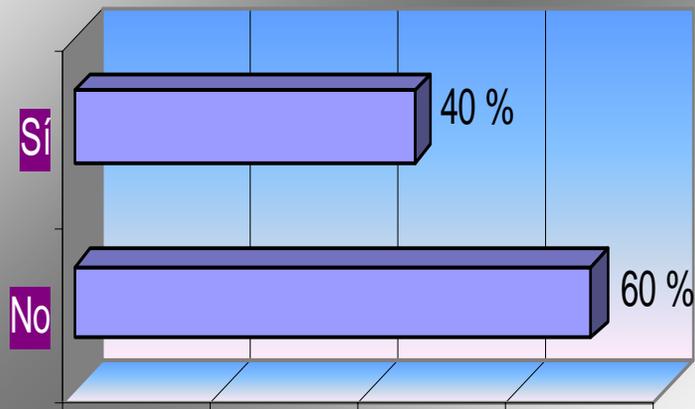
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 23. Conocimiento que tienen las mujeres de Lomas de Cuautepec de los factores de riesgo del cáncer de matriz



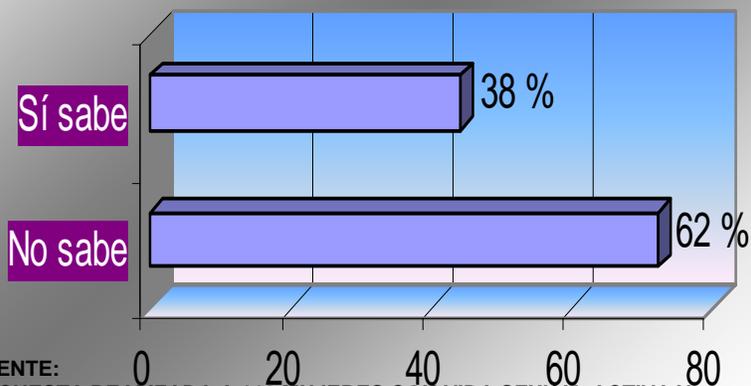
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

### Gráfica 24. Mujeres que saben cómo prevenir el cáncer de matriz



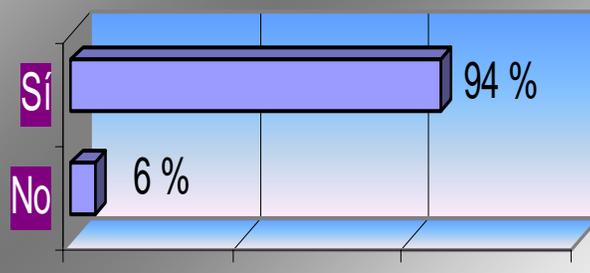
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 25. Mujeres que contestaron cómo se previene el cáncer de matriz**



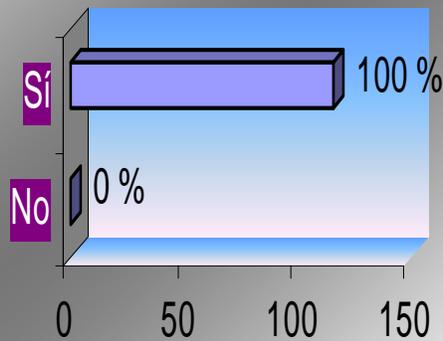
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 26. Mujeres que mencionan si les proporcionan facilidades para la toma del papanicolaou, en la unidad de salud donde acuden**



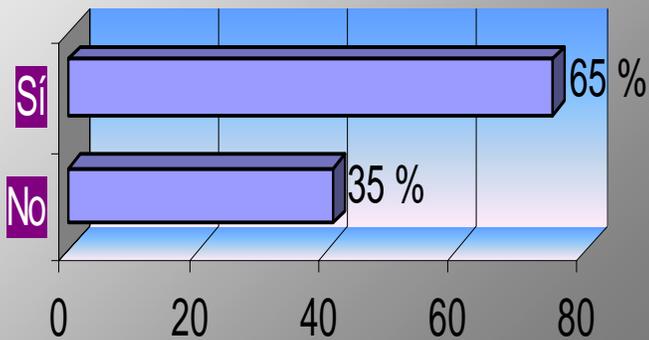
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 27. Mujeres que mencionan que la actitud del personal es un factor para asistir a la toma del papanicolaou**



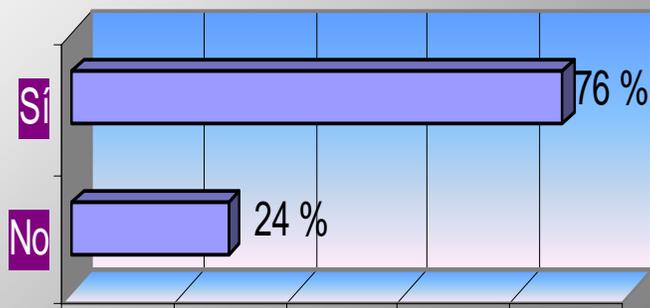
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 28. Las mujeres mencionan si el sexo del personal es un factor para que acuda a la muestra del papanicolaou**



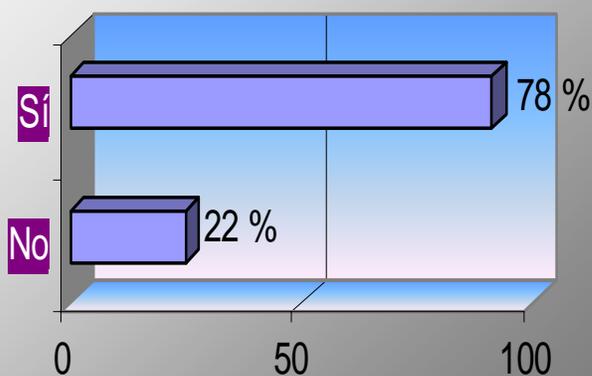
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 29. Mujeres que mencionaron el entendimiento que tienen sobre la información dada por el personal de salud sobre el cáncer de matriz**



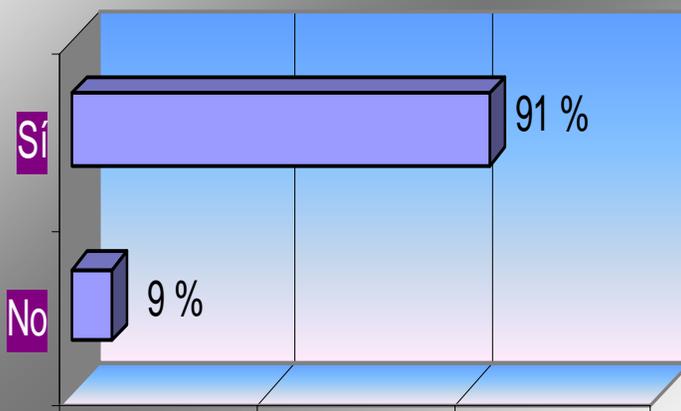
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 30. Mujeres que consideran si hay una buena organización en las unidades de salud para la toma del papanicolaou**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 31. Facilidades para el acceso del papanicolaou



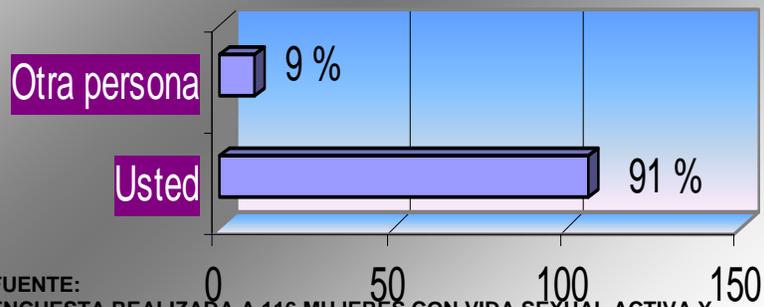
FUENTE: 0 50 100 150  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

### Gráfica 32. Mujeres que mencionan que los quehaceres del hogar son un obstáculo para la toma de su papanicolaou



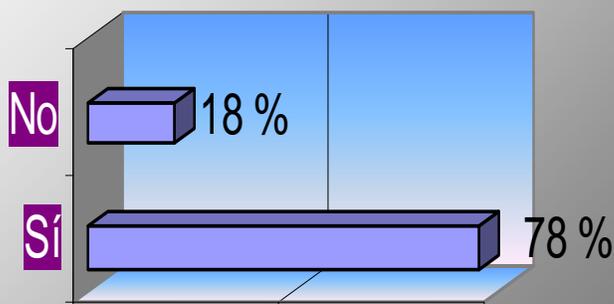
FUENTE: 0 50 100 150  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 33. Mujeres que mencionan  
quién ejerce el control en sus  
decisiones para acudir a realizarse  
el papanicolaou**



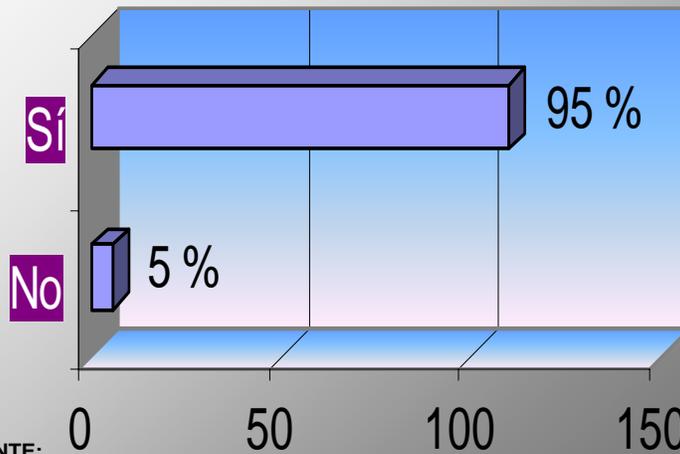
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 34. La pareja ejerce  
control e influye para acudir  
a la prueba de papanicolaou**



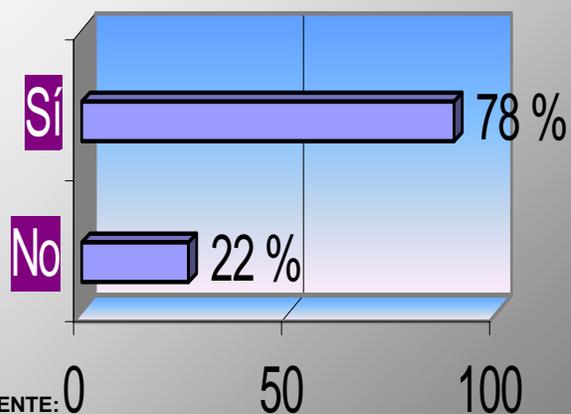
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

### Gráfica 35. Mujeres que valoran su salud



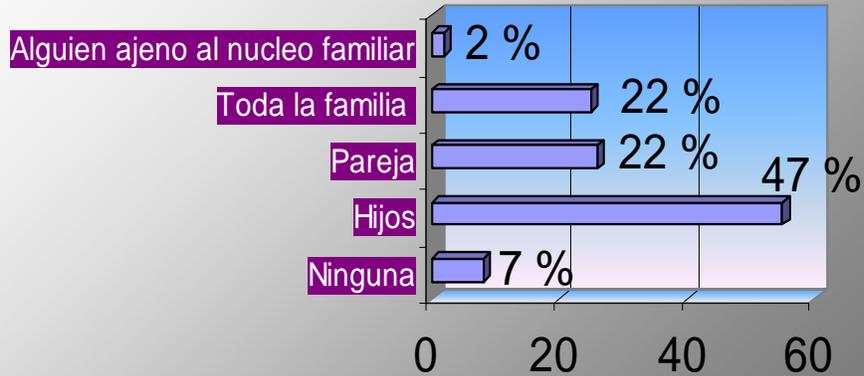
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 36. La mujer valora con responsabilidad su salud



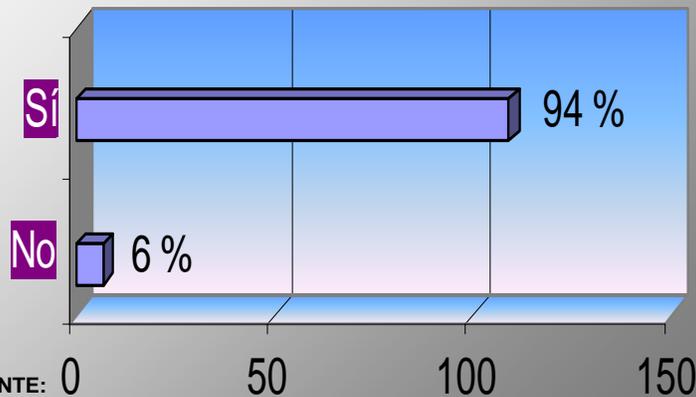
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 37. Persona más importante por encima de ella misma**



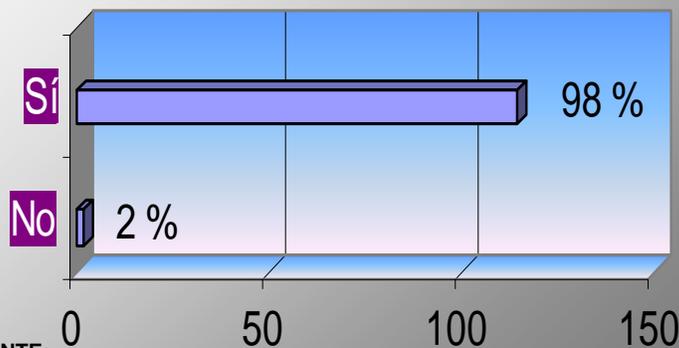
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 38. Mujeres que tienen miedo a realizase el papanicolaou**



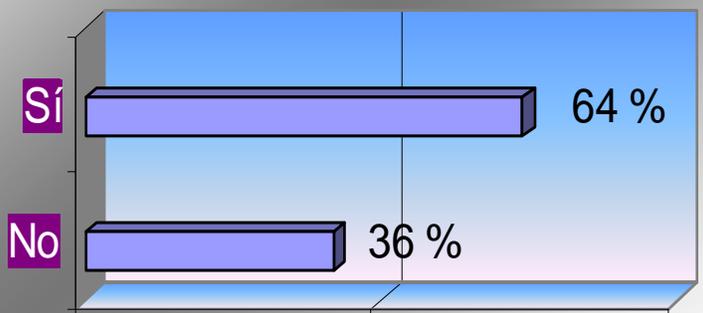
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y  
EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGEB002-7 LOC. 209

**Gráfica 39. Mujeres que tienen vergüenza a exponer sus genitales ante el personal de salud**



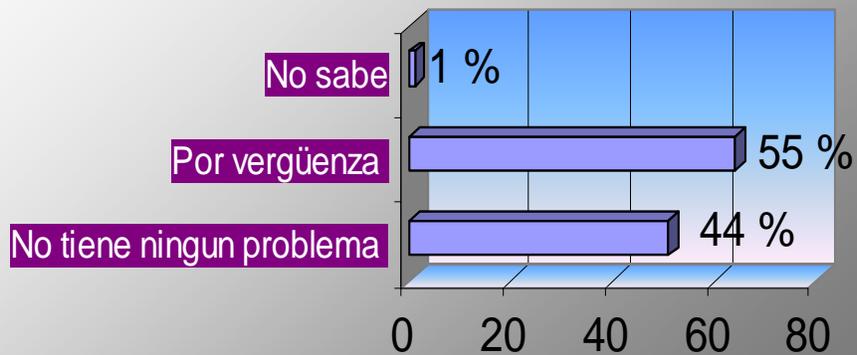
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 40. Mujeres que aceptarían, que un enfermero les realice el papanicolaou**



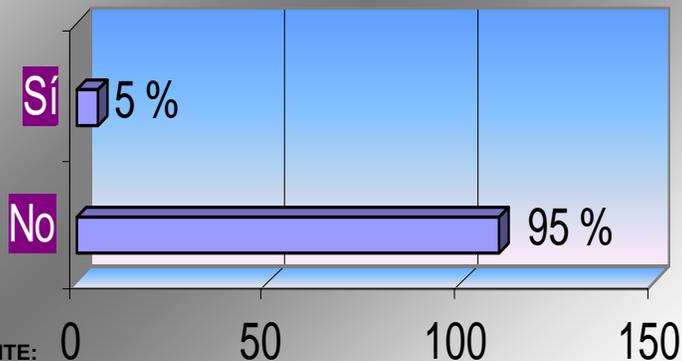
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 41. Causa por la cual no accederá a la toma



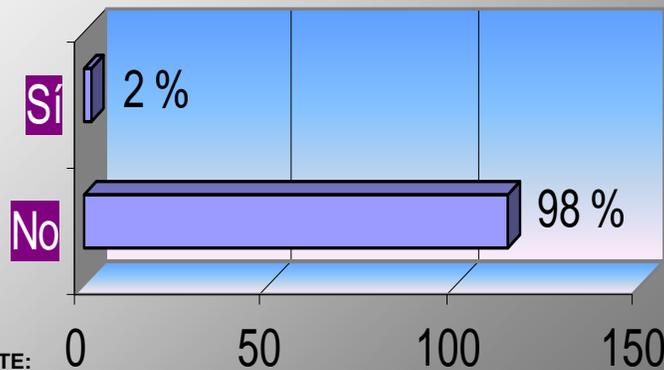
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 42. El miedo como causa para no acudir por su resultados



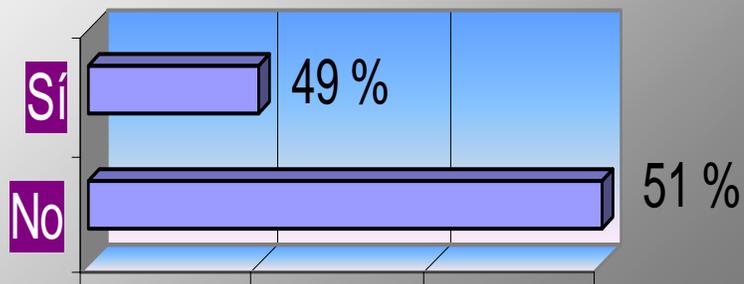
FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 43. Mujeres que se sentirían culpables después de la toma



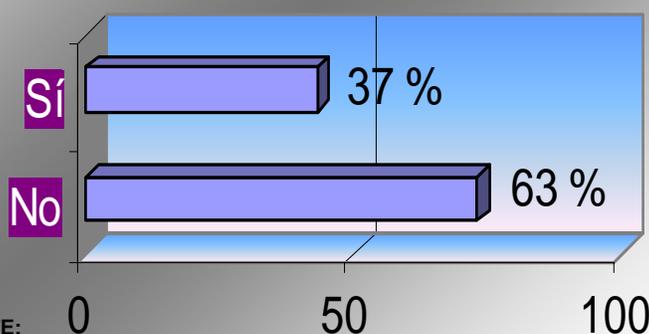
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 44. Mujeres que consideran que sus genitales son propiedad de su pareja



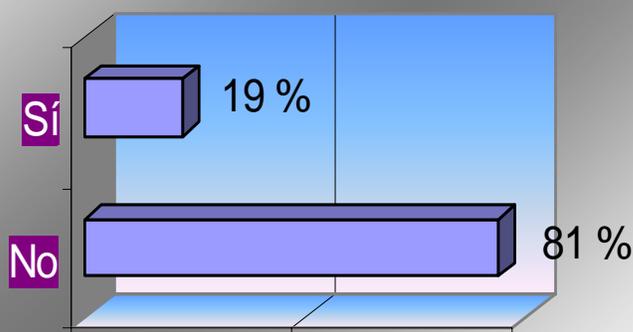
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Grafica 45. Mujeres que mencionan que su pareja decide cuando realizarse el papanicolaou



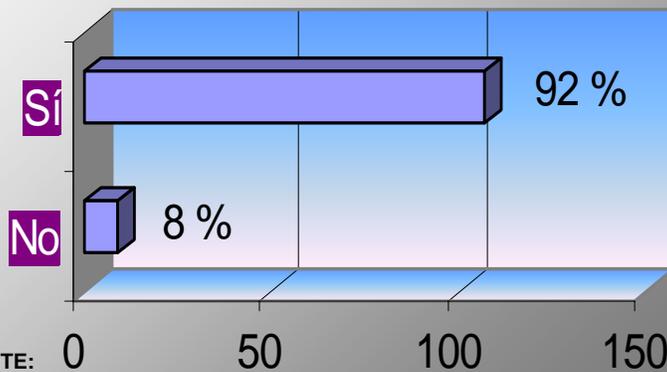
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 46. Mujeres que recurren a la medicina tradicional como otra opción para prevenir el el cáncer de matriz



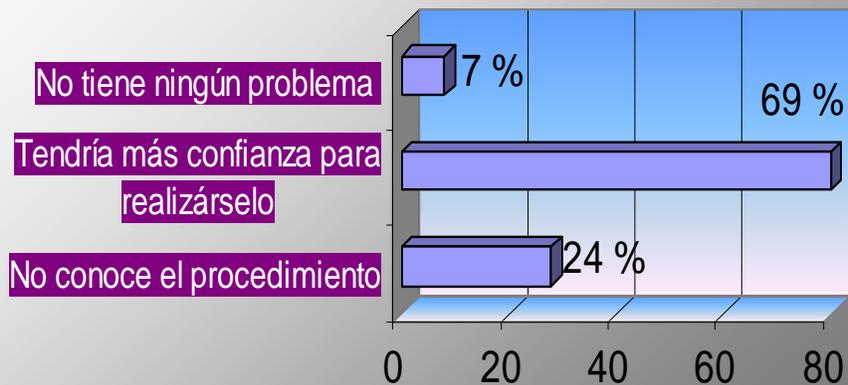
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 47. Mujeres que consideran, que su pareja, la debe acompañar a la unidad de salud**



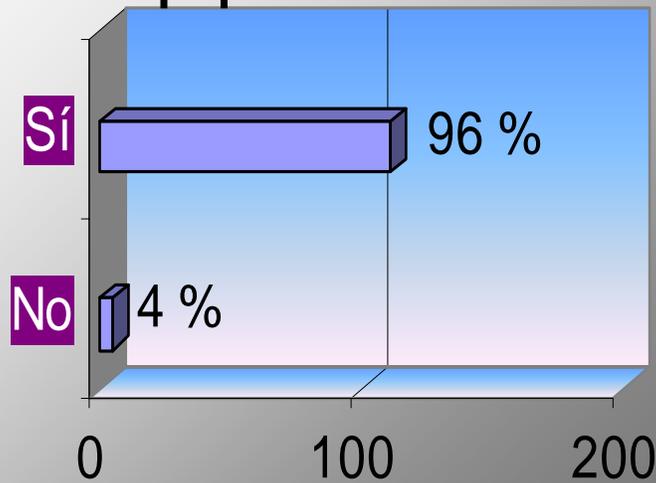
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

**Gráfica 48. Por qué consideran que su pareja, la debe acompañar a la unidad de salud**



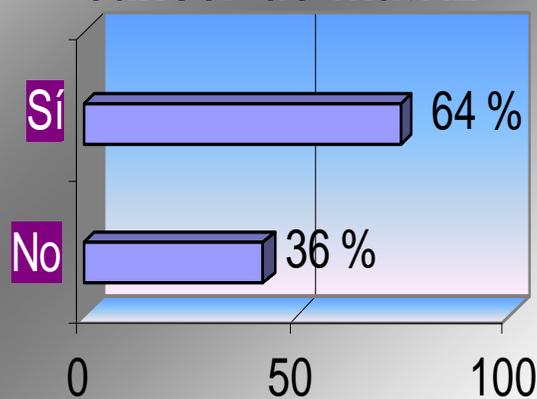
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 49. Mujeres que mencionan, que su religión les impide realizarse el papanicolaou



FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

### Gráfica 50. Mujeres que tienen comunicacion en su núcleo familiar acerca del cáncer de matriz



FUENTE:  
ENCUESTA REALIZADA A 116 MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN EDAD FÉRTIL DE LOMAS DE CUAUTEPEC AGE002-7 LOC. 209

## GLOSARIO

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

**Cáncer:** Tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte.

**Carcinoma in situ:** De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

**Carcinoma micro invasor del cuello uterino:** 1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm., 1 a 2 invasión al estroma menor de 5 mm., y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

**Centro oncológico:** Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria reservada principalmente para el diagnóstico y tratamiento a pacientes que padecen afecciones específicas de lesiones precursoras y cáncer.

**Cepillado endocervical:** Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo.

**Citología cervical:** 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.

**Clínica de displasias:** Departamento o servicio dentro de un hospital general o centro oncológico con una área física adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración); equipo básico adecuado (colposcopio estereoscópico de alta resolución y una unidad de electro cirugía de alta frecuencia), así como al menos un médico capacitado, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones premalignas y malignas intraepiteliales del cérvix.

**Colposcopía:** Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos, 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.

**COMITÉ:** Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario.

**CONAVE:** Consejo Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

**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.

**Creencia:** Algo aceptado como cierto mediante un juicio de probabilidad más que en la realidad.

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

**Cultura:** En sociología, las creencias y prácticas que son compartidas por las personas y pasadas de generación en generación.

**Displasia:** Anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

**Dolor:** Sensación básicamente desagradable, localizada o general, leve o intensa, que representa el sufrimiento inducido por la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas; este puede ser amenazado o fantaseado.

**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 5mm.

**Epidemiología:** Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

**Factores:** Elementos, circunstancias, influencia que atribuye a producir un resultado.

**Factores psicológicos:** Rasgos de la personalidad inespecíficos o numerosos los cuales tienen una relación mutua o recíproca con un fenómeno particular.

**Hibridación:** Prueba diagnóstica basada en el reconocimiento e identificación de la estructura homóloga del DNA de un organismo celular.

**Hiperplasia atípica:** Multiplicación anormal de las células que constituyen un tejido.

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

**Histopatología:** Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos.

**Incidencia:** Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.

**INDRE:** Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, SSA.

**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).

**Legrado endocervical:** Intervención instrumental que consiste en raspar con una cucharilla una superficie dada, especialmente la del canal endocervical.

**Morbilidad:** Medida de frecuencia de la presentación de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.

**Mortalidad:** Medida de frecuencia de las defunciones que ocurren en una población, lugar y tiempo determinado.

**Neoplasia:** Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

**NIC:** Neoplasia Intra epitelial Cervical.

**NOM:** Norma Oficial Mexicana.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**Perspectiva de género:** Es una visión analítica en búsqueda de la inequidad entre hombres y mujeres, con igualdad de oportunidad.

**SINAVE:** Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

**VPH:** Virus del Papiloma Humano.

## BIBLIOGRAFÍA

- **ANA FLISSER**, Institución nacional de laboratorios de citología del CONAVE México D.F. 1994
- **BROCHAN SWEITZER**, Psicología del cuerpo, Barcelona Ed. Herder 1992
- **DENIIS A CASIATO- BERRI B.** Oncología Clínica Ed. Marban 2001
- **Dr. IVOR E. TOLEDO BENITEZ**, Revista servidor México
- **ESTIMACIONES DE CONAPO**
- **INEGI**
- **INEGI CONAPO**
- **INEGI, SSA/ DGEI**
- **JULIO ALONSO /LASCANO/** Cáncer Cérvicouterino diagnóstico, prevención y control, edición 2000.
- **KOZIER,ER-OLIVIER**, Enfermería fundamental Tomo 3, INTERAMERICANA
- **JOSÉ ANTONIO CARBOLES**, Gran Diccionario de Psicología, Ed. Del Prado Larousse. 1992.
- **KOZIER, ER-OLIVIER**, Enfermería fundamental Tomo 4 , INTERAMERICANA
- **NORMA OFICIAL MEXICANA** Nom-014 SSA 2-1994 Para la prevención y control de cáncer Cérvicouterino.
- **PROGRAMA NACIONAL** de cáncer cérvicouterino.
- **RUY PÉREZ TAMAYO**, El cáncer en México, Colegio Nacional de México. 2003.
- **SSA.** Manual de normas y procedimientos para la prevención de cáncer cérvicouterino y mamario 1997.
- **SSA.** Manual de procedimientos para la toma de muestra citología cervical ed. 2000.
- **SSA.** Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvicouterino 2001-2006.
- **TRULLO-GUTIERREZ J. J.** El cáncer cérvicouterino revista salud Mayo- Agosto 2000.