



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA  
DE LA CLINICA 20 DEL IMSS, NO SE PRACTICAN LA CITOLOGIA  
EXFOLIATIVA VAGINAL (PAPANICOLAOU)  
A PESAR DE LA PROMOCION QUE SE REALIZA

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**AIDA DEL CARMEN VARGAS**

No. DE CUENTA: 09262372-3



ASESORA: LIC. EN ENF. IRMA VALVERDE MOLINA

MÉXICO, D. F. 28 de Julio de 2009



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 AIDA.***

**Agradezco infinitamente a Dios porque me ha proporcionado enormes bendiciones y con ello una vida afortunada.**

**A mis hijos Ángel Alfredo y Juan Carlos por ser la motivación principal para seguir buscando mi desarrollo en todos los aspectos, en especial mi desarrollo personal, ya que mi objetivo principal es llegar a ser la mejor guía y ejemplo para ellos.**

**A Alfredo(mi esposo), porque gran parte de lo que soy y lo que tengo se lo debo a él, ya que ha sido uno de los principales motores que ha contribuido a mi transformación como persona día con día.**

**A mis padres ya que a ellos, les debo la vida, valores , principios y gran parte de lo que soy.**

**A mis tíos, que en cierto momento fungieron como mis padres y que sin su valiosísimo apoyo no fuera lo que soy.**

## **AGRADECIMIENTOS GENERALES.**

**A mi asesora que con sus conocimientos, experiencia y el ánimo proporcionado facilitaron la realización y el desarrollo de este proyecto, ya que sus contribuciones fueron de gran trascendencia para lograr culminar con éxito el mismo.**

**A mis sinodales por haberme proporcionado su tiempo y paciencia para la revisión del presente trabajo y culminarlo con éxito.**

**Al Dr. Juan Manuel González Puente por impulsarme con sus comentarios positivos sobre este proyecto, los cuales contribuyeron como motivación para seguir adelante y culminarlo.**

## INDICE

<b>I</b>		<b>PLANTEAMIENTO DE LA SITUACION DEL PROBLEMA</b>	<b>1-3</b>
1.1		<i>Introducción</i>	1
1.2		<i>Planteamiento del problema</i>	2
1.3		<i>Variables y su clasificación</i>	2
1.4		<i>Hipótesis</i>	2
1.5		<i>Objetivo</i>	3
1.6		<i>Justificación</i>	3
<b>II</b>		<b>MARCO TEORICO</b>	<b>6-23</b>
2.1		<i>Breve descripción de anatomía y fisiología de los órganos sexuales</i>	6-19
	2.1.1	<i>Anatomía</i>	6
	2.1.2	<i>Fisiología</i>	9
2.2		<i>Cáncer Cervico uterino</i>	14
	2.2.1	<i>Historia natural de la enfermedad</i>	14
	2.2.2	<i>Causas del Cáncer Cervico uterino</i>	15
	2.2.3	<i>Síntomas</i>	17
2.3		<i>Clasificación</i>	18
2.4		<i>Tratamiento</i>	21
2.5		<i>Complicaciones</i>	24
2.6		<i>Diagnostico</i>	24
2.7		<i>Rehabilitación</i>	
<b>III</b>		<b>METODOLOGIA</b>	<b>24-30</b>
3.1.		<i>Datos de la Población de Estudio</i>	24
3.2		<i>Tipo de muestra</i>	24
3.3		<i>Muestra</i>	24
3.4.		<i>Unidades de observación</i>	24
3.5		<i>Criterios de inclusión</i>	24
3.6		<i>Procesamiento estadístico de los datos</i>	25
3.7		<i>Presentación de resultados</i>	25
3.8		<i>Instrumento para la recolección de los datos</i>	25
3.9		<i>Cuestionario</i>	26
3.10		<i>Organización</i>	30
<b>IV</b>		<b>RESULTADOS</b>	<b>31-49</b>
4.1		<i>Descripción de los datos</i>	31
4.2		<i>Discusión de los resultados</i>	31
4.3		<i>Conclusiones</i>	50
4.4		<i>Sugerencias</i>	57
4.5		<i>Comprobación de hipótesis</i>	58
<b>V</b>		<b>REFERENCIAS</b>	<b>59-61</b>
5.1		<i>Bibliografía</i>	54
5.2		<i>Revista</i>	61
5.3		<i>Páginas de internet</i>	61

## 1.1 INTRODUCCIÓN.

Por ignorancia, vergüenza, costumbre o simplemente por considerarlo tema tabú, muchas mujeres mexicanas ocultan padecimientos originados en los órganos genitales o las glándulas mamarias, lo que compromete seriamente la salud.

Al ocultar malestares no se dan cuenta que propician que las enfermedades evolucionen en problemas graves, como el Cáncer Cervico uterino o de mama. La primera explicación a ello sería la desinformación con la que vive un alto porcentaje de la población.

El Cáncer cervical (CaCu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. Sin embargo El CaCu constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80% de ellos corresponden a países en vías de desarrollo.

Para el año 2002, en el mundo fue reportado cerca de medio millón de casos nuevos de cáncer de cérvix y 273,500 defunciones por esta causa, los cuales representan aproximadamente 15% del total de casos nuevos y 4% de las defunciones por cáncer en la mujer.

En México, en el año de 1998, se notificó una tasa de mortalidad por este tipo de neoplasia de 20,1 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años, lo que representó 4.522 defunciones.<sup>1</sup>

Así mismo en nuestro país, para el año 2001, el Cáncer de cérvix ocupó el primer lugar en casos nuevos registrados y en mortalidad por neoplasias malignas, con 36 y 8% respectivamente.<sup>2</sup>

En particular,

Un estudio realizado por el IMSS en Oaxaca, muestra que un 56 % de las mujeres ocultan algún tipo de padecimiento como inflamación e infecciones en vulva, vagina y cérvix, la ptosis del útero y tumores en senos y útero. En tanto que el 44% restante refirió no hablar de sexualidad. De acuerdo a los investigadores, los padecimientos indicados se originan por diversas causas, entre las que se pueden mencionar el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, tener varios compañeros sexuales, falta de higiene y de asistencia médica.

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud de México. Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino. México (DF); 2000

<sup>2</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.  
Registro histopatológico de neoplasias en México 2001. Morbilidad y Mortalidad

**La anterior investigación bien puede indicar lo que sucede en todo el país, también demuestra que pasa en los programas que orientan a la prevención y detección de enfermedades propias de la mujer, no hay cultura de la salud femenina, una muestra de ello es que el cáncer de mama en la primera causa de muerte en mujeres mexicanas entre 45 y 55 años de edad, seguido del Cáncer Cervico uterino, a pesar de que existen formas de prevenir y tratar este en etapas tempranas.**

## **TEMA GENERAL.**

**Cáncer Cervino uterino como problema de Salud publica en México.**

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

**Determinar las razones por las cuales las mujeres de la Clínica No. 20 evitan realizarse periódicamente la Citología Cervico vaginal (Papanicolaou) como prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino, a pesar de la promoción que se realiza.**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

**¿Cuáles son las razones o causas por las cuales las mujeres evitan realizarse el Papanicolaou como prueba de detección oportuna de cáncer?**

### **VIABILIDAD.**

**Este proyecto es viable, ya que se cuenta con la población de mujeres necesarias y los recursos materiales para llevarse a cabo.**

### **1.3 VARIABLES:**

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

**La realización del Papanicolaou**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**Razones más frecuentes para la no realización del Papanicolaou:**

**Nivel económico**

**Nivel socio-cultural**

**Aspectos Institucionales**

**Aspectos psicológicos (cogniciones, creencias, conductas, hábitos).**

### **1.4 HIPÓTESIS.**

**Las mujeres evitan la realización de la Citología Exfoliativa Cervico Vaginal (Papanicolaou) como prueba de detección oportuna de cáncer por la falta de información al respecto así como por posibles causas o razones que funcionan como barreras psicológicas que hacen que las limiten para la realización de dicha prueba.**

**A menor información sobre la prueba del Papanicolaou y el Cáncer Cervico uterino, las mujeres evitan realizarse dicha prueba como detección oportuna de Cáncer Cervico uterino.**

## **1.5 OBJETIVO.**

- **Investigar cuales son las causas o razones más frecuentes por las que las mujeres evitan realizarse el estudio de Papanicolaou como prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino.**
- **Indagar a cerca de la importancia que tiene para la mujer la información sobre la prueba del Papanicolaou, así como el sentir, y cómo influye este para decidir practicarse el estudio.**
- **Determinar cuál es la percepción que tienen las mujeres sobre la práctica del Papanicolaou que hacen que las limiten a realizárselo y por consiguiente funcionen como barreras que evitan una detección oportuna de Cáncer Cervico uterino.**

## **1.6 JUSTIFICACIÓN.**

**El Cáncer Cervico uterino es una de las primeras causas de muerte por neoplasias entre mujeres de 25 a 65 años en México. Durante el 2006 alrededor de 800 mujeres murieron cada día en todo el mundo por Cáncer Cervico-uterino y cada dos horas muere o fallece una mujer por esta enfermedad en la época más productiva de su vida probablemente a causa de la ignorancia o atención tardía (según un estudio realizado por el Centro Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en nuestro país, esta enfermedad junto con el cáncer de mama, es una de las dos principales causas de muertes en mujeres mayores de 25 años. Considerándose este un problema de salud pública, siendo que es uno de los padecimientos que cuenta con procedimientos de detección temprana, así como tratamientos resolutivos de fácil aplicación en sus primeras etapas.**

**La experiencia de los países Nórdicos, Canadá y EUA.<sup>3,4</sup> muestra que la mejor alternativa para el control de la mortalidad por Cáncer Cervico uterino es la detección y el tratamiento de los procesos inflamatorios cervico vaginales y lesiones precursoras como son las displasias leves, moderadas, severa y aun el cáncer in situ, siendo, la citología cervical conocida como Papanicolaou el método de tamizaje de elección.**

**Este trabajo solo es una constancia de la gravedad que representa este problema. El divulgar las cifras no tiene otro propósito más que el despertar conciencia entre la**

---

<sup>3</sup>.- Lazcano PE, Moss S, Alonso de Ruiz P, Salmerón CJ, Hernández AM. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of México. Arch Med Res 1999; 30:240-50.

<sup>4</sup>.- Lazcano-Ponce E. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México, 1999 (41) 4: 178-285.

**población sobre las medidas de prevención y atención que deben observarse al respecto.**

**Por tal motivo es muy importante que se revise e investigue cuales son las principales causas o razones por las cuales las mujeres evitan realizarse el estudio del Papanicolaou como prueba de detección oportuna de Cáncer, y con la información obtenida tratar de concientizar a las personas de la importancia de enfrentar y afrontar las causas que las inhiben a realizarse dicho estudio, para con ello reforzar las campañas y los programas preventivos con el fin de reducir el índice de personas con este problema .**

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO.**

### **2.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.**

**El aparato reproductor femenino se compone de dos ovarios, dos tubas o trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva.**

#### **OVARIO.**

**Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona que son las hormonas sexuales femeninas. Tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor, su superficie es lisa antes de la pubertad, pero, a partir de la maduración de los óvulos y su salida cíclica del ovario (ovulación) va presentando una superficie irregular, en la menopausia, con el cese de las ovulaciones, tiende otra vez a volverse liso. Están situados en la pared lateral de la cavidad pelviana, en la fosa ovárica, formada por el relieve del uréter, por detrás y los vasos iliacos externos, por fuera y por delante, recubiertos por el peritoneo parietal.**

**El borde anterior del ovario está en contacto con la trompa, que se dobla sobre el ovario, mientras el pabellón tubárico cae por su cara interna.**

#### **Estructura interna:**

**Un epitelio cúbico simple o epitelio germinal cubre el ovario. Inmediatamente por debajo se encuentra la corteza, que se condensa en la periferia formando la albugínea del ovario y, por dentro de ésta, un tejido conectivo o estroma ovárica que alberga los folículos ováricos. Los folículos son formaciones constituidas por una célula sexual femenina (ovocito) (precursor del óvulo) rodeadas de una capa de células foliculares, de origen epitelial. En el ovario de una mujer adulta se encuentran folículos en diferentes etapas de maduración.**

**Paralelamente a los cambios morfológicos que se han descrito en la superficie del ovario relacionados con la edad de la mujer, la estructura interna ofrece también diferencias en función de las épocas que marca la fisiología femenina; es diferente antes de la pubertad, en la edad adulta y tras la menopausia.**

**Desde el nacimiento hasta la pubertad el ovario cuenta con una dotación de unos 40,000 folículos sin madurar o folículos primarios, compuestos por un ovocito primario rodeado de unas pocas células foliculares.**

**A partir de la pubertad, las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis, sobre todo la foliculo estimulante (FSH), hacen madurar en cada ciclo menstrual algunos folículos pasando de primarios, secundarios, terciarios hasta llegar a folículos de Graaf.**

**El folículo de De Graaf se sitúa en la superficie del ovario y, en el proceso de ovulación, se rompe para dar salida al ovocito, aproximadamente el día 14 del ciclo menstrual. El ovocito expulsado conserva a su alrededor la zona pelúcida y un grupo de células foliculares de la corona radiada.**

En el ovario podemos encontrar a cada momento varios folículos en proceso de maduración, pero sólo uno de ellos llega a romperse dejando salir el ovocito y los demás se atrofian formando folículos atrésicos.

Al romperse el folículo de Graaf, el óvulo queda libre en la cavidad abdominal, siendo captado inmediatamente por las fimbrias de la trompa de Falopio. Simultáneamente, el antro folicular se llena de sangre formando el denominado cuerpo hemorrágico; las pequeñas hemorragias producidas por la rotura folicular pueden irritar el peritoneo y causar un dolor que coincide con el momento de la ovulación.

Las células de la granulosa y de las tecas comienzan rápidamente a proliferar y reemplazan la sangre del folículo hemorrágico por células modificadas llenas de lípidos y pigmentadas de amarillo, que forman el cuerpo lúteo o amarillo. Las células lúteas segregan estrógenos y progesterona después de la ovulación.

Si al llegar el día 24 o 25 del ciclo el óvulo no ha sido fecundado, el cuerpo lúteo comienza a degenerar y es sustituido por tejido cicatricial que forma el corpus albicans. Si, por el contrario, el óvulo es fecundado, el cuerpo amarillo persiste durante todo el embarazo y no se presentan más ciclos ováricos hasta después del parto.

Solo maduran alrededor de 400 folículos de los 400.000 presentes en el momento del nacimiento y el resto se atrofian. Después de la menopausia, el ovario solo está sembrado de folículos atróficos y de los restos cicatriciales (corpus albicans) de cada ovulación.

#### **TROMPAS DE FALOPIO:**

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Miden 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intra-mural. La porción intra-mural está íntimamente relacionada con la pared del útero, en cuya cavidad se abre. Comienza en el orificio uterino de la trompa, atraviesa la pared del útero y se continúa con el istmo. El tramo intra-mural mide aproximadamente 1 cm. El istmo es la porción tubárica que emerge de la pared uterina, entre dos ligamentos: el ligamento útero-ovárico, ya citado, y el ligamento redondo, un refuerzo que une el útero con las regiones inguinal y pubiana. La porción ístmica mide unos 3-4 cm y lleva una dirección horizontal hacia fuera, en busca del polo inferior del ovario.

La ampolla o porción ampollar bordea el ovario ascendiendo adosada a su borde anterior.

Es más ancha que el istmo y mide unos 5 cm de longitud. En el polo superior del ovario se dobla hacia la cara interna de éste, ensanchándose para formar el pabellón, extremo perforado por el orificio abdominal de la trompa, por donde entra el óvulo expulsado por un folículo ovárico maduro. El borde del pabellón está circundado por

unas prolongaciones, las fimbrias o franjas del pabellón, una de las cuales, más larga, se une al ovario.

### **Función de las trompas**

Al romperse el folículo de Graaf, el óvulo cae a la cavidad peritoneal, pero las fimbrias del pabellón establecen una corriente líquida que arrastra el óvulo hasta el orificio abdominal de la trompa. Una vez dentro, los pliegues de la mucosa, más abundantes en el pabellón, retrasan el avance del óvulo hacia el útero. Las células secretoras tubáricas aportan material nutritivo al óvulo. Por otra parte, los espermatozoides depositados en la vagina tras el coito recorren el útero y entran en las trompas por el orificio uterino, llegando hasta la porción ampollar, donde normalmente, se produce la fecundación. El desplazamiento de los espermatozoides se realiza por su propia motilidad, ayudados por los movimientos de la trompa. El óvulo, fecundado o no, recorre la trompa en dirección al útero, ayudado por los movimientos de los cilios del epitelio y por las contracciones de la capa muscular. Este recorrido dura unos 3 días, durante los cuales si ha existido fecundación se producen las primeras divisiones celulares del cigoto.

### **ÚTERO:**

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, con la que se continúa caudalmente. Tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo. Mide unos 7 cm de altura y, en su parte más abultada por arriba unos 5 cm de anchura.

Hacia la mitad presenta un estrechamiento o istmo uterino que lo divide en dos partes: hacia arriba el cuerpo y hacia abajo el cuello, que presenta una forma más o menos cilíndrica. El cuerpo está inclinado hacia adelante y se apoya sobre la cara superior de la vejiga, formando un ángulo con el cuello de unos 120°. Este pliegue conforma la denominada posición de ante-flexión.

Por otra parte, la disposición del útero en conjunto, en relación con la vagina, forma con ésta un ángulo de casi 90°: posición de ante-versión del útero.

En todo caso, el útero es un órgano muy móvil y su posición varía según el estado de las vísceras próximas: la vejiga y el recto.

El borde superior del útero es el fondo y a ambos lados están los ángulos uterinos, de los que parten las trompas. También en esos ángulos se insertan a cada lado, los ligamentos útero-ováricos y redondos. Este último es un medio de unión que fija el útero a las regiones inguinal y pubiana, llegando hasta la piel de la vulva. En el conducto inguinal ocupa el lugar correspondiente al cordón espermático del varón.

El cuello uterino está unido a la vagina. Al insertarse en ésta, queda dividido en una porción supra-vaginal y otra vaginal que se proyecta hacia su interior y recibe el nombre de hocico de tenca. Esta porción presenta el orificio externo del cuello uterino, pequeño y redondeado en las nulíparas y más irregular en las múltiparas.

La cavidad del cuerpo del útero es una hendidura transversal de forma triangular, con un vértice en el istmo y otros dos en las salidas de las trompas. El vértice inferior es el orificio cervical interno y se continúa con la cavidad del cuello, que se abre a la vagina a través del orificio cervical externo. El peritoneo recubre el fondo uterino y parte de la pared posterior.

Hacia delante llega hasta la zona de contacto con la vejiga, donde se refleja cubriendo su superficie superior, delimitando, entre estos dos órganos, el fondo de saco vesico-uterino.

Hacia atrás llega hasta la vagina, a la que cubre en parte - unos 2 cm - para, a continuación, ascender cubriendo el recto. Entre estos dos órganos se forma el fondo de saco recto-uterino o fondo de saco de Douglas, palpable por tacto rectal y vaginal.

### **Estructura interna**

El útero tiene tres capas que, de dentro afuera son:

#### **1.-Mucosa o endometrio.**

La mucosa o endometrio está formada por un epitelio cilíndrico simple, con células ciliadas y secretoras, que descansa sobre un corion con numerosos vasos sanguíneos y glándulas exocrinas tubulares simples. Disminuye de espesor en istmo, donde el corion contiene más glándulas. En el cuello presenta unos pliegues en forma de palma que algunos denominan -árbol de la vida. El epitelio mantiene su estructura básica hasta llegar al orificio cervical externo, donde se continúa con el epitelio vaginal, de tipo estratificado plano no queratinizado. Esta zona de transición, donde el epitelio cambia su morfología, reviste especial interés clínico ya que es precisamente el lugar donde con mayor frecuencia asienta el cáncer de cuello uterino. La parte de mucosa situada hacia dentro del orificio externo es el endo-cérvix, y la que está situada hacia fuera, el exo-cérvix, que presentan las diferencias epiteliales mencionadas.

#### **2.-Muscular o miometrio**

La túnica muscular o miometrio es la más gruesa. Está constituida por tres capas de fibras musculares lisas:

Capa interna, formada por fibras longitudinales. Capa media, mucho más gruesa, con fibras dispuestas en espiral alrededor del útero, de manera semejante a las espiras de un muelle. Esta disposición permite su elongación en caso de producirse un embarazo y consiguiente crecimiento uterino y favorece su actuación en el parto, al contraerse en el periodo expulsivo. Capa externa, cuyas fibras vuelve a ser longitudinales.

El miometrio está muy vascularizado y contiene abundantes fibras conjuntivas. Durante el embarazo sufre una hipertrofia que desaparece después del parto.

### **3.-Serosa o adventicia.**

La envoltura serosa está representada por el peritoneo en las porciones uterinas cubiertas por el fondo y parte de las caras anterior y posterior. El resto, las zonas desnudas de peritoneo, disponen de una adventicia de tejido conjuntivo.

El útero tiene dos funciones esenciales:

#### **A.-Mantener el embrión durante el embarazo:**

En la primera función es el endometrio el que toma un papel activo. Durante la segunda mitad del ciclo ha proliferado y sus glándulas secretan sustancias nutritivas: si hay embarazo está preparado para la anidación y se mantiene así durante toda la gestación.

Cuando el huevo fecundado llega al útero, se nutre de las secreciones endometriales. Al cabo de 3-4 días, por mitosis sucesivas ha alcanzado la fase de blastocisto y está rodeado por células trofoblásticas secretoras de enzimas proteolíticas. Estas enzimas licuan el endometrio, liberándose gran cantidad de sustancias nutritivas y formándose una cavidad donde anida el blastocito. Durante las primeras semanas, el embrión se alimenta fundamentalmente a través de las células trofoblásticas, hasta que se desarrolla la placenta, unida al feto por las arterias y la vena umbilical. Las vellosidades placentarias están inmersas en los senos venosos del endometrio, dependientes de la arteria y la vena uterinas, con sangre materna. El oxígeno y los nutrientes pasan de la sangre materna a la fetal por difusión simple y otros sistemas de transporte. El mantenimiento del cuerpo lúteo del ovario se debe a la producción en la placenta de la hormona gonadotropina coriónica, que mantiene la capacidad nutritiva del endometrio.

#### **B.-Expulsar al feto cuando el embarazo llega a término:**

En cuanto a la segunda función, la expulsión del feto maduro, es el miometrio el que adquiere el protagonismo. No se conoce con exactitud el mecanismo por el cual, llegado el momento, se pone en marcha el parto. Participan de forma importante la distensión de las fibras musculares uterinas y una serie de estímulos hormonales, tanto maternos como fetales.

La oxitocina, una hormona secretada por la neurohipófisis, es capaz de provocar directamente las contracciones uterinas; los estrógenos actúan facilitando la acción oxitócica y las prostaglandinas regulando la actividad del útero. Una vez iniciado, el proceso se autoalimenta de la siguiente manera: la cabeza fetal dilata el cuello uterino, lo que provoca un reflejo de secreción de oxitocina por la neurohipófisis; la oxitocina contrae la musculatura del útero, haciendo descender al feto por el canal del parto, lo que dilata aún más el cuello uterino y se vuelve a repetir el ciclo.

Las contracciones del parto comienzan en el fondo del útero y se dirigen hacia abajo, perdiendo intensidad en su progresión. Al principio son distantes entre sí, pero la frecuencia aumenta hasta llegar a una contracción cada 2-3 minutos, cada vez de mayor intensidad, que terminan por producir la expulsión del feto y de la placenta.

Inmediatamente después del parto, el útero comienza a involucionar, volviendo a su tamaño previo al embarazo al cabo de 4 semanas.

#### **VAGINA:**

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva. Está situada entre la vejiga y el recto, de los que la separan sendos tabiques conjuntivos.

Mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. En su extremidad superior forma un fondo de saco alrededor del hocico de tenca o porción intra-vaginal del cérvix. El extremo inferior está cerrado en parte por un pliegue mucoso, el himen, que en la mayoría de los casos se rompe tras el primer coito. Los restos del himen se denominan carúnculas mirtiformes. Por delante está en relación con la cara posterior de la vejiga y la porción terminal de los uréteres y, un poco más abajo, con la uretra. Por detrás se relaciona con el recto. El fondo de saco vaginal está en contacto con el fondo de saco de Douglas.

#### **Estructura interna**

La vagina consta de mucosa, muscular y adventicia. La mucosa está formada por un epitelio estratificado no queratinizado y presenta numerosos pliegues transversales. La mucosa vaginal experimenta cambios durante el ciclo menstrual: bajo la influencia de los estrógenos en la primera fase, el epitelio de la vagina experimenta un crecimiento rápido y se cornifica. Después de la ovulación, el epitelio vaginal se infiltra de leucocitos y se secreta un moco viscoso; el frotis presenta en esta fase células cornificadas, mucina, y leucocitos. La capa muscular es de fibras lisas circulares y longitudinales entremezcladas.

Los músculos estriados próximos a la vagina (esfínter de la uretra, elevador del ano, bulbo-cavernoso, etc.) añaden algunas fibras a su pared.

La adventicia contiene vasos y nervios. Se continúa con el tejido conjuntivo que envuelve a los órganos próximos.

#### **Funciones de la vagina**

Es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene. Contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria. Por otra parte, durante el orgasmo, su capa muscular se contrae rítmicamente, estimulando el pene.

Durante el parto, la elasticidad de la pared vaginal permite la dilatación suficiente para que el feto pase por ella hacia el exterior. El estudio de las células descamadas del epitelio vaginal permite establecer el diagnóstico precoz del cáncer genital si en el frotis aparecieran células anormales.

### **Genitales externos:**

El conjunto de órganos genitales externos de la mujer se denomina vulva. Está limitada por dos pliegues mucosos o labios mayores, que confluyen por detrás en la comisura posterior y por delante en el monte de Venus, una prominencia de tejido adiposo situada por delante de la sínfisis del pubis. Tanto el monte de Venus como la superficie externa de los labios mayores están cubiertos de vello. Por dentro de los labios mayores hay otros dos pliegues mucosos denominados labios menores o ninfas, que en la parte anterior se unen por delante y por detrás del clítoris, formando respectivamente el capuchón y el frenillo del clítoris. Entre los labios mayores y los menores están los surcos labiales. Los labios menores delimitan el vestíbulo, donde se abren la vagina (introito vaginal), en la parte más posterior, y la uretra (meato uretral), por delante. En el vestíbulo desembocan las glándulas de Bartholini, que se abren en un surco formado entre el himen y la cara interna de los labios menores.

Son dos glándulas alargadas, de 1 cm de longitud, situadas a ambos lados de la vagina, producen un líquido lubricante que desempeña un papel fundamental en el coito.

El órgano eréctil de la mujer es el clítoris, formado a partir de dos cuerpos cavernosos, estos se hallan adosados a las ramas isquio-pubianas, cubiertos por los músculos isquio-cavernosos y, hacia delante, se unen en la línea media para formar el cuerpo del clítoris, que se dirige hacia abajo y atrás cubierto por la zona de unión de los dos labios menores, el capuchón o prepucio. El extremo del clítoris se denomina glande y, como el pene, está cubierto por una lámina fibrosa (fascia clitorídea) de la cual salen algunas fibras hacia la sínfisis del pubis que constituyen el ligamento suspensorio del clítoris.

También están formados por tejido eréctil los bulbos vestibulares, situados a ambos lados de los orificios vaginal y uretral. Se unen por delante del orificio uretral en la comisura intermedia, que establece contacto venoso con el clítoris. Los bulbos vestibulares están cubiertos por los músculos bulbo-cavernosos.

La uretra femenina, aunque no es un órgano genital, está en estrecha relación con ellos, ya que desemboca en el vestíbulo vulvar. Es un conducto de unos 3 cm que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta la vulva. Desciende por delante de la vagina, paralela a esta, y desemboca en el vestíbulo por delante de ella y por detrás del clítoris. La vagina y la uretra están separadas por un tabique fibroso uretro-vaginal.

### **Estructura interna**

Los labios mayores son pliegues cutáneos con abundantes glándulas sudoríparas y sebáceas. La piel está adherida a fibras musculares lisas que forman el músculo dartos de la mujer. El tejido conjuntivo es muy elástico, con abundantes células adiposas. Hacia dentro, los labios menores tienen un epitelio también escamoso, pero menos queratinizado que la piel de los labios mayores.

**El vestíbulo o espacio inter-labial está tapizado por mucosa provista de un epitelio escamoso no queratinizado. En el desembocan la vagina y la uretra y, a ambos lados, las glándulas de Bartholini (tubulo-acinosas) y las glándulas peri-uretrales, homólogas a las glándulas prostáticas del varón.**

**El clítoris, los cuerpos cavernosos y los bulbos vestibulares son órganos formados por tejido eréctil similar al pene, aunque más rudimentarios.**

**La uretra está constituida al comienzo por una mucosa de tipo urinario, que más abajo se hace estratificado prismático y, en la proximidad del vestíbulo, estratificado pavimentoso no queratinizado. La capa muscular consta de fibras longitudinales internas y circulares externas, que en el orificio interno de la uretra se confunden con las fibras musculares de la vejiga formando el esfínter liso o interno.**

**Al atravesar el diafragma urogenital, las fibras musculares estriadas forman el esfínter externo, voluntario.**

### **Función de la vulva**

**La vulva interviene en el parto dilatando el orificio vaginal para permitir el paso al feto, también tiene gran importancia como zona erógena por las numerosas terminaciones sensitivas que presenta. Durante el acto sexual, las glándulas de Bartholini producen una secreción lubricante que facilita la penetración. Por otra parte, la uretra desemboca en la vulva, por lo que ésta interviene en el proceso de eliminación urinaria.<sup>5,6</sup>**

---

<sup>5</sup> A. Córdova. Fisiología Dinámica. Editorial Masson. 2003. Barcelona.

<sup>6</sup> Orts Llorca F. Anatomía Humana. 5 Edición. Tomo III. Editorial científico- médica.

## **2.2 CÁNCER CERVICO-UTERINO.**

El Cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada y puede llegar a afectar a otros órganos y causar la muerte.

### **DEFINICIÓN.**

El Cáncer Cervico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical.<sup>7</sup>

El Cáncer Cervico uterino es totalmente prevenible, ya que se conoce el agente causal y se dispone de procedimientos para detectarlos y acceder prácticamente a la curación.

### **2.2.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.**

El Cáncer Cervico uterino es el resultado de un proceso dinámico que se inicia probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa pre invasora, este proceso es asintomático y de evolución muy lenta lo que permite tratar y diagnosticar oportunamente este padecimiento. Tiene una evolución bien identificada como la presencia de lesiones precursoras denominadas “displasias” las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas, según la gravedad de las alteraciones. Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad. Los coriocarcinomas cervicales y endometriales son los tipos de cáncer del aparato genital femenino más comunes y constituyen aproximadamente del 8 al 9 % de todas las enfermedades malignas que se diagnostican en Estados Unidos de América.

Es más común en las mujeres latino-americanas y menos comunes en las mujeres judías y europeas y más prevalentes en mujeres de bajo nivel socio-económico.

---

<sup>7</sup> Juárez-Vergara P, Meza-Banda S. Cáncer cervicouterino y citología exfoliativa. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México: IMSS, 1986.

La detección de carcinoma in situ, el cual se consideraba una etapa temprana del carcinoma cervical, ha aumentado en forma importante. Este aumento tal vez sea el resultado de la mayor frecuencia con que se realizan estudios citológicos. En nuestro país el Cáncer Cervico uterino continua siendo un problema de salud pública, a pesar de que se trata de una enfermedad vulnerable a través de la detección temprana y de tratamiento oportuna de sus lesiones precursoras. (Shingleton, H.M...Et Al, 1998).

### **2.2.2CAUSAS.**

La etiología real del cáncer cervino-uterino es desconocida, actualmente se ha observado que el 99% de los canceres están relacionados con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Existen 100 tipos que están en una variedad de condiciones, desde lesiones inocuas hasta cáncer. Se estima que una persona adulta sexualmente activa ha convivido con el VPH, en un riesgo del 50 al 75 %, sin embargo la infección es transitoria y en no más de 6 meses desaparece, si el sistema inmunológico responde y se encuentra en buenas condiciones. Aun cuando la afección desaparece conforme aumenta la edad, la frecuencia prolongada de exposición es la que hace posible el desarrollo de una patología que puede resultar en el desarrollo del cáncer.

La relación del VPH con el cáncer cervical fue demostrada por el virólogo alemán Heraldo Zur Hausen, en 1980, desde entonces, esta asociación ha sido corroborada. En 1996, la organización mundial de la salud y la organización de investigación europea de las infecciones genitales y neoplasias reconocieron al VPH como el principal agente causal del cáncer cervical. Actualmente el VPH se registra en el 99.7% de los casos de este tipo de cáncer y es uno de los pocos agentes etiológicos de cáncer más reconocido.

Los virus del papiloma humano son relativamente pequeños, tienen un diámetro de aproximadamente 52 a 55 nanómetros (nm); y un (nm) equivale a la millonésima parte de un milímetro) están clasificados numéricamente en base a su genoma, potencial oncogénico y posición filogenética.

Actualmente se han reconocido más de 100 tipos, el 85 % están designados oficialmente. Los VPH infectan células epiteliales basales de la piel o tejidos internos y están catalogados por tipos cutáneos y mucoso, los primeros afectan la piel de las manos y los pies, mientras que los segundos afectan la boca, garganta, tracto respiratorio y epitelio ano-genital.

Entre los primeros tenemos (1,5,7,10,12,14,15,17,19,25,36 y 47) causales de verrugas y el numero 41 causal de carcinomas cutáneos.

De los que afectan a las mucosas están agrupados según su asociación con el cáncer cervino-uterino y sus lesiones pre-cancerosas, entre ellos están: los de alto riesgo

(16,18,31,33,34,35,39,45,51,52,56,58,59,y,68) y de bajo riesgo o benignos (6,11,42,43,,y 44).<sup>8,9</sup>

#### **FACTORES DE RIESGO:**

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las probabilidades de contraer una enfermedad como el cáncer. Los diferentes tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo, no obstante, si se tiene uno o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad

Varios factores de riesgo aumentan las probabilidades de contraer Cáncer Cervico uterino en las mujeres, sin estos factores de riesgo raramente se contraen, cuando una mujer contrae Cáncer Cervico uterino, no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa de dicha enfermedad.

Entre los factores de riesgo se describen los siguientes:

- El inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Haber tenido algún parto antes de los 18 años.
- Múltiples parejas sexuales del hombre y de la mujer.
- Multiparidad.
- Infecciones por enfermedades venéreas como Clamydia.
- Tabaquismo: Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer Cáncer Cervico-uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones, estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se ha detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino.
- Inmunodepresión. La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH o HIV) causante de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Debido a que este virus daña al sistema inmunológico del cuerpo, las mujeres están en riesgo de contraer el virus de Papiloma Humano (VPH) lo que puede aumentar el riesgo de contraer Cáncer Cervico uterino. Ya que el sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión, en las mujeres infectadas por VIH, un pre cáncer del

---

<sup>8</sup> Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obstet Gynecology 1967; 10: 748-84.

<sup>9</sup> Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Obstetric Gynecology 1990; 75: 131-133.

**cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de lo normal.**

- **Desnutrición y deficiencia vitamínica, en especial de hierro, ácido fólico y vitamina A, C, E.**
- **Infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH).**
- **Antecedentes heredo-familiares**

**Al considerar estos factores de riesgo es importante enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar aunque es vital conocer los que no se pueden cambiar (tales como antecedentes heredo familiares edad), ya que resulta aun mas importante para las mujeres con estos factores realizarse la prueba del Papanicolaou como prueba de detección oportuna.<sup>10</sup>**

### **2.2.3 SINTOMAS.**

**Esta patología inicialmente es silenciosa ,este cáncer suele crecer lentamente antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios, pasando por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan aparecer células anormales precursoras del cáncer, con mayor profundidad en el área cervical, diseminándose a aéreas circundantes, que no causan molestias.**

**Es difícil detectar el Cáncer Cervino uterino en sus primeras etapas de desarrollo, sin embargo conforme avanza se pueden observar los siguientes signos y síntomas, aunque pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, ya que la paciente presenta la siguiente sintomatología:**

- **Flujo vaginal amarillento o sanguinolento que pudiera ser excesivo y fétido**
- **Sangrados transvaginales entre periodos de la menstruación,**
- **Sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido.**
- **Sangrados después de la menopausia**
- **Dolor vaginal durante las menstruaciones.**
- **Dolor en el área pélvica durante o después del acto sexual.**
- **Solo en etapas muy tardías cuando el cáncer se ha extendido del cervix es cuando aparecen otros signos, poco a poco la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios.**

---

<sup>10</sup> Lazcano-Ponce E. Cáncer: factores de riesgo, frecuencia y medidas de prevención. Salud Pública de México, 1997 (39) 4: 251.

## 2.3 CLASIFICACION.

### RELACIÓN ENTRE TERMINOS DE ANOMALÍAS EN LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU Y LOS TRATAMIENTOS ADECUADOS.

Resultado de la prueba de Papanicolaou	Abreviaturas	Como se conoce	Pruebas y tratamientos
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	ASC-US		Examen de VPH Repetir la prueba de Papanicolaou y biopsia Crema con estrógenos
Células escamosas atípicas que no pueden excluir las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.	ASC-H		Colposcopia y biopsias
Células glandulares atípicas	AGC		Colposcopia y biopsia o Raspado endocervical
Adenocarcinoma endocervical in situ	AIS		Colposcopia y biopsia o raspado endocervical
Lesión intra-epitelial escamosa de bajo grado	LSIL	Displasia leve o neoplasia intra-epitelial cervical-1 (CIN-1)	Colposcopia i biopsia
Lesión escamosa intra-epitelal de alto grado	HSIL	Displasia moderada Displasia grave  CI(N-2, CIN-3, o Carcinoma in situ (CIS)	Colposcopia y biopsia o raspado endocervical.  Tratamiento adicional: LEEP, crioterapia, terapia con laser, conizacion o histerectomía.

#### **2.4.2.5 TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.**

Los pacientes con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou y una vez de haber sido corroborados los resultados con colposcopia más biopsia, las técnicas de tratamiento de elección para evitar o prevenir el origen de un Cáncer Cervico uterino son:

- **Excisión electro quirúrgica con asa. (LEEP)**( Se utiliza una corriente eléctrica que pasa por un asa de alambre delgado para que se pueda utilizar esta como cuchillo)
- **Biopsia cónica con bisturí frío.**(la conización extrae trozos de tejidos en forma de cono mediante el uso de un bisturí, un laser o un procedimiento LEEP)
- **Criocirugía.** (Se utiliza sonda de metal enfriada con nitrógeno líquido para destruir las células anormales mediante la congelación.
- **Cirugía con laser.** (Se utiliza un rayo de luz de alta energía enfocado para vaporizar (quemar) el tejido anormal, este procedimiento se realiza con anestesia local).

#### **Histerectomía**

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama Salpingo-oforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

## **Radioterapia**

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

## **Quimioterapia**

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

**TRATAMIENTO POR ESTADIOS:** Los tratamientos para cáncer cervico-uterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos

**Estadio 0 (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de:**

- 1. Conización.**
- 2. Cirugía con rayo láser.**
- 3. Procedimiento de escisión electro-quirúrgica (LEEP).**
- 4. Criocirugía.**
- 5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.**

**Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:**

- 1. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingo-ooforectomía bilateral.**
- 2. Conización.**
- 3. Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos).**
- 4. Radioterapia.**

**I-b:**

- 1. Radioterapia.**
- 2. Histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.**

**Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:**

**II-a:**

- 1. Radioterapia.**
- 2. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingo-ooforectomía bilateral.**

**II-b:**

- 1. Radioterapia.**
- 2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.**

**Estadio III. El tratamiento podría consistir en:**

**III-a: Radioterapia.**

**III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.**

**Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:**

**IV-a:**

- 1. Radioterapia.**
- 2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.**

**IV-b:**

- 1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.**
- 2. Quimioterapia.**

**RECIDIVAS. El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:**

**1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina (exenteración).**

**2. Radioterapia y quimioterapia.**

**Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica con quimioterapia sistémica.**<sup>11</sup>

## **2.6. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICO UTERINO:**

- Utilizar preservativo en cada relación sexual como método preventivo de infecciones venéreas consideradas como factores predisponentes.**
- Aplazar el inicio de las relaciones sexuales (después de los 18 años).**
- Limitar el número de parejas sexuales.**
- Evitar fumar.**
- Realizar revisiones periódicas con el ginecólogo.**

---

<sup>11</sup> H.M Shinglenton, Oncología Ginecológica. 1ª. Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana 1998. 1-107.

- **Principalmente una de las formas más sencillas y práctica de prevenir es realizándose un examen de citología cervical o examen de Papanicolaou como prueba de detección oportuna de cáncer. El cual se recomienda practicarse un examen anual tras el primer encuentro sexual o a partir de los 18 años una vez iniciado vida sexual activa.**

**La citología cervical o examen del Papanicolaou es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix, (zona de transformación) siendo su propósito principal detectar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células.**

**El objetivo de las pruebas para detectar EL Cáncer Cervico uterino consiste en encontrar los cambios de las células del cérvix y los canceres cervicales temprano antes de que empiecen a causar síntomas. Las pruebas de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma, la detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnostico más temprano del cáncer del cuello uterino. Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer del cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz y para prevenir la mayoría de los canceres del cuello uterino mediante la detección y el tratamiento de los cambios anormales de las células, antes de que estos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer.**

**A pesar de los beneficios de las pruebas de Papanicolaou no todas las mujeres las aprovechan.**

**Dentro del 60 y del 80 % de las mujeres de este país que por primera vez reciben un diagnostico de cáncer invasor del cuello uterino no se han sometido a una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años y muchas de ellas nunca se lo han hecho.**

**La prueba de Papanicolaou es una prueba de tamiz, con filtro, que además de detectar el Cáncer Cervico uterino, ayuda a detectar infecciones, alteraciones hormonales y celulares que por su bajo costo permite ser aplicada a la mayor parte de la población. Su lectura permite detectar infecciones del VPH y alteraciones en las células (displasias).**

**El Papanicolaou se realiza desde la década de los 40, antes de que se conociera la causa del cáncer cervical, esta técnica ayuda a prevenir la incidencia del cáncer en un 50 a 75 %, método muy rápido, sin embargo presenta desventajas en su ejecución como la carencia de una toma de muestra adecuada, preparación y fijación así como la interpretación de resultados por una persona experimentada.**

**Esta prueba ha sido refinada con el tiempo y actualmente se reporta con el sistema Bethesda, introducida en 1988 y actualizada en 1999 y 2001, la cual fue desarrollada para reflejar un entendimiento de la neoplasia cervical e introducir una descripción uniforme la terminología de diagnostico histopatológico.**

Otro sistema es el NIC (neoplasia intra-epitelial) cervical muy utilizado en México, esta basado en la arquitectura de los tejidos y fue introducido en 1977 para promover el concepto de la enfermedad por las lesiones precursoras. En este sistema podemos encontrar las categorías del NIC I, NIC II, y NIC III, que van de bajo riesgo, moderado y alto riesgo, y la última categoría de carcinoma “in situ”.

- Existen otros métodos para determinar los tipos de VPH que tienen una alta probabilidad de causar el cáncer de cérvix a los que se les denomina tipos de alto riesgo o cancerígenos a la cual se conoce como Prueba de ADN de VPH. La manera en que se obtiene la muestra es similar a la del Papanicolaou y se recomienda a mujeres mayores de 30 años en que se obtuvieron resultados ligeramente anormales en su Papanicolaou a fin de determinar si es necesario que se realicen otras pruebas o recibir tratamientos.
- Otras pruebas para en caso de que se hayan obtenido resultados anormales en el Papanicolaou ya que este se considera como una prueba de detección temprana más que de diagnóstico es necesario realizarse pruebas adicionales como:
  - Colposcopia y Toma de biopsia y algunas veces raspado endo-cervical. Para determinar la presencia de un cambio precanceroso o un cáncer.
- Se han estado desarrollando vacunas que pueden proteger a las mujeres contra las infecciones del VPH. Hasta este momento se ha estudiado una vacuna que protege contra tipos 6,11,16,y 18 (Gardasil) en estudios clínicos se demostró que previno las verrugas genitales causadas por el VPH de tipo 6 y 11, así como también previno los cambios celulares del cuello uterino causados por los tipos 16 y 18. Esta vacuna solo puede usarse para prevenir la infección con el VPH antes que se desarrollen anomalías al hacerse la prueba contra el virus. No puede utilizarse para tratar una enfermedad existente, su costo aproximado es de 360 dólares. Esta requiere una serie de tres inyecciones durante un periodo de seis meses. La segunda se aplica dos meses después de la primera y la tercera inyección se administra cuatro meses después de la segunda. Se reportan leves efectos secundarios, los más comunes son enrojecimiento breve, inflamación e irritación en el área de la piel donde se administro la inyección, para mayor efectividad la vacuna contra el VPH debe aplicarse antes de que una persona sea sexualmente activa. Otra que protege contra los tipos 16 y 18 (Cervarix). Es importante mencionar que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH causantes del cáncer. Por lo tanto, las pruebas de Papanicolaou siguen siendo necesarias. Otro de los beneficios consiste en que la vacuna protege contra los dos virus que causan el 90% de las verrugas genitales.<sup>12,13</sup>

---

<sup>12</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria. Sistema Nacional de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 enero de 1995.

## **111.-METODOLOGIA**

### **3.1. DATOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.**

En este capítulo se presentan el método que se siguió para realizar el estudio, en donde se explica también las características de las participantes ,el instrumento utilizado para llevarlo a cabo y el procedimiento que se siguió para llegar al análisis de datos.

### **3.2 .TIPO DE INVESTIGACION.**

El presente proyecto de investigación se realizo como un estudio de tipo Cuantitativo, transversal ya que solo se aplico en un tiempo determinado, descriptivo, no experimental.

### **3.3. MUESTRA.**

El tipo de muestreo fue incidental e donde se incluyo a 140 mujeres que acudieron a las instalaciones a solicitar cualquier servicio en la unidad de medicina preventiva, sin importar la edad, nivel socio-económico ni educacional, siempre y cuando hubieran iniciado vida sexual.

### **3.4. UNIDADES DE OBSERVACION:**

El tamaño de la muestra fue de 140 personas (mujeres) que acudieron a las instalaciones a solicitar cualquier servicio de medicina preventiva a la cual se le practico un cuestionario estructurado para la obtención de la información requerida.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSION:**

Personas del sexo femenino que acudieron a las instalaciones de la clínica No.20 a requerir cualquier tipo de servicio, cuya única condición fue haber iniciado vida sexual.

No importo condición socio-económica ni nivel educacional.

---

<sup>13</sup>Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario. SSA. 1992.

### **3.6. PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS:**

Los datos que se obtuvieron en el cuestionario estructurado, se transfirieron o capturaron en una base de datos o programa de cómputo estadístico Excel, que a la vez sirvió para hacer un análisis individual y descriptivo de cada pregunta y su respectiva respuesta para la obtención de una conclusión general.

### **3.7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:**

La información obtenida a través del proceso estadístico se concluyo en graficas de barras y de pastel en donde los resultados se presentaron a través de un análisis descriptivo, cuantitativo y cualitativo de los mismos, con el objeto de encontrar los indicadores que nos llevaran a encontrar las causas del por qué las mujeres evitan la práctica periódica de la citología exfoliativa (Papanicolaou).

### **3.8 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:**

El instrumento para la obtención de la información se aplico un cuestionario estructurado que contenía las preguntas que contestar por el entrevistado, una explicación breve, la mecánica de respuestas. Así como datos generales del entrevistado para la clasificación y el análisis estadístico.

#### **3.8.1 CUESTIONARIO:**

Este cuestionario está basado en preguntas de opción múltiples, en donde el usuario tuvo la opción de escoger la que más se considere conveniente de acuerdo a su criterio y percepción, además cuenta con preguntas donde puede contestar lo se desee en forma abierta.

Dicha información que se recopilo ayudo de manera directa a saber por qué las mujeres evitan practicarse periódicamente el Papanicolaou, si está considerado como una prueba de detección oportuna de cáncer del cuello del útero, además nos dio información para darnos cuenta si las personas contaban con la información necesaria sobre la importancia de realizarse dicho estudio.

### 3.8.1 CUESTIONARIO.

¿Por qué las mujeres se resisten a realizarse la prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino (PAPANICOLAOU)?

**BUENOS DIAS (TARDES) SOLICITAMOS SU AYUDA PARA QUE CONTESTE A UNAS PREGUNTAS QUE NO TOMARAN MUCHO TIEMPO, SUS REPUESTAS SERAN CONFIDENCIALES Y ANONIMAS, PEDIMOS LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

Lea las preguntas cuidadosamente, existen algunas en las que solo se pueden responder a una opción encerrándolas en un círculo o marcándolas con una X, también se incluyen preguntas abiertas.

- 1) Edad: \_\_\_\_\_ 2) Escolaridad \_\_\_\_\_  
3) Religión \_\_\_\_\_ 4) Estado civil: \_\_\_\_\_  
5) Ocupación \_\_\_\_\_ 6) Horario de trabajo: a) Matutino \_\_\_\_\_  
b) Vespertino \_\_\_\_\_ c) Nocturno \_\_\_\_\_  
7) Ingreso mensual: a) Bajo \_\_\_\_\_ b) Medio \_\_\_\_\_ c) Alto \_\_\_\_\_  
8) Servicio de salud con el que cuenta: IMSS \_\_\_\_\_  
SSA \_\_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_\_  
SEDENA \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

9).- Numero de embarazos.

- a).- Ninguno \_\_\_\_\_ b) Uno \_\_\_\_\_ c) Dos \_\_\_\_\_ d) Tres \_\_\_\_\_ e).- Más de tres \_\_\_\_\_

10.- De esos embarazos. ¿Cuántos fueron partos? \_\_\_\_\_ Cuántos cesáreas? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos abortos? \_\_\_\_\_

11) ¿Sabe que es el Papanicolaou? a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_

12) ¿Que sabe usted acerca del Papanicolaou (como se realiza y paraqué sirve)

13)¿Cuándo fue la última vez que se practicó el Papanicolaou

- a)Un año. \_\_\_\_\_ b) Hace 2 años \_\_\_\_\_ c) Hace mas de 3 años \_\_\_\_\_ d) Nunca \_\_\_\_\_

14)-Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou?

- a) Ninguna \_\_\_\_\_ b) Es la primera vez. \_\_\_\_\_ c) Entre dos y tres veces  
d) Desde que comencé a tener relaciones sexuales, una vez al año. \_\_\_\_\_  
e) Más de tres veces. \_\_\_\_\_

15) En su opinión ¿Quien debe realizarse el Papanicolaou?

- a).- Las mujeres que tienen varias parejas sexuales.  
b).- Las mujeres que ya iniciaron vida sexual.  
c).- Las mujeres que tienen antecedentes familiares con Cáncer Cérvico uterino.  
d).- Las mujeres que padecen de infecciones vaginales frecuentes.  
e).- En todos los casos antes mencionados.  
f).- Otras \_\_\_\_\_

16)-¿Cada cuando se debe se debe realizar la detección oportuna del Cáncer Cervico uterino?

- a) Cada 6 meses \_\_\_\_\_ b) Cada año \_\_\_\_\_ c) Cada 2 años \_\_\_\_\_  
d) Cada 3 años después de 2 Exámenes consecutivos e) Otro \_\_\_\_\_ f) Lo ignoro \_\_\_\_\_

17)-¿Conoce la importancia que tiene realizarse el Papanicolaou como prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino?

- a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_ ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

18)-¿Cómo considera usted la importancia de practicarse el estudio del Papanicolaou?

- a).-Ninguna \_\_\_\_\_ b) Muy poca \_\_\_\_\_ b)Poca \_\_\_\_\_ c) Mucha \_\_\_\_\_

19.-Mencione un requisito para realizarse el examen para detectar el Cáncer de la matriz (Papanicolaou).

- a) No ir menstruando \_\_\_\_\_ b) Ducha vaginal \_\_\_\_\_ c) Aplicación de óvulos vaginales \_\_\_\_\_ d) No haber tenido relaciones sexuales por lo menos 2 días antes \_\_\_\_\_ Lo ignoro \_\_\_\_\_

20)-Mencione ¿cuando no se debe realizar la detección oportuna del Cáncer Cervico uterino (Papanicolaou)?

- a) En el embarazo \_\_\_\_\_ b) Cuando se han iniciado las relaciones sexuales \_\_\_\_\_  
d) Cuando nunca se han tenido relaciones sexuales \_\_\_\_\_ f) Lo ignoro \_\_\_\_\_

21.- ¿Si ya se la practicado Que sensación le provoca la práctica del estudio del Papanicolaou?

- a).- Dolorosa \_\_\_\_\_ b) Traumática \_\_\_\_\_ c) Tolerable \_\_\_\_\_ d) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_ e) Otras \_\_\_\_\_

22:- En caso de que no se lo haya practicado mencione el por que \_\_\_\_\_

23 ¿Qué opina su pareja sobre la realización del Papanicolaou?

- a).- No lo gusta que se lo realice.  
b).-Le anima para que se lo realice.  
c).- No tiene pareja.  
d).- Que es responsabilidad propia.  
e).- Le da igual

24).- ¿Si usted acude a realizarse su Papanicolaou quien prefiere que se lo practique?

- a).- Personal de sexo femenino.  
b).- Personal de sexo masculino.  
c).- Le es igual siempre y cuando sea una persona capacitada.

25).- ¿Por qué?

- a).- Porque me da más seguridad.  
b).- Porque no me da pena.  
c).- Porque me siento en confianza.  
d).- Todas las anteriores.

26).- ¿Qué información le gustaría conocer antes de realizarse su Papanicolaou?

- a).- Que se le explique en qué consiste el estudio.
- b).- Quien le va a realizar el estudio.
- c).- Que le den a conocer el material a utilizar.
- d).- La importancia que tiene el estudio.
- e).- Todas las anteriores

27.- ¿Qué sentimientos le provoca el hecho de realizarse su Papanicolaou?

- a).- Miedo.
- b).- Angustia.
- c).- Nerviosismo
- d).- Ansiedad
- e).- Pena
- f).- Todas las anteriores
- g).- Ninguna de las anteriores
- h).- Otra \_\_\_\_\_

27 ¿A que le teme más?

- a) A la práctica del Papanicolaou
- b) Al resultado esperado ¿En caso afirmativo porque?

c).- A que le entregaran un resultado equivocado

d).- A que la lastimen

f).- A pasar vergüenza

g).- Ninguna de las anteriores

h).- Le incomoda alguna otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

29) ¿Qué razón tendría para no practicarse el Papanicolaou?

(Marque con una X todas las respuestas posibles):

- a).- Porque no tiene dinero para pagar el servicio.
- b).- Porque no tiene tiempo para realizárselo.
- c).- Porque su esposo no se lo permite.
- d).- Porque le da pena, vergüenza.
- e).- Porque no le brindan confianza las personas que lo realizan.
- f).- Porque le da miedo a que los resultados salgan con algún problema (cáncer).
- g).- Porque le da temor que el material que se utilice este contaminado y pueda contraer una infección vaginal.
- h).- Porque no lo necesita.
- i).- Porque no tiene ninguna molestia, me siento sana.
- j).- Por qué la lastiman
- k).- Todas las anteriores.
- l).- Ninguna de las anteriores.

30).- ¿Ha recibido información sobre la importancia de realizarse oportunamente el examen del Papanicolaou? a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_ c) No lo recuerdo \_\_\_\_\_

¿Que información? \_\_\_\_\_

31).- ¿De quién la ha recibido? A) Medico \_\_\_\_\_ b) Enfermera \_\_\_\_\_  
c) Asistente médico \_\_\_\_\_ d) Trabajadora social \_\_\_\_\_ f) Otros medios \_\_\_\_\_ g) ¿Quien ? \_\_\_\_\_

32).- ¿Como ha sido el trato que ha recibido cuando a acudido a solicitar algún servicio de medicina preventiva en cualquier institución de salud?

a) Excelente \_\_\_\_\_ b) Bueno \_\_\_\_\_ c) Regular \_\_\_\_\_ d) Malo \_\_\_\_\_  
Explique ¿porque? \_\_\_\_\_

33 ¿En cuál institución de salud le gustaría realizarse el examen de Papanicolaou?

a) IMSS \_\_\_\_\_ b) ISSSTE \_\_\_\_\_ d) SSA \_\_\_\_\_ e) SEDENA  
\_\_\_\_\_ Médico particular \_\_\_\_\_ g) Otro \_\_\_\_\_

34.- Si existen servicios donde la práctica del Papanicolaou es gratuita. ¿Por qué no hace uso de dicho servicio?

a).- Por que tardan mucho en atender

b).- Por que tardan mucho en entregar los resultados.

c).- Por que el personal que atiende es déspota y trata mal a las personas que acuden a practicarse el Papanicolaou.

d).- Todas las anteriores.

e).Otra: \_\_\_\_\_

35.- ¿Considera que falta alguna pregunta de importancia y desearía agregar?

a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_ c) Agregaría \_\_\_\_\_

### 3.9 ORGANIZACIÓN – CALENDARIZACIÓN:

Actividad/ Semana, Mes		1	2	3	4	5	6	
Elaboración del Proyecto								
Revisión de información por parte de la asesora								
Entrevista para valorar la información y el protocolo de investigación con asesora								
Preparación de recursos materiales y conformación de equipo de trabajo.								
Revisión y preparación de cuestionario para obtener información requerida								
Aplicación de cuestionario para la recopilación de información								
Integración de la información obtenida y revisión por la asesora								
Retroalimentación con asesora y sinodales.								
Presentación de la conclusión de la investigación								

## IV. RESULTADOS:

### 4.1 DESCRIPCION DE LOS DATOS:

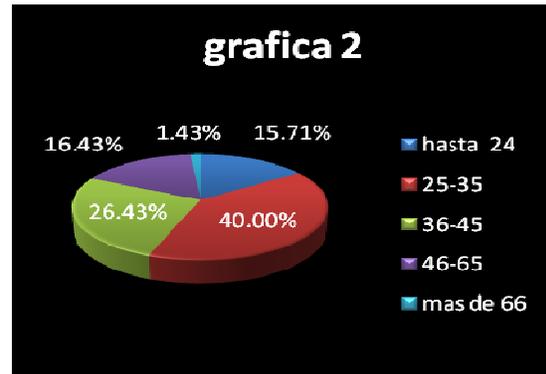
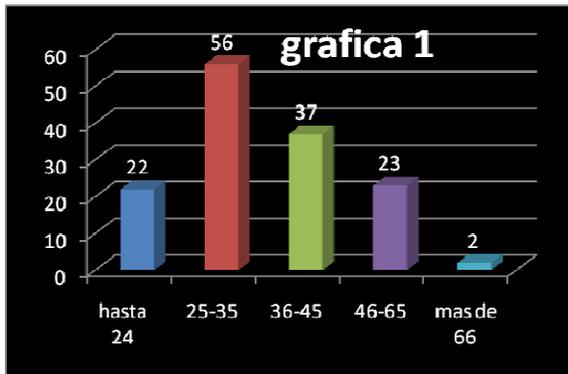
#### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Para el análisis cuantitativo de este estudio, se hizo una separación de la muestra por grupos de edad, quedando 5 grupos como se muestra a continuación:

1.- Menos de 24 años		3.-De 36 a 45 años		5.-Más de 66 años.
2.- De 25 a 35 años.		4.- De 46 a 65 años		

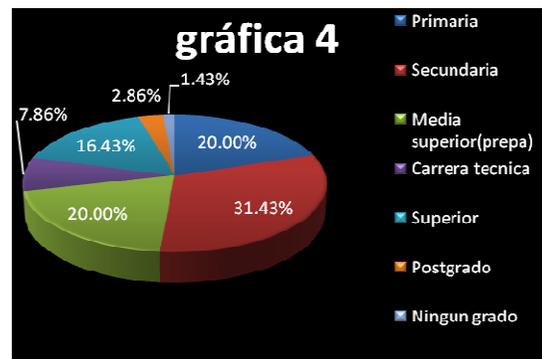
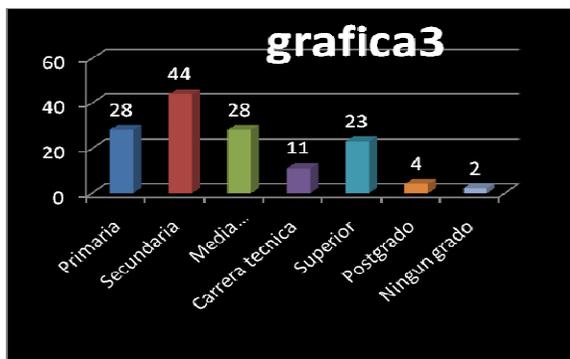
#### 1.- EDAD.

Se observó que la mayor cantidad de participantes se ubica entre los 25 a 35 años con 56 personas lo que equivale al 40% del total de la muestra. En segundo lugar el grupo de 36 a 45 años con 37 personas en porcentaje del 26.43 %. Tercer lugar el grupo de 46 a 65 años con 23 personas, con 16.43 %. En cuarto lugar las personas menores de 24 años con 22 participantes y porcentaje del 15.71 %. Finalmente el grupo 5, con edades de más 66 años con 2 personas equivalente al 1.43% de la muestra. (Ver graficas 1 y 2)



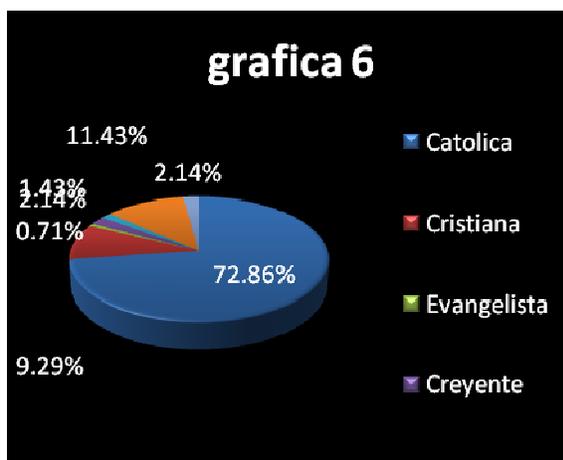
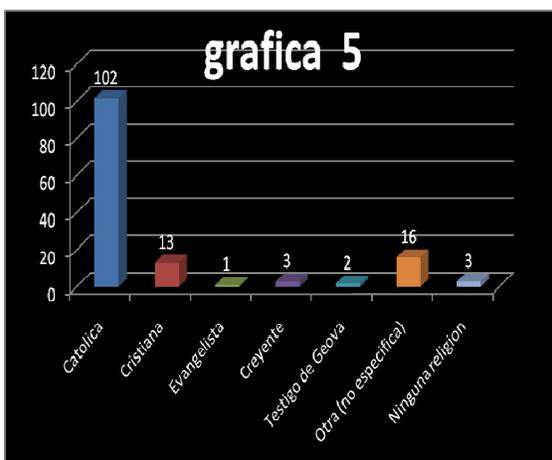
#### 2.-GRADO DE ESTUDIOS.

Las graficas nos muestran que la mayoría de las personas que participaron tienen un grado de estudios a nivel secundaria con 44 personas, con un porcentaje de 31.43 %. En segundo sitio se encuentran 28 personas cada uno de ellos lo que equivale al 20 % de la muestra en cada grupo. En tercer lugar las personas que manifestaron una escolaridad a nivel licenciatura, con 23 participantes y un porcentaje de 16.43 %. Cuarto lugar personas con algún postgrado, con 4 personas y porcentaje de 2.86 %. Finalmente en quinto lugar personas que manifestaron no tener ningún grado de estudio participantes que equivale al 1.43%. (graficas 3 y 4).



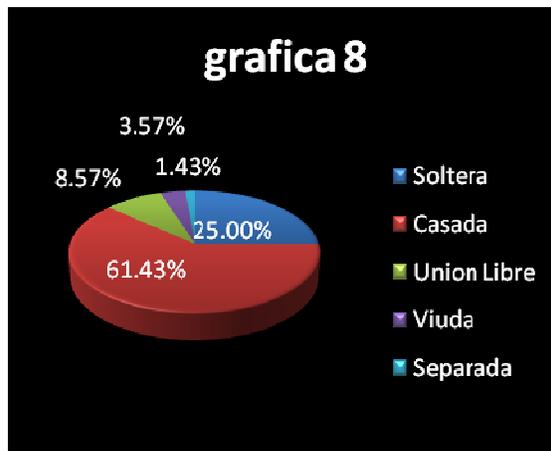
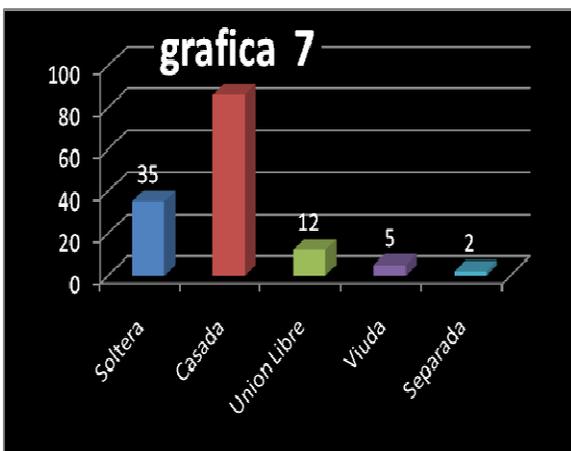
### 3.-RELIGION.

La religión que mas se profesa en las participantes es la catolica, con 102 personas y un porcentaje de 72.86 % del total. Segundo lugar las personas que no supieron o no quisieron contestar, con un porcentaje del 11.43 % que equivale a 16 personas. Con 13 personas el grupo 2, en un porcentaje del 9.29 %. Seguidos de quienes no profesaban ninguna religión, ambos con 3 participantes (2.14 % cada uno). Quienes contestaron ser Testigos de Geova 2 personas conel 1.71%. Finalmente, evangelistas, una sola persona (0.71 %) (graficas 5 Y 6)



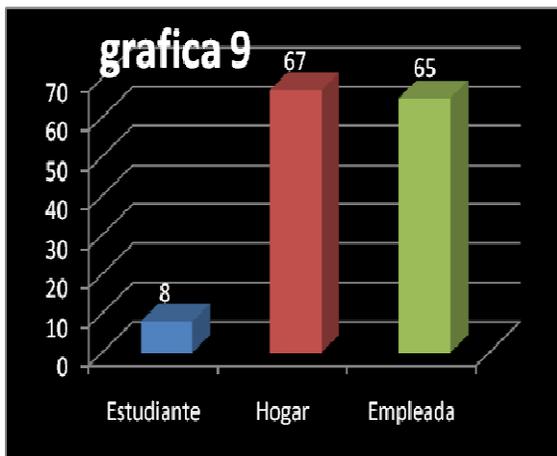
### 4.- ESTADO CIVIL.

El estado civil que predomina son casadas, con 86 personas que equivale al 61.43%. Las personas solteras, en segundo lugar con 35 personas, el 25%. Tercer lugar, unión libre con 12 personas, el 8.57%. En cuarto sitio persona viudas con 5 personas, el 3.57%. Quinto sitio 2 personas separadas de sus parejas, en porcentaje del 1.43 %.(graficas 7 y 8).

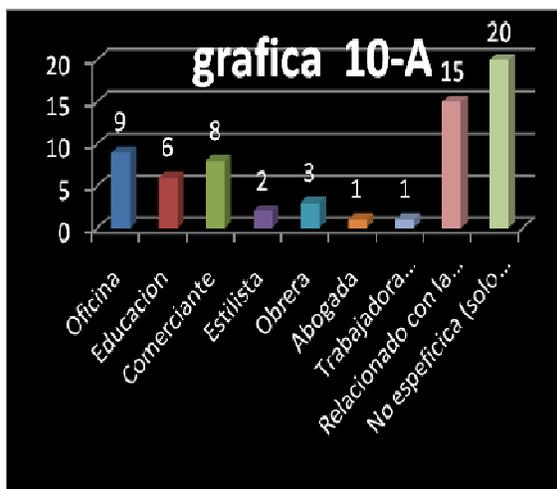


## 5.-OCUPACION.

Las personas que se dedican al hogar, ocupó el primer sitio con 67 participantes, el 47.86 %. El segundo sitio lo ocupan personas empleadas con alguna remuneración económica, con 65 participantes, el 46.43 %. Tercer sitio personas que se dedicaban solo a estudiar, con 8 participantes y un 5.71 % del total. (grafica 9 y 10)

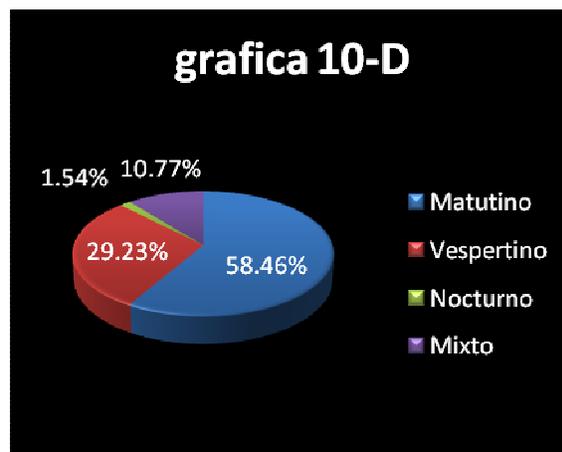
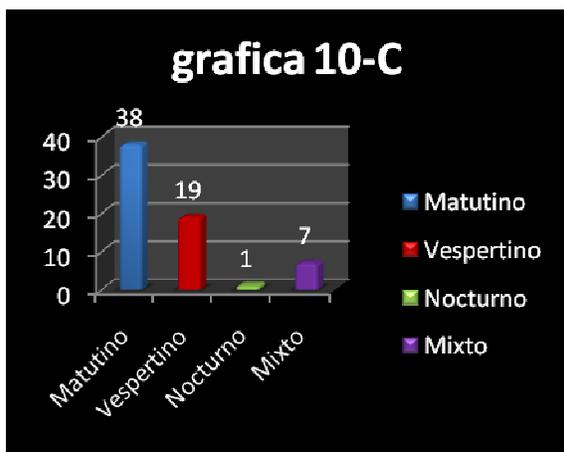


De los empleos que ejercen el 65 de las mujeres encuestadas fueron los siguientes: el 30.7% no específico que tipo de empleo, el 23.08% se dedican a empleos relacionados con la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras Sociales, etc.) El 13.85% se dedica a empleos de oficina, el 12.31% son comerciantes, el 9.23% a la educación, el 4.62% son obreras, el 3.08% estilistas, el 1.5% son abogadas y el otro 1.5 % trabajadoras domesticas. (Graficas 10-A y 10-B).



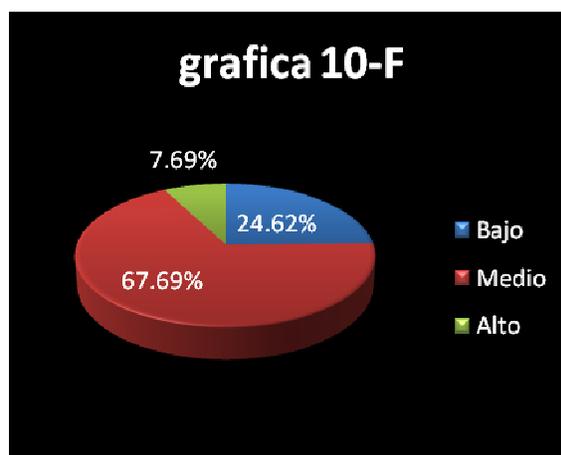
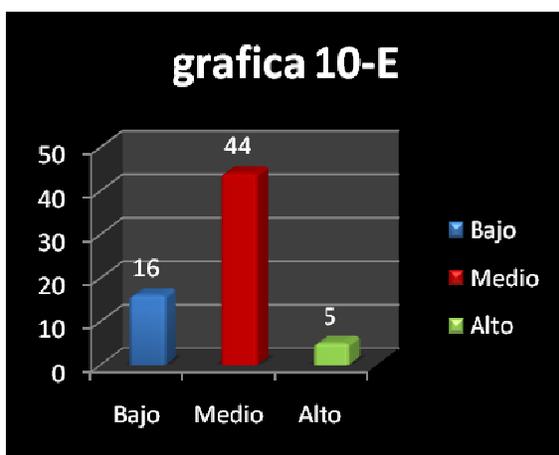
## 6.-HORARIO DE TRABAJO:

En cuanto al horario de trabajo de las 65 mujeres que laboran, 38 de ellas lo hacen en el turno matutino, con porcentaje de 58.46 %. 19 personas en turno vespertino, 29.23 %. 7 personas tenían un turno mixto, 10.77 %. Y en turno nocturno 1 personas, 1.54 %. (Graficas 10-C y 10-D)



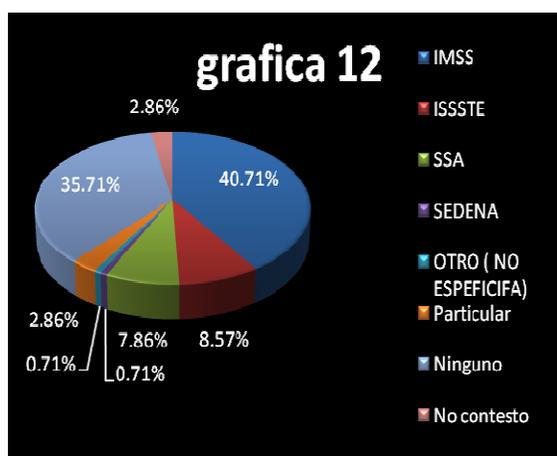
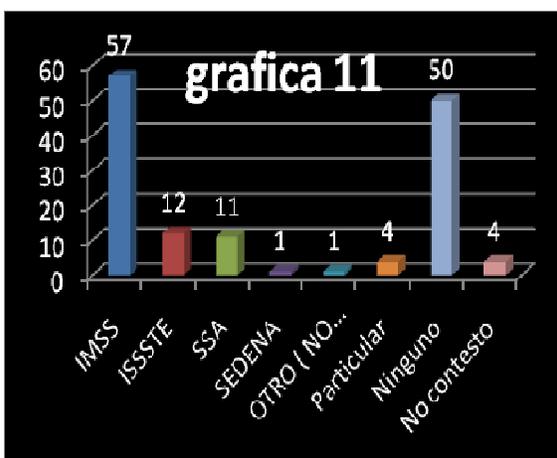
## 7.- NIVEL DE INGRESOS:

Del ingreso mensual manifestado que perciben las mujeres que trabajan. 44 contestaron que reciben una remuneración económica adecuada (nivel medio), aunque no manifestaron la cantidad. Con porcentaje del 67.69 %. Con un ingreso bajo, 16 personas, 24.62 %. Un ingreso alto, 5 personas, con porcentaje del 7.69 %. (Graficas 10-E y 10-F)



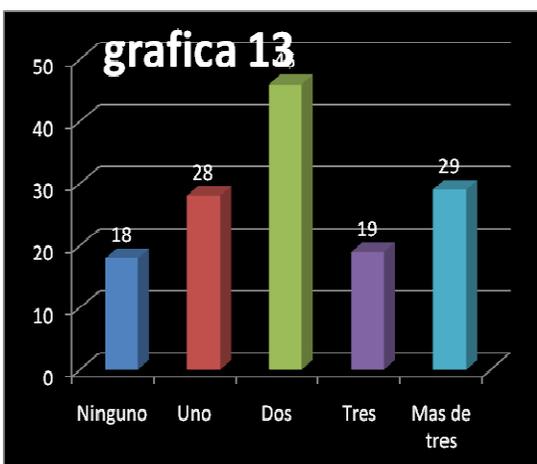
## 8.- SERVICIOS DE SALUD.

El 40 % de las personas contaban con servicio medico por parte del IMSS, con 57 personas afiliadas a esta institución. El 35.71 %, 50 personas, no cuentan con ningún servicio de salud. 12 personas, el 8.57 %, personas con ISSSTE). 7.86 %, 11 personas, a SSA . Los grupos 6 y 8 mostraron 4 personas cada uno de ellos (servicios particulares o bien no contestaron), lo que corresponde al 2.86 %. Una persona pertenecía a SEDENA y otra no contesto, con 0.71 % para cada una de ellas. (graficas 11 y 12).



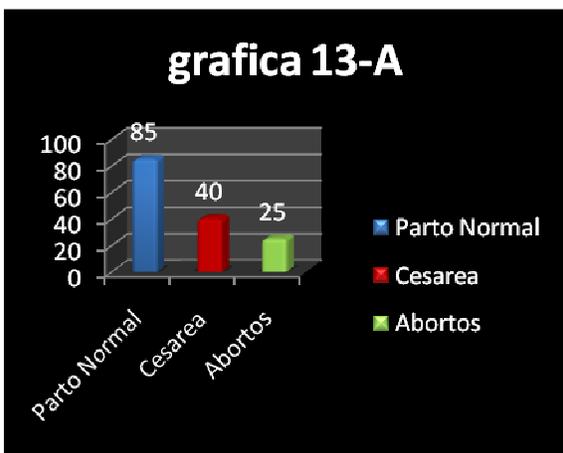
## 9.- NUMERO DE GESTACIONES.

46 personas, el 32.86 % de las entrevistadas, habían tenido dos gestaciones. 29 personas más de 3 hijos, con un porcentaje del 20.71 %. 28 personas solo una gestación. 20.0 %. Con tres gestaciones 19 personas, el 13.57 %. Y 18 de ellas con 12.86% sin ninguna gestación. (Graficas 13 y 14)



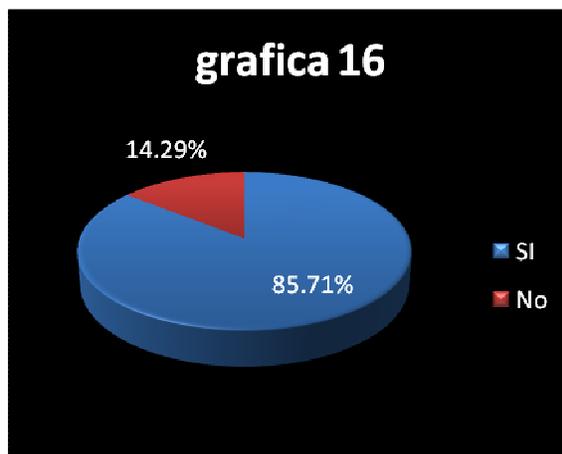
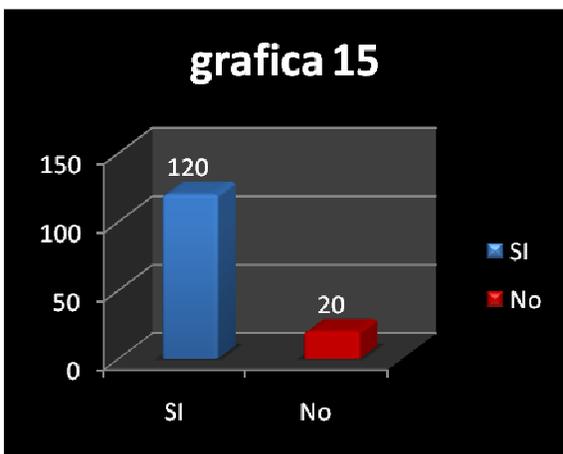
**10.- EN LO REFERENTE AL TIPO DE PARTO:**

Estas 85 personas tuvieron hijos por parto normal, lo que represente el 56.7 %. La incidencia de cesáreas fue del 26.6 %, con 40 persona. Y con respecto a abortos, 25 personas lo manifestaron, con un 16.6 %. (Graficas 13-A y 13-B)



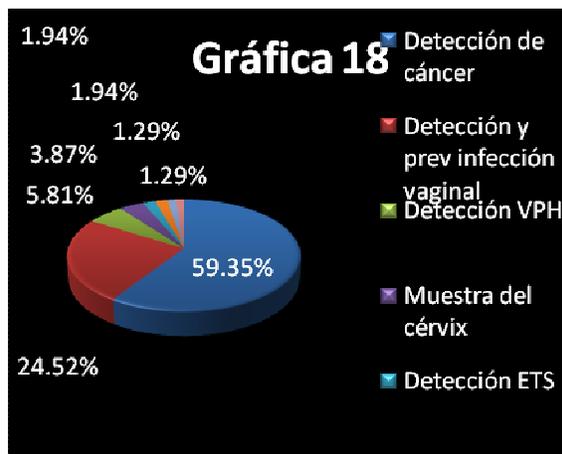
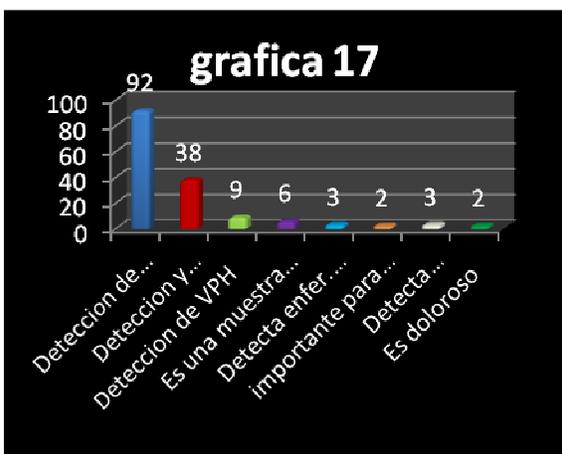
**11.- INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO:**

Respecto a si cuenta con información sobre el Papanicolaou, del total de 140 de las mujeres encuestadas, 120 personas que equivale al 85.7% contestaron que si han recibido algún tipo de información y solo 20 personas, un 14.3% de ellas contestaron que no. (Graficas 15 y 16)



## 12.- QUE TIPO DE INFORMACION:

En cuanto a la información recibida, se clasifica de la siguiente manera: EL 59%, 92 personas dice saber que el Papanicolaou es para detectar cáncer. El 24 %, 38 de las mujeres recibieron información que relacionaba al Papanicolaou con la detección de enfermedades vaginales o de transmisión sexual, 9 de ellas, el 5.81 % refirió que su finalidad era detectar VPH, el 3%, 6 pacientes, contesto que era una muestra del cérvix sin especificar la utilidad. El 2%, 3 personas, que es para detectar enfermedades venéreas, el otro 2%, 3 pacientes, para detectar anomalías y el 1%, 2 personas, restante solo contesto que era doloroso. Graficas 17 y 18)



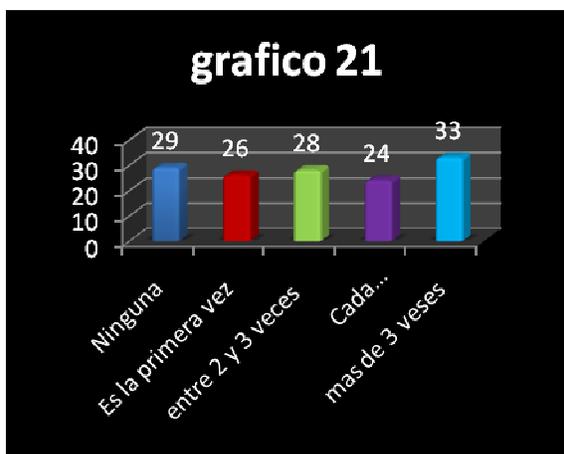
## 13.- ULTIMO ESTUDIO REALIZADO.

Las respuestas que dieron en cuanto al tiempo en que se habían realizado el último estudio de Papanicolaou fue: 64 mujeres que representa el 46% contesto que el último estudio se lo habían realizado hace 1 año. 30 de ellas que es el 21% refirió nunca habérselo practicado. 20 de las mujeres encuestadas las cuales dan un 14 % contestaron que hace dos años fue el último estudio realizado. 17 pacientes, el 12 % de la muestra que hace mas de 3 años. 7 de estas mujeres, el 5%, dijeron que hace menos de 6 meses y por último 2 de ellas, el 1.4% contesto que el ultimo Papanicolaou realizado fue hace 6 meses. (Graficas 19 y 20).



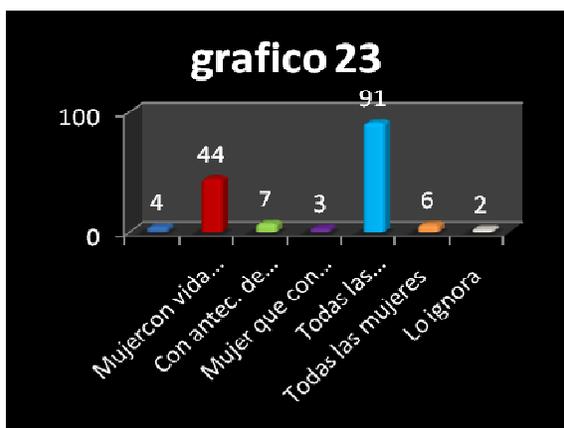
#### 14.- NUMERO DE VECES QUE SE HA REALIZADO EL ESTUDIO.

En cuanto a la contestación que dieron al preguntárseles sobre el número de ocasiones que se habían realizado el Papanicolaou 33 de las mujeres encuestadas que representa el 23 % de la muestra, contestó que más de 3 veces. 29 de ellas, que equivale al 21% contestó que nunca se lo han realizado. 28 mujeres, el 20%, contestó que entre 2 y 3 veces. 26 de estas mujeres o sea un 18 % refirió que era la primera vez que se lo habían practicado y 24 del resto de las personas, lo que representa el 17% contestó que cada año desde que inicio vida sexual activa se estaba practicando el Papanicolaou. (Graficas 21 y 22)



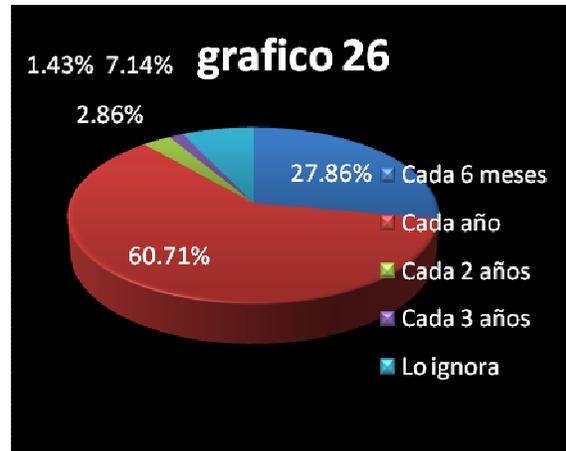
#### 15:- ¿CONOCIMIENTO SOBRE QUIENES DEBEN REALIZARSE EL PAPANICOLAOU?.

Respecto al conocimiento que tenían sobre quien debe practicarse el papanicolaou, la respuesta mas significativas fue una en la cual se agrupaban todas las posibles respuestas que se dieron en cuanto a quienes se deberían practicar dicho estudio (todas las anteriores) en donde el porcentaje obtenido fue del 58%, con 91 participantes. Seguida del 28%, 44 mujeres, aquellas que tiene vida sexual activa. El 4.46 %, 7 pacientes, refirió que todas las mujeres con antecedentes de cancer cervico-uterino deberían realizarselo. El 3.82 %, 6 personas, que todas las mujeres. El 2.55, 4 personas, mencionaron que quienes tenían varias parejas. 1.91 %, 3 personas, quienes padecían infecciones vaginales frecuentes y el 1%, 2 personas, ignoraba quienes deberían practicarselo. (graficas 23 y 24).



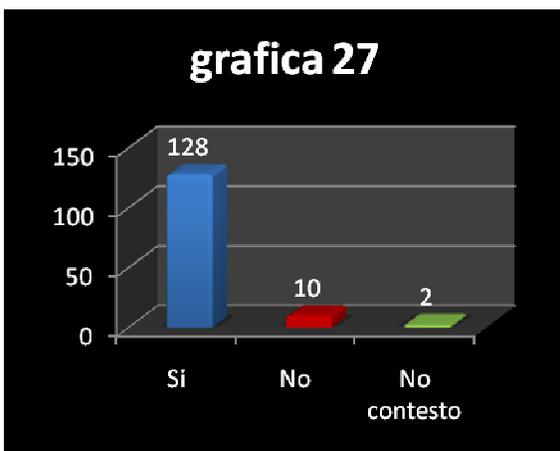
**16.- CONOCIMIENTOS SOBRE LA FRECUENCIA DE PRACTICARSE EL ESTUDIO.**

En la pregunta que se refería a si se conocía la frecuencia en que se debe practicar tal estudio las respuestas fueron las siguientes: el 60.71 %, 85 mujeres, contesto que cada año. El 27.86 %, 39 personas, que cada 6 meses. El 7.14 %, 10 participantes, ignora el intervalo en que se tiene que realizar el estudio. Un 2.86 %, 4 personas, refirió que cada 2 años y el 1.43 %, dos personas, refirió que cada 3 años. (Graficas 25 y 26)



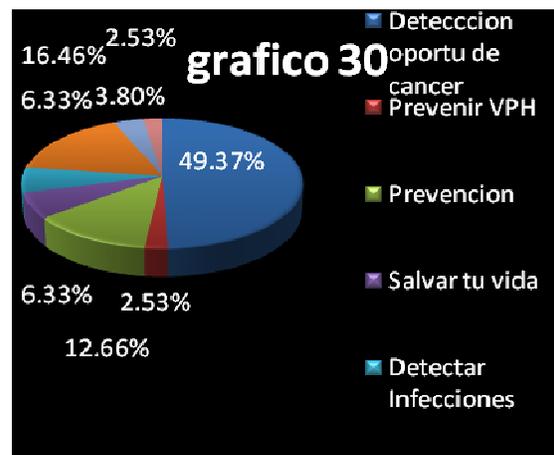
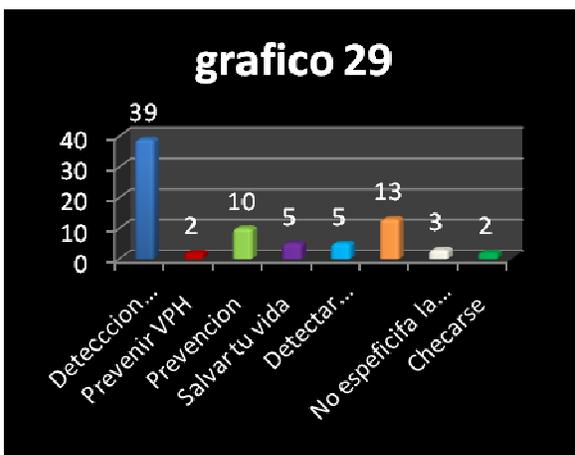
**17. CONOCIMIENTOS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PAPANICOLAOU.**

Respecto al conocimiento sobre la importancia de practicarse el papanicolaou 128 de las participantes, un 91.43 % del total contesto que si sabia la importancia del estudio. 10 de ellas, el 7.14 %, contestaron que no tenian conocimiento. Solo 2 participantes, el 1.43 %, no contestaron. (graficas 27 y 28)



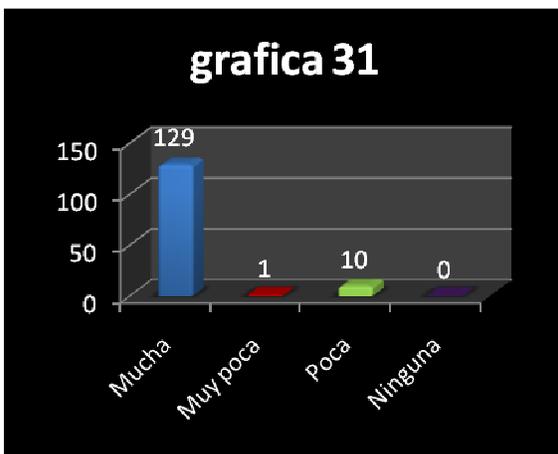
**EN CUANTO LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LA PARTICIPANTES:**

Se clasifico de la siguiente manera: el 49% , 39 participantes, refirio que la importancia de realizarse el papanicolaou era para la deteccion oportuna de cancer. El 16.%, 13 de las mujeres, dijo que en caso de detectarse cancer el tratamiento fuera oportuno. El 12%, 10 mujeres, refirieron que era importante como metodo preventivo. El 6%, 5 personas, que para salvar la vida, en el mismo porcentaje, 6 % que para detectar infecciones. El 4%, 3 personas, no especifico cual era la importancia del estudio. El 2%, 2 personas, que para checarsse y por ultimo otro 2% para para prevenir el VPH. (graficas 29 y 30)



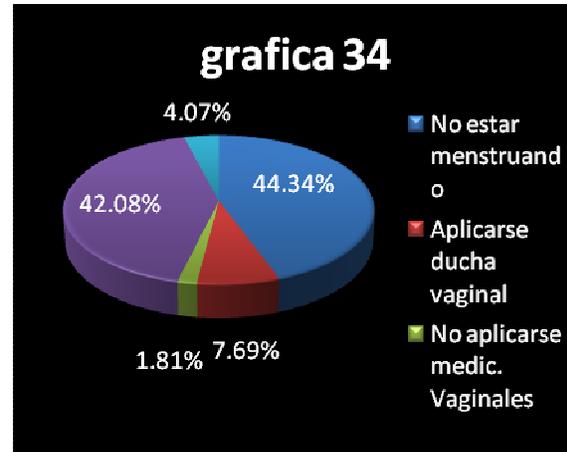
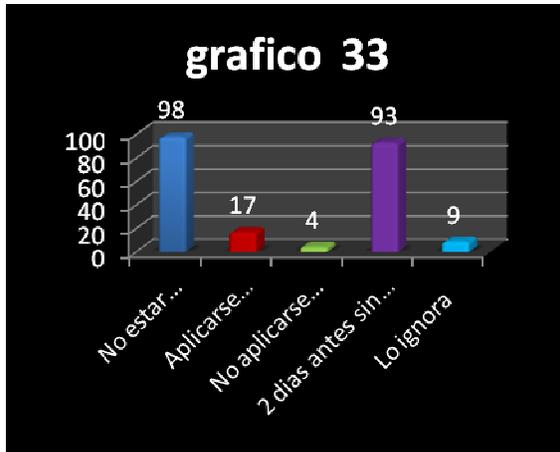
**18.- EN CUANTO AL GRADO DE IMPORTANCIA QUE TIENE EL PAPANICOLAOU.**

En la pregunta que si sabia que grado de importancia tiene el estudio el 92% (129 personas) contestaron que mucha. El 7% (10 personas) contestaron que poca. Un 1% (1 persona) contesto que no tenia ninguna importancia. (graficas 31 y 32)



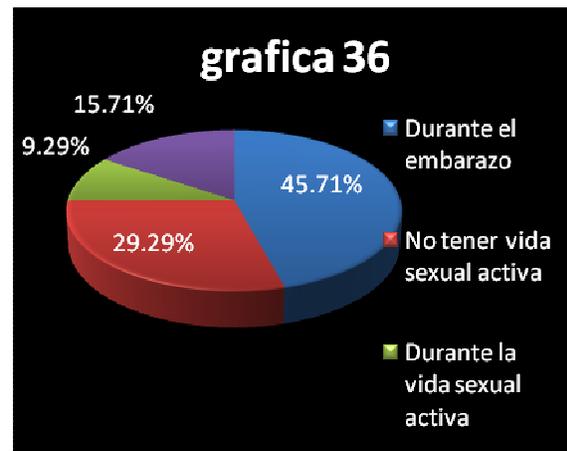
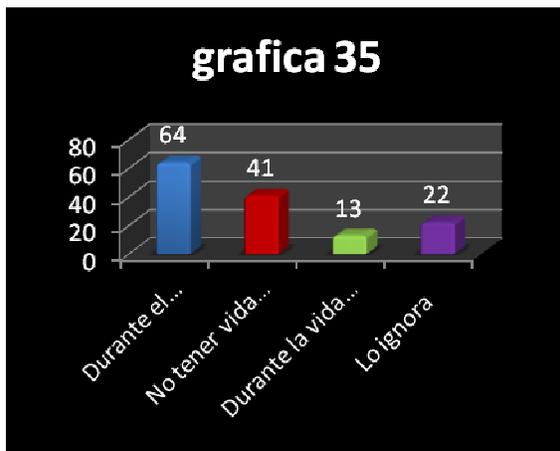
## 19.- REQUISITOS PARA PRACTICARSE EL ESTUDIO.

A la pregunta si las personas sabían lo requisitos para practicarse el estudio un 44 % (98 personas) contestaron que no estar menstruando. Un 42% (93 personas) contestaron que no tener relaciones en días previos al estudio. Un 7. (17 personas) mencionaron el aplicarse una ducha vaginal previa. Un 4 % (9 personas) contestaron que ignoraban los requisitos del estudio. Un 2% (4 personas) mencionaron el no aplicarse medicamentos vaginales previo al estudio. (Graficas 33 y 34)



## 20.- CUANDO NO REALIZARSE EL ESTUDIO

De las personas entrevistadas acerca de cuando no realizarse el estudio un 46 % (64 personas) contestaron que durante el embarazo. Un 29 % (41 personas) contestaron que el no tener vida sexual activa. 16 % (22 personas) mencionaron que ignoraban cuando no se debía de hacer el estudio. Finalmente un 9 % (13 personas) mencionaron que durante la vida sexual activa. (graficas 35 y 36)



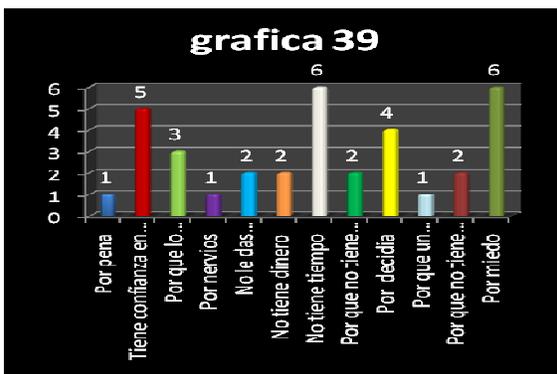
## 21.- SENSACIONES PRESENTADAS PREVIO Y DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO.

Cuando se pregunto que sensaciones habian experimetado previo y durante la realizaci3n del estudio, un 42 % (60 personas) mencionaron que es tolerable. Un 20 % (29 personas) que dolor sin mencionar que tan intenso. 18 % (26 personas) no manifestaron ninguna molestia. Mientras que un 8 % (11 personas ) mencionaron que lo consideran traumatico. Un 5 % (8 personas) contestaron ignorar por que nunca se lo habian practicado y solo un 4 % ( 6 peronas ) manifestaron que pena. (graficas 37 y 38)



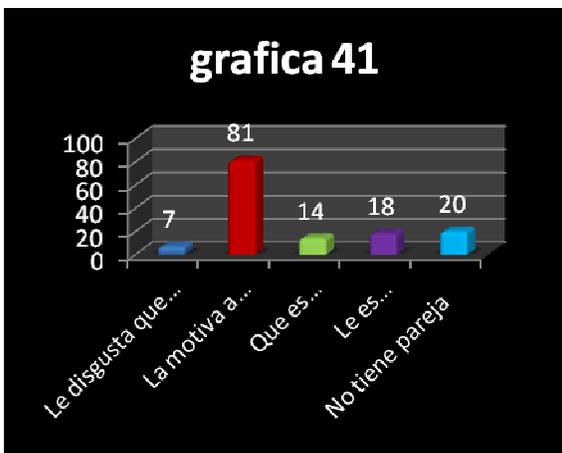
## 22.-POR QUE NO SE HABIAN PRACTICADO EL ESTUDIO.

Del total de la muestra (140 participantes), que manifestaron el por que no se practican el estudio, un 17 % (6 personas) mencionaron que no tenian tiempo y otras 6 personas que por miedo. 14 % (5 personas) mencionaron que le tenian confianza al esposo y que por lo tanto no habia riesgos. 11% (4 personas) no se lo realizar3n por que no tenian infecciones. 8 % (3 personas) por que lo considera molesto. Un 5 % (2 personas) presentadas en 4 ocasiones, 2 personas no se hicieron por nervios, 2 no le daban importancia al estudio, 2 por falta de dinero y otras 2 por falta de informaci3n al respecto y 1 de ellas por que un pariente le dijo que desde que se lo practico, presenta abortos . (graficas 39 Y 40)



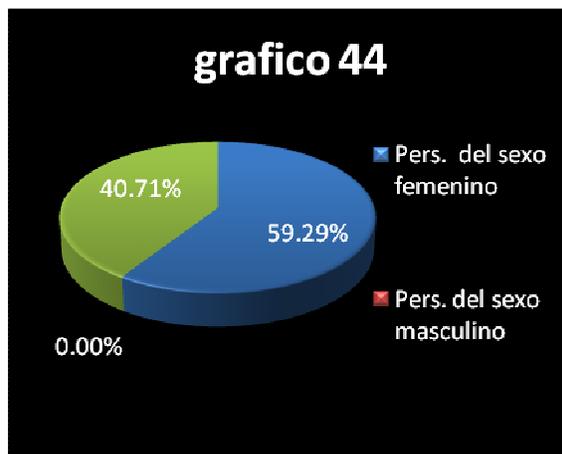
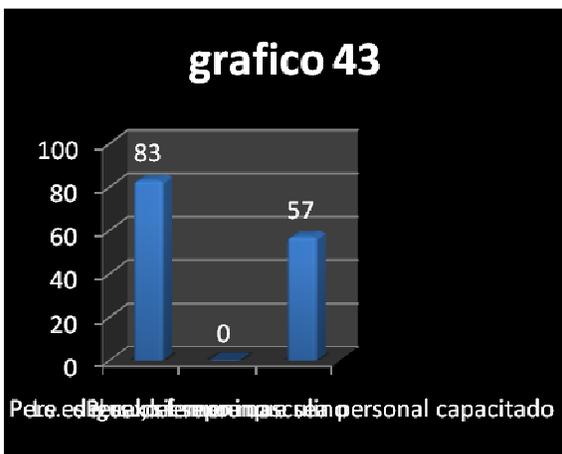
### 23.- OPINION DE LA PAREJA.

En cuanto a que opinaba su pareja de que se realizara el estudio un 59 % (81 personas) manifesto que la motiva para que se lo practique. Un 14 % (20 personas) no tienen pareja. 13% (18 personas) mencionaron que les es indiferente. En 10 % (14 personas) las parejas mencionaron que era su propia responsabilidad el realizarselo. Solo un 5% (7 personas) dijeron que a sus parejas les molestaba que se lo fueran a practicar. (graficas 41 Y 42)



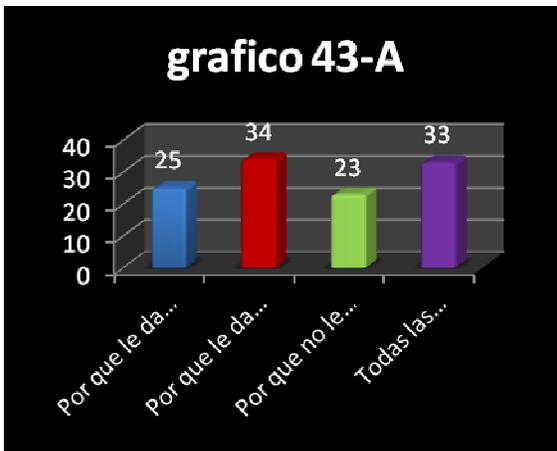
### 24.- QUIEN PREFERE QUE LE REALIZE EL ESTUDIO DEL PAPANICIOLOAU.

Respecto a quien prefiere que le realice el estudio un 59 % (83 personas) prefirian que el estudio se lo realizara alguien de sexo femenino y un 41 % (57 personas) les era indiferente quien se los practicara siempre y cuando estuvieran capacitados para ello. (graficas 43 y 44).



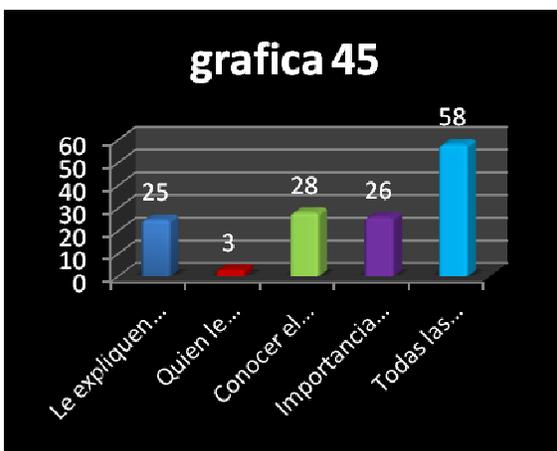
## 25.- POR QUE LA PREFERENCIA?

De las personas que contestaron que les gustaria que se los realizara una persona del sexo femenino un 29 % (34 personas) dijeron que esto les daba confianza. Otro 22 % (25 personas) por que les daba seguridad. Un 20% (23 personas) porque no les daba pena y 29 % (33 personas) contestaron que todas las anteriores respuestas. (graficas 43-A y 43-B)



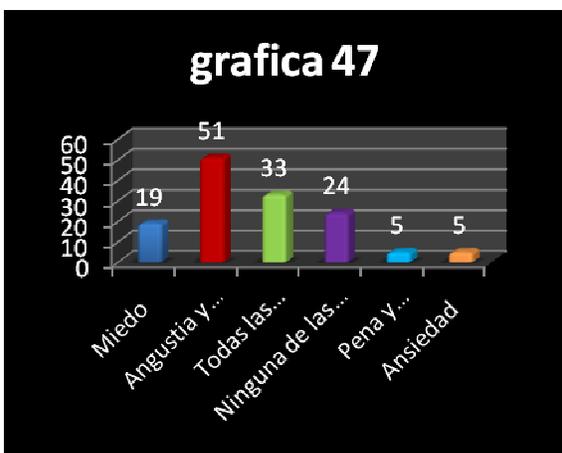
## 26.- INFORMACION QUE LE GUSTARIA CONOCER.

En la información que le gustaria conocer a las participantes antes de su estudio 41 % (58 personas) de ellas manifestaron que les informaran previamente que importancia tiene el estudio, conocer el material a utilizar, en que consiste, la importancia de este y quien le practicara dicho estudio. El 20% (28 personas) que le den a conocer el material a utilizar. 26 de ellas con el 19% manifestaron que le informaran la importancia que tiene este. 18 % (25 personas) que le expliquen en que cosiste . El resto, un 2 % ( 3 personas) prefieren conocer a la persona quien le realizata el estudio. (graficas 45 y 46)



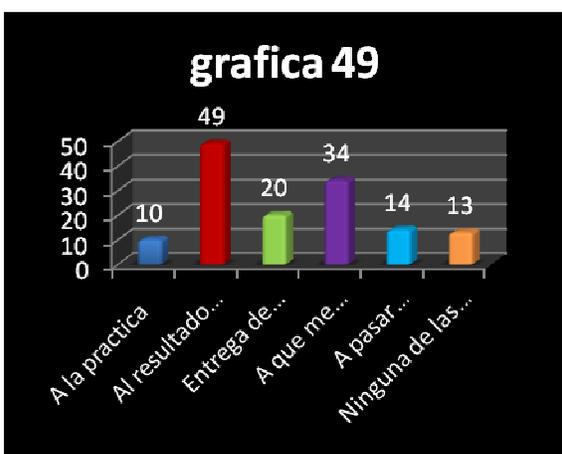
## 27.- SENTIMIENTOS QUE PROVOCA EL ESTUDIO.

Al preguntarles que tipo de sentimientos les provocaba el realizarse el estudio un 33%, 51 mujeres, que angustia y nerviosismo. 12%, 19 personas que miedo. 5 participantes, un 3 %, ansiedad, otras 5 personas que pena y vergüenza. Un 20 %, 33 personas, manifestaron que todas las anteriores respuestas y 15 %, 24 mujeres que el estudio no les provoco ningún sentimiento.



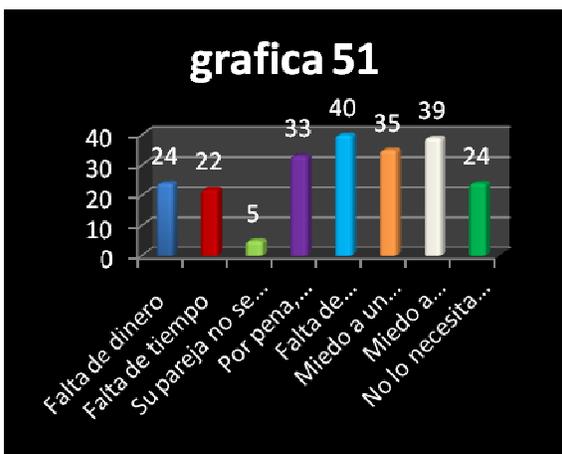
## 28.- TEMORES

Respecto a que le temen las pacientes al practicar su estudio de Papanicolaou, un 35% (49 mujeres), mencionaron que un posible resultado de cáncer. Un 24%, (34 mujeres) tienen miedo a que las lastimen. 20 participantes , un 14 %, a la entrega de resultados equivocados. 14 de las pacientes, 10 %, a pasar vergüenza. 7 %, 10 mujeres les tuvieron miedo a la practica del estudio y en un 9 %, 13 participantes mencionaron que ningún temor. (graficas 49 y 50).



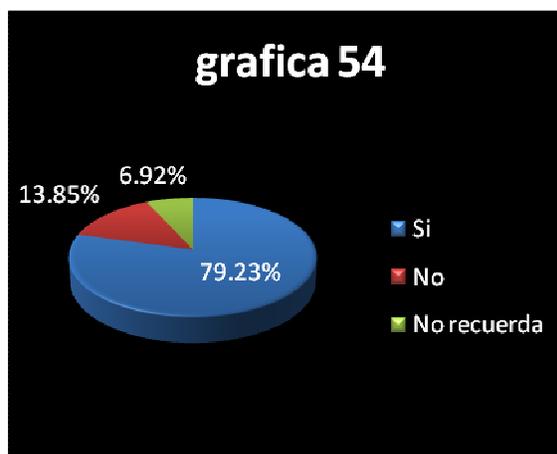
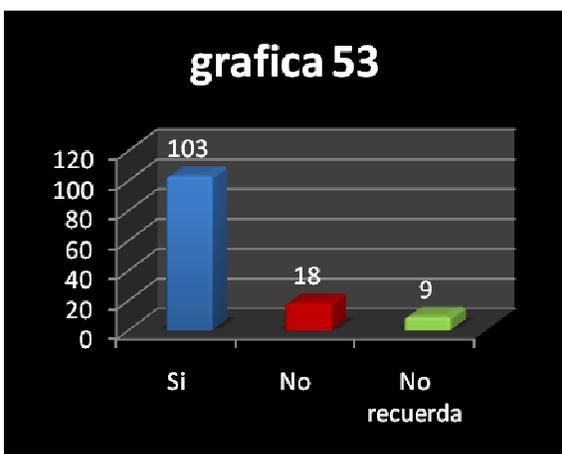
## 29.- RAZONES PARA NO REALIZARSELO.

En cuanto a las razones que manifestaron para no realizarse el estudio, un 18 % (40 personas) mencionaron es por falta de confianza al personal , a que lastime durante el estudio. Un 17 % (39 personas) miedo a que el material este contaminado. 15 % (35 personas) le tienen miedo a un resultado no favorable. Un 15 % (33 personas) no se lo hacen por pena, vergüenza. 10 % (24 personas ) dijeron que no lo necesitan puesto que no tienen infecciones y un porcentaje similar no se lo hizo por falta de dinero. 10% (22 personas) manifestaron falta de tiempo y en un 2%(5 personas) sus parejas no se los permiten. (graficas 51 y 52)



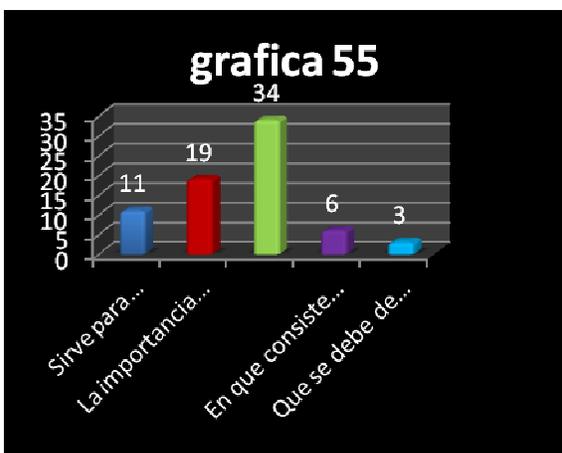
## 30.- ¿HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE LA PRUEBA?

Un 79% (103 personas) mencionaron que si había recibido información del estudio. Un 14% (18 personas) no habían recibido información del estudio y un 7% (9 personas) no recordaron si habían recibido alguna información. (Graficas 53 y 54)



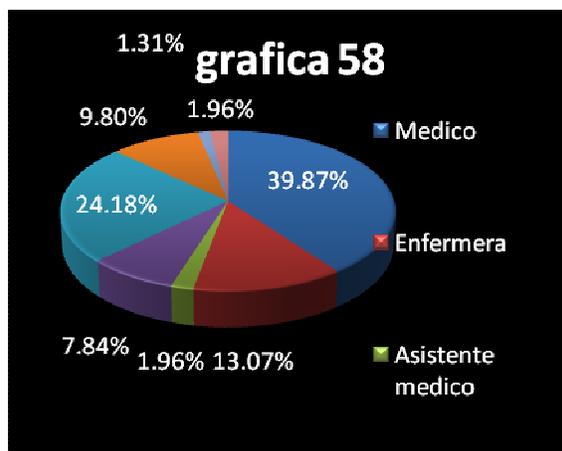
### ¿QUE TIPO DE INFORMACION PREVIA RECIBIERON?

Con respecto a qué tipo de información habían recibido 46%, 34 personas manifestaron que para detectar el cáncer. Un 26%, 19 personas les mencionaron la importancia que tiene. 15%, 11 personas que servía para detectar infecciones vaginales. 8%, 6 personas, mencionaron que en qué consiste y para que se realiza. 4%, 3 personas mencionaron que se debe de realizarse cada año. (Graficas 55 y 56).



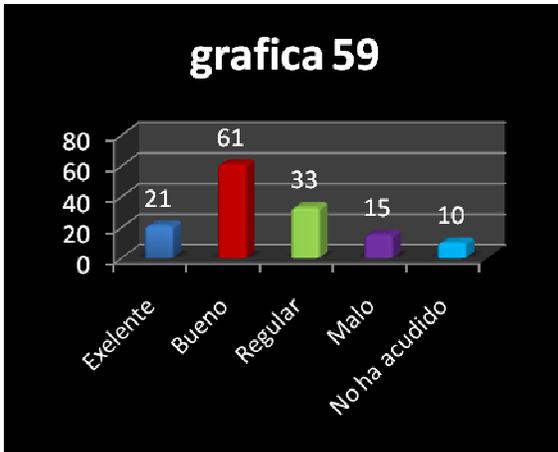
### 31- ¿QUIEN LE INFORMO?

En cuanto a quien fue la persona que le proporciono la información previa de su estudio 40%, 61 mujeres dijeron que un médico. 24%, 37 personas mencionaron que la información fue de folletos, pláticas o revista. 13 %, 20 personas mencionaron que una enfermera. 10%, 15 participantes se enteraron por medios de comunicación masiva. Un 7%, 12 de ellas se enteraron por medio de trabajadora social. 2 %, 3 personas que por asistente médico y otras 3 personas por algún familiar y finalmente 2 personas (1%) que por una maestra. (Graficas 57 y 58).



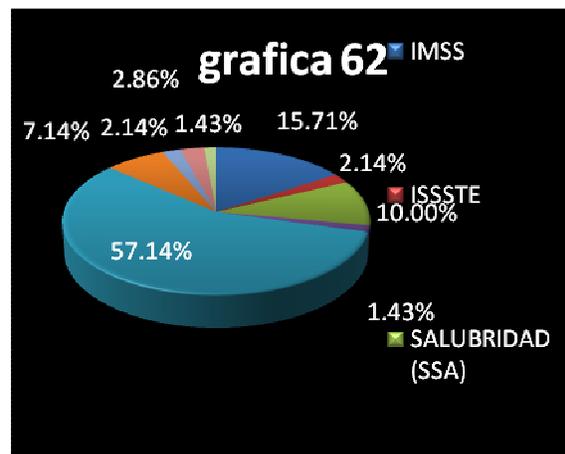
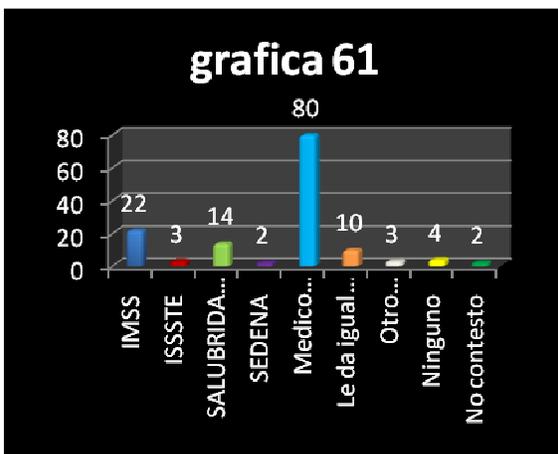
### 32.-TRATO RECIBIDO.

En cuanto al trato recibido en las instituciones de salud al realizarse el estudio un 43%, 61 personas dijeron que bueno. 23%, 33 personas que el trato fue regular. Un 15%, en 21 casos el trato fue excelente. 11%, en 15 estudios el trato fue malo y en 7% , 10 casos ,que nunca habian acudido al estudio. (graficas 59 y 60).



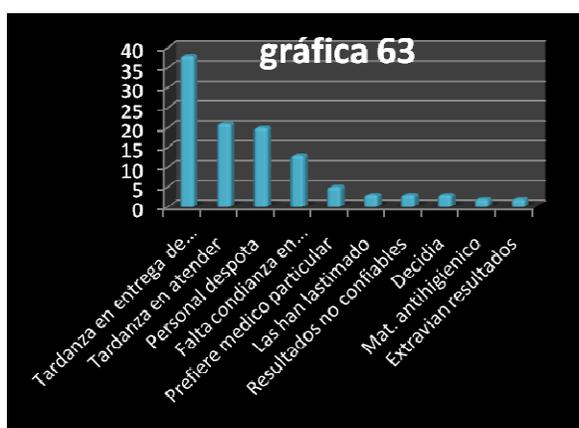
### 33.-INSTITUCION.

La institución mencionada como la preferida para la realización del estudio fue en primer sitio con médico particular, con 57% de la muestra, 80 personas. 22 participantes, el 16%, en el IMSS. 10%, 14 mujeres mencionaron a la SSA. 7%, 10 mujeres, les deba igual el sitio. 3%, 4 personas mencionaron que ningun sitio les gustaba. 3 personas, 2%, al ISSSTE y otras 3 personas que en Farmacias Similares. 2 participante, el 1 % en SEDENA y otras 2 personas no contestaron. (graficas 61 y 62).



### 34.-POR QUE NO HACE USO DEL SERVICIO

Las causas más frecuentes de por que las mujeres no hacian uso del servicio médico que les correspondia para realizarse su estudio fueron 27%, 38 participantes porque tardan mucho en la entrega de resultados. 15%, 21 personas porque las tardan mucho en atender. 14%, 20 participantes mencionaron que el personal es despota. 9%, 13 de ellas que por falta de confianza en los resultados. 3%, 5 personas por que prefieren medico particular. 3 personas, un 2%, por que la han lastimado. Otras 3 personas, 2% mencionaron resultados no confiable y otras 3 más(2%) por desidia. 2 personas, un 1%, que por el material anti-higienico y otras 2 por les habian extraviado sus resultados. (graficas 63 y 64).



## 4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

### ANÁLISIS DE GRÁFICAS

En el análisis de gráfica se deduce que del promedio de 140 mujeres incluidas en la investigación, la mayoría de las personas que acudieron a realizarse su estudio se encuentran en un rango de edad entre los 25 y 45 años con 93 pacientes (66.46%).

- El grado de estudios predominantemente fue de secundaria con 44 mujeres, que equivale al (31%) seguido del nivel medio superior con 28 mujeres (20%).
- La religión mayoritaria fue la católica en donde se encontraron 102 personas muy por arriba de las demás (72.86%).
- En cuanto al estado civil la mayoría de ellas eran casadas con 86 participantes (61.43%), sin embargo porcentaje de solteras fue significativo con 35 mujeres (25%).
- En gran medida las personas se dedicaban a labores del hogar con 67 personas (47.86%) y 65 de ellas percibían alguna remuneración por algún trabajo desempeñado.
- En cuanto al horario de las que laboran 38 mujeres con un porcentaje de 58.46%, lo hacen en el turno matutino, siendo el ingreso que más predominó de 44 mujeres con el 67.69% el medio.
- Referente a si contaban con atención médica en alguna institución, la respuesta fue que de 140 mujeres 57 de ellas (46.71%) cuentan con servicio en el IMSS, 50 (35.71%) no contaban con ningún tipo de servicio.
- En cuanto al número de gestaciones manifestadas, 18 de ellas (13 %) manifestaron que nunca habían estado embarazadas; 46 (32.8%) personas mencionaron embarazos en 2 ocasiones; un embarazo en 28 personas (20%); 3 en 19 de ellas y 29 participantes (20.73%) habían tenidos más de tres gestaciones.
- De las mujeres con gestaciones un (56%) de 85 de ellas, habían presentado partos normales, un (27%) de 29 mujeres han sido cesáreas y en un porcentaje de 16 % había datos de abortos.
- 64 personas (45%) de las participantes, se realizaban de manera adecuada y periódica su estudio cada año, sin embargo el número de pacientes que nunca se lo habían practicado era significativo con 30 paciente (21%).
- Un 85.7% que corresponde a 120 participantes tenían información acerca de que el estudio sirve para detectar cáncer, de las cuales 92 mujeres (59%) dieron esa respuesta.

- En cuanto al número de veces que se lo habían practicado 33 de ellas (23%) contesto que más de 3 veces después de haber iniciado vida sexual y 29 (20.73%) ninguna vez se lo había practicado.
- Sobre si tenían conocimientos sobre quienes deberían practicárselo 91 de ellas (58%) contesto que todas las mujeres con vida sexual, con varias parejas, con antecedentes de cáncer y con infecciones vaginales frecuentes, otro porcentaje significativo fue de 44 (28%) que contesto que las mujeres con vida sexual activa y solo 2 de ellas que representa el (1%) manifestó ignorar quienes deberían realizarlo.
- Si conocían la frecuencia de la practica 85 (61%) manifestó que cada año se tenía que practicar.
- Si conocían la importancia de practicarse el estudio 128 de las participantes (91%) contesto que saber sobre la importancia de dicha práctica , 10 (7%) contesto no saber y solo 2% no contesto la pregunta, en cuanto a las mujeres que contestaron saber la importancia, su respuesta fue que para detectar oportunamente el Cáncer Cervico uterino (49%) y las que contestaron que para dar tratamiento oportuno en caso de resultado positivo a cáncer y 39 de ellas (49%) contestaron que era importante como método preventivo.
- Sobre la practica 129 de ellas (92%) contesto que era mucha y solo 10 (7%) contesto que era poca la importancia de la practica.
- Ahora bien cobre si conocía los requisitos necesarios para la practica 98 (44%) la respuesta fue no estar menstruando, 93 (42%) no haber tenido relaciones sexuales 2 días previos.
- En cuanto a los impedimentos para la no práctica del estudio en 64 casos (46%) contesto que durante el embarazo, 41 de ellas, con el 29%, contestaron que cuando no se tiene vida sexual activa.
- A la pregunta de quién le había proporcionado tal información, 61 (40 %) contesto que esta información estaba dada en gran medida por personal médico, 20 de ellas contestaron que atreves de folletos, revistas y platicas por personal de enfermería y de trabajo social, 20 mujeres, que representan el 23%, contestaron que el tipo de información recibida por estas personas había sido sobre la importancia que tiene el practicarse tal estudio y que detecta.
- En cuanto a la sensación que les provoca dicha práctica 60 mujeres, con el 43% manifestaron que es un estudio tolerable, 29 de ellas (21%) respondieron que es doloroso.

- **Ahora el por qué no se practican dicho estudio, las causas que mencionan para no realizárselo, las mujeres que si dieron una contestación a esta pregunta, manifiestan datos casi inverosímiles como no tener tiempo el (17%), quienes manifestaron tener miedo el (17%), las que contestaron que no tienen riesgos por que tiene la suficiente confianza en su esposo fue el (14%), por decidía el (8%), las que lo consideran molesto el (9%).**
- **En cuanto a la opinión que tiene la pareja respecto a la práctica del estudio 81 mujeres (58%) refirió que las motiva a que se practique tal estudio.**
- **En cuanto a las respuestas que proporcionaron sobre quien prefiere que le practique el estudio 83 de ella (59%) prefiere que sea personal de sexo femenino, 57 de ellas (41%) contesto que le da igual siempre y cuando sea una persona capacitada.**
- **Sobre el por qué de la preferencia de que la persona que le realice el estudio del Papanicolaou sea de sexo femenino, manifestaron que el hecho de ser del sexo femenino les brinda mayor seguridad, confianza, no les da pena, ni vergüenza.**
- **En cuanto a que tipo de información que le gustaría conocer durante y previo a la práctica hacen referencia: a la importancia que tiene el estudio, conocer el material a utilizar y que le expliquen en que consiste.**
- **Existen otros tipos de causas relacionada mas con factores psicológicos, cognitivos, a las creencias que a las reales, como se observa en las respuestas que se refieren a los sentimientos que les provoca, así como los temores ante la práctica del estudio antes mencionado, en donde hacen referencia a la angustia, nerviosismo, miedo, a pasar vergüenza a que la vean tanto físicamente como al qué dirán al verla realizarse el estudio, miedo a un posible resultado adverso (positivo a CaCu), miedo a que la lastimen, le duela, temor a que se le entregue un resultado equivocado, temor a un contagio por la utilización de material contaminado o bien el mal manejo del personal, no hacérselo por que el resultado nunca está a tiempo, o mencionar no ser necesario ya que confían plenamente en su pareja.**
- **Un gran porcentaje cerca (del 62 %) si cuentan con algún tipo de seguridad social que les proporciona atención medica así como la realización de sus estudios, en este caso del Papanicolaou. Y aunque cuentan con este servicio no hacen uso de él, argumentando diversas razones entre las que destacan: que tardan mucho en atenderlas, las atienden de mal modo y en forma déspota, les tardan mucho la entrega de resultados y que frecuentemente se extravían o son cambiados por otros.**

### 4.3. CONCLUSIONES:

El Cáncer Cervico uterino es una de las principales causas de muerte en mujeres en nuestra población, y es considerado un problema de salud pública y el cual puede ser tratado adecuadamente en etapas tempranas siempre que exista una adecuada detección oportuna de este padecimiento. Si la detección oportuna es importante porque en nuestro medio existe rechazo a realizarse este estudio de diagnostico preventivo adecuado (Papanicolaou) en forma periódica. De ahí que el objetivo de esta investigación es determinar cuáles son las causas o razones más frecuentes por las que mujeres en edad reproductiva evitan realizarse periódicamente la citología exfoliativa cervico-vaginal (Papanicolaou) como prueba de detección oportuna de cáncer a pesar de la promoción que se realiza, así como investigar la importancia que tiene el hecho de contar con información y si esta es determinante para la práctica o no, así como, determinar cuál es el sentir y percepción que se tiene sobre esta prueba.

En cuanto a una de las hipótesis planteada inicialmente la cual hace referencia que a menor información sobre la prueba del Papanicolaou, las mujeres evitan realizarse dicho estudio esta no fue corroborada ya que en base a los resultados obtenidos se concluye : que el contar con información respecto a la citología exfoliativa cervico vaginal (Papanicolaou) como prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino, sobre el grado y tipo de importancia que tiene dicha práctica, quienes debe practicárselo, cada cuanto y requisitos necesarios ,se observa en los resultados obtenidos donde se plantean preguntas que hacen referencia a que si se contaba con información al respecto, de 140 mujeres , 120 de ellas, que representa el 86% contesto que si, en cuanto a que si conocían la importancia de la practica y el grado de esta, 129 mujeres contestaron que si la conocía, y que el grado era mucho, además en donde se les pide que mencionen la utilidad de la practica ,92 de ella que representa el 59% mencionaron que para detectar Cáncer Cervico uterino., y otro porcentaje 23 de ellas con el 16% para dar tratamiento oportuno en caso de resultados positivos a CaCu. Otro porcentaje menciona que es útil como método preventivo, por lo que se concluye en esta investigación, que el contar con información sobre este método preventivo no es una causa o razón para que las mujeres no se practiquen el mencionado estudio.

En cuanto a la segunda hipótesis planteada la cual refiere que existen posibles causas o razones que funcionan como barreras psicológicas que hacen que limiten a las mujeres a practicarse el estudio del Papanicolaou, la cual en base a los resultados obtenidos en esta investigación se corrobora esta hipótesis ya que se encontró que si existen razones de tipo psicológico, y culturales por las cuales las mujeres en edad reproductiva no acuden periódicamente a practicarse el examen del Papanicolaou como medio de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino a pesar de la promoción que se realiza, observándose en las respuestas proporcionadas que el nivel socioeconómico tampoco es una determinante para que no se lleve a cabo la practica ya que de las 140 mujeres , 65 de ellas que representa el 46% cuentan con un empleo , y 44 de ellas con un porcentaje de(67%) reciben una remuneración económica adecuada (nivel medio), y en donde 90 de ellas con un porcentaje de 64% refirió contar con atención medica en alguna institución de salud , además que es

bien sabido que este tipo de estudio se practica en forma gratuita en cualquier institución de salud, siempre y cuando no sea privada, que en donde también se realizan campañas para practicárselo a muy bajo costo .

En lo que se refiere al nivel profesional se pudo observar en el presente estudio que existe un menor porcentaje de mujeres que no cuentan con ningún tipo de estudio en donde de un total de 140 mujeres solo 2 , que representa el 1% se encontró en esta situación, además llama mucho la atención que dentro del porcentaje del 16% que representa a 23 de las mujeres contestaron tener un grado de estudio a nivel superior y que dentro de estas ,las respuesta que proporcionaron en cuanto a la pregunta que hacía referencia a los motivos que tenían para no practicarse el Papanicolaou, 5 de ellas (14%) contestaron que por no tener riesgos , ya que tenían plena confianza en su esposo , además en la respuesta al tipo de empleo el 23% desempeñan labores relacionadas a la salud , por lo que se deduce que este hecho tampoco influye como un factor determinante para la práctica de dicho estudio..

En lo referente a la atención recibida en las instituciones de salud donde han acudido en alguna ocasión, se observa un bajo porcentaje 10% de 15 mujeres la considera como mala y el resto de ellas entre buena, regular y excelente, pero al preguntárseles del por qué no hacen uso del servicio , refirieron como razones el hecho de que la atención es muy tardada, así como la entrega de resultados y que el personal asignado a esta es poco amable , por lo que este factor pudiera influir en forma negativa con la decisión de no hacer uso de este servicio.

Lo que si se observa en gran medida que el factor psicológico dentro del cual entran los aspectos culturales, las creencias , las cogniciones , que es el que motiva a las personas a practicar determinadas conductas, hábitos, actitudes que funcionan como barreras y hacen que limiten la práctica del Papanicolaou en las mujeres, esta conclusión se realizo en base al análisis cualitativo de las respuestas que proporcionaron las mujeres que participaron en la presente investigación, ya que hacen referencia a la pena, vergüenza, angustia, miedo , ansiedad y siguen con la creencia de que es doloroso y traumático, de igual forma hacen manifiestos temores que dan por hecho que sucedan, como es el caso en donde manifiestan que temen a que les entregue un resultado positivo a cáncer o bien un resultado equivocado , que las vayan a lastimar en el momento de la práctica, refiriendo también la falta de confianza que manifiestan hacia el personal que se dedica a practicar el mencionado estudio ya que temen que el material que se utilizó este contaminado y que el personal no esté capacitado para tal práctica , aun cuando sabemos que es requisito para trabajar en una institución contar con un grado de estudio que avale que se está capacitado para proporcionar dicho servicio de salud, se observo también que objetan respuestas que cuando se analizan se llega a la conclusión de que son objeciones y que son muy dadas a anteponer cualquier otra actividad para evitar dicha práctica, ya que utilizan excusas que hacen alusión a que no se practican el estudio por que no tienen dinero, no tienen tiempo , no lo necesitan ya que no tienen molestias, que no tienen riesgos ,aun cuando respondieron que conocen el grado de importancia y las razones para practicarse el antes mencionado estudio , por la anterior conclusión se da por confirmada esta hipótesis.

De acuerdo a lo anterior podemos deducir que la actitud de las personas ante las conductas saludables, radican en la conducta misma, el estilo de vida, en donde la

familia y lo social juegan un papel relevante en los hábitos saludables, obedece también a la percepción subjetiva de determinados síntomas que influyen también en estas conductas, así como a los factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicas) en los que se incluyen pensamientos y creencias propios de las personas, “ya que lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud, no tiene por qué apegarse con la comprensión medica objetiva de la misma“ (Leventhal Nerenz y Steele, 1984, citado en Oblitas,2000).

De ahí se retoma que las creencias, actitudes y otras variables sociales y psicológicas, son motivadores importantes del comportamiento y una vez que la persona las ha adquirido suelen permanecer iguales durante años, proporcionando coherencia y predictibilidad a muchas de esas conductas, por lo tanto interfieren en las conductas de salud.

También se observa que las personas no hacen lo que debieran de hacer sobre conductas que claramente son nocivas para la salud por el lapso prolongado de tiempo que lleva la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, no siendo consideradas hasta entonces como un problema real. Tomemos el caso del cáncer en el cual las fases de latencia pueden durar en algunos casos entre 10,15 y 20 años para que se manifieste y esto conlleva a que solo unas pocas personas hagan conciencia de llevar a cabo conductas preventivas para conservar o mejorar su salud, ya que consideran los efectos nocivos como muy remotos y poco probables asumiendo subjetivamente una probabilidad de ocurrencia de enfermedades mucho más baja para ellos que la real, sumándose, el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que se pueda padecer.<sup>14</sup>

Se observa que la gente por muy lógica e inteligente que sea no funciona en base a estos conocimientos como tal, sino en base a su aprendizaje (cognitivo-conductual) y de acuerdo a su contexto socio-cultural, de ahí que no adaptan su comportamiento a la información que poseen en decisiones que les puedan favorecer o afectar su salud ya que son, para bien y para mal afectivas y emocionales, por ello es que el comportamiento se encuentra sometido no a las leyes de la lógica sino al influjo de numerosos factores ambientales, físicos, cognitivos, culturales y económicos que de manera inconsciente funcionan como condicionantes temporales.

De acuerdo con lo observado en el análisis de resultados se concluye que: Sin duda alguna que gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la influencia que ejerce el medio ambiente en las cuales están involucradas una serie de factores culturales, y psicológicos que en lo que se refiere al cuidado de la salud no se escapa de dicha influencia, de ahí que con el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación la respuesta a la pregunta de investigación relacionada a la posible existencia de causas o razones por las cuales la mujeres no se practican con periodicidad el examen del Papanicolaou como medio de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino, si es debida a la existencia de determinantes de conducta como

---

<sup>14</sup> .- Oblitas Guadalupe, Luis A. Psicología de la salud 2007 Editorial Plaza y Valdés Editores S.A. de C.V.

**los hábitos, actitudes, creencias y cogniciones que funcionan como barreras u obstáculos para la motivación de las personas a practicar determinadas conductas que favorezcan el cuidado de su salud.**

**Se concluye también que la información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción o cambios de comportamientos saludables y adecuados, de ahí que para generar conciencia sobre la importancia de acudir a la práctica de la prueba de detección oportuna de Cáncer Cervico uterino, no basta con la difusión sobre programas de salud precisos, sino que esta conlleve también una metodología de enseñanza adecuada al contexto para que el aprendizaje sea significativo. Además es muy importante que se concientice al personal de salud que brinda este servicio preventivo sobre la importancia que tiene el trato cálido hacia las personas que acuden a hacer uso de dicho servicio con el objeto de que estas mismas personas funcionen como promotores refiriendo sus propias experiencias pero de una manera positiva, para con esto tratar de atacar la real problemática que está ocasionando que estas mujeres no acudan a practicarse el estudio del Papanicolaou. También hay que tomar en cuenta dentro de la capacitación del personal de salud programas educativos que se considere todo lo referente a estas barreras que representan los aspectos psicológicos y culturales antes mencionadas para que cuando se aborde la información preventiva, esta sea más adecuada, completa y beneficiosa y llegue más a conciencia a la población dirigida, para así poder influir en la práctica de conductas preventivas de salud, entre estas el Papanicolaou y con esto tratar de incidir y coadyuvar a una reducción de las tasas de Cáncer Cervico uterino.**

#### 4.4. SUGERENCIAS

- Diseñar programas educativos en las escuelas primarias apartar de 5 año de secundaria y preparatoria en los que se incluyan la información preventiva.
- Incluir en los programas educativos de enfermería, trabajo social, medicina y otra área afines a la salud contenidos enfocados a la educación preventiva.
- Diseñar mejores alternativas para capacitar a los maestros y padres de familia para el manejo adecuado de dicha información.
- Opten por conductas de salud favorables.
- Generar conciencia y motivación en las personas a través de medios de comunicación sobre las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables.
- Realizar campañas de información en la que se destaquen mitos y prejuicios sobre el examen de Papanicolaou.
- En cuanto al contexto sobre la educación para la salud intentar lograr la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo dirigido a mujeres, familia y población en general, enfocado a hacer conciencia sobre la manera negativa que influyen los hábitos, las actitudes, las creencias y las cogniciones, para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto al cuidado de su salud.
- Formar grupos de apoyo en las instituciones de salud en donde se promueva el intercambio informal de ideas sobre las experiencias positivas ante la práctica del estudio del Papanicolaou, a las personas que acudan a solicitar algún servicio, ya sea en medicina preventiva, urgencias, etc.
- Destacar la importancia que tiene el proporcionar un servicio de calidad y con calidez humana a las personas que acudan a solicitar el servicio de toma del estudio del Papanicolaou por parte del personal de salud, con el objeto de fungir como promoción, erradicando la mala percepción que se tiene sobre los servicios preventivos en las instituciones de salud.

#### LIMITACIONES:

A lo largo del presente trabajo de investigación se presentaron las siguientes. Limitantes:

- El tamaño de la muestra fue limitado a 140 mujeres, por que las mujeres objetaban no contar con el tiempo para contestar a las preguntas.
- Por cuestiones de distancia y logística de la institución, la muestra se delimito en una sola institución.
- A causa de un periodo y tiempo limitado de investigación, el presente trabajo se vio enfocado únicamente a las personas que acudieron a solicitar un servicio y entrevistándose a las personas en el área de espera por lo que influyo en las respuestas, ya que no se conto con un espacio adecuado para que la entrevista se diera con más seriedad.

- Una de las limitantes es que las mujeres encuestadas solo respondían a las preguntas cerradas con mayor facilidad que a las abiertas donde se tenía que dar opinión propia.

#### **RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES:**

Con base a los resultados obtenidos se pueden dar algunas recomendaciones dirigidas a futuras investigaciones para ampliar los resultados:

- Dar seguimiento a los resultados del presente estudio para observar los posibles cambios en caso de que se tomaran en cuenta las sugerencias proporcionadas.
- Ampliar la muestra aumentando el número de individuos en la metodología.
- Incrementar el número de instituciones de salud por zona para poder hacer un comparativo entre ellas, así como para obtener una mejor y mayor información al respecto.

**4.5. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:** En cuanto a la primera de las hipótesis planteadas inicialmente la cual hace referencia a que a menor información sobre la prueba del Papanicolaou, las mujeres evitan realizarse dicho estudio esta no fue corroborada ya que en base a los resultados obtenidos se concluye : que el contar con información respecto a la citología exfoliativa cervico vaginal (Papanicolaou) como prueba de detección oportuna de cáncer no es un factor determinante para que se lleve a cabo o no tal práctica.

En cuanto a la segunda hipótesis planteada la cual refiere que existen posibles causas o razones que funcionan como barreras psicológicas que hacen que limiten a las mujeres a practicarse el estudio del Papanicolaou, la cual en base a los resultados obtenidos en esta investigación se corrobora esta hipótesis ya que se encontró que si existen razones por las cuales las mujeres en edad reproductiva no acuden periódicamente a practicarse el examen del Papanicolaou como medio de detección oportuna de cáncer cervico uterino a pesar de la promoción que se realiza dentro de las cuales se encuentran el factor psicológico que incluyen los aspectos culturales, las creencias , las cogniciones que motivan a practicar determinadas conductas, hábitos, actitudes que funcionan como barreras y hacen que limiten la práctica del Papanicolaou.

## **V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

### **5.1 BIBLIOGRAFIA**

**1.-Secretaría de Salud de México. Programa de prevención y control del cáncer cervico uterino. México (DF); 2000**

**2.-Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Registro histopatológico de neoplasias en México 2001. Morbilidad y Mortalidad**

**3.- Lazcano-Ponce E. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México, 1999 (41) 4: 178-285.**

**4. - Lazcano PE, Moss S, Alonso de Ruiz P, Salmerón CJ, Hernández AM. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective. The case of México. Arch Med Res 1999; 30:240-50.**

**5.- A. Córdova. Fisiología Dinámica. Editorial Masson. 2003. Barcelona.**

**6.- Orts Llorca F. Anatomía Humana.5 Edición. Tomo III. Editorial científico-médica.**

**7.- Juárez-Vergara P, Meza-Banda S. Cáncer cervico uterino y citología exfoliativa. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México: IMSS, 1986.**

**8.- Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obstet Gynecology 1967; 10: 748-84.**

**9. - Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Obstetric Gynecology 1990; 75: 131-133**

**10.- Lazcano-Ponce E. Cáncer: factores de riesgo, frecuencia y medidas de prevención. Salud Pública de México, 1997 (39) 4: 251.**

**11.- H.M Shinglenton, Oncología Ginecologica.1ª. Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana 1998. 1-107.**

**12.- Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria. Sistema Nacional de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 enero de 1995.**

**13.- Programa nacional de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario. SSA. 1992.**

**14.- Oblitas Guadalupe, Luis A. Psicología de la salud 1ª. Edición. 2000. Plaza y Valdés Editores S.A. de C.V**

- 15.- Oblitas Guadalupe Luis A. **Psicología de la Salud y Calidad de Vida 2da. Edición 2000.** Plaza y Valdez Editores S. A de C.V
- 16.- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) **Anatomía Patológica, Temas para enfermería, editorial Ecimed, ciencias médicas ciudad de la Habana 2005**
- 17.- Benson R. **Ginecología y obstetricia. 7ª edición. México. El Manual Moderno. 1985: 774**
- 18.- Díaz ML. **Human Papilloma Virus - Prevención and Treatment. Obstet Gynecology Clin North Am. June 2008; 35(2); 199-217.**
19. - Elle Baily, Lloyd Zusi et al. **Enciclopedia de la Enfermería. Volumen IV. Editorial Océano/Centrum.1998.Barcelona.**
- 20.- Garza-Puga MÍ. **Factores que propician la no realización de la detección oportuna de cáncer cervico uterino en mujeres en edad fértil de la UMF No. 43. Investigación no publicada. Escobedo Nuevo León. 31 julio 2002.**
- 21.-**Guía para Medicina Familiar. Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino. IMSS. 1998: 26.**
- 22.- Guzberg F. **Cáncer del cérvix. Cáncer ginecológico 4ª edición. Buenos Aires, Argentina. Panamericana. 1991: 644. 8. SSA. Manual de normas y procedimientos para la prevención de los cánceres cérvico uterino y mamario. 1997.**
- 23.- Janicek MF. **Prevención y diagnóstico del cáncer de cuello. CA Cáncer J Clin 2001; 51:92-114**
- 24.- Juárez-Vergara P. **Cáncer del cuello del útero. Histología normal y citología exfoliativa. 3ª edición. México. IMSS. 1990:244.**
25. - Laara E, Day NE, Hakama M. **Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. Lancet 1987; 1(8544):1247-9**
- 26.- Parkin DM, Bray F, Pisani P, Ferlay J. **GLOBOCAN2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC. Cáncer Base No. 5, Versión 2.0 Lyon: IARC Press; 2004**
27. R. M. Blasco, M.P. Mompart. **Enfermería Maternal. Editorial Masson-Salvat. Barcelona.**

**28.- Romero Cancio, José Alfredo. Factores en la no utilización de la detección oportuna del cáncer cervico uterino en Medicina Familiar. Rev. Med del IMSS. 1997 (35) 3: 227- 232.**

**29. - Munoz, Nubia y Bosch, Xavier “Cervical cancer and Human Papillomavirus: Epidemiological Evidence and Perspectives for Prevention”. Salud Pública Mex. 39: 1997**

**30. - Muñoz N, Bosch FX, de San jose S, et al. Epidemiologic classification of human papilloma virus types associated with cervical cancer. New England Journal of Medicine 348(6): 518–527 (February 6, 2003).**

**31. - “Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives.” Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. Program for Appropriate Technology in Health (PATH); Noviembre 2000.**

**32. Shingleton H, Thompson JD. Cáncer de cuello uterino. Ginecología quirúrgica. 8ª edición. Editorial Panamericana Argentina 1998: 1437.**

**33. Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección Precoz del Cáncer de Mama y de Cérvix Uterino en España.**

## **5.2. PAGUINAS DE INTERNET.**

<http://.issste.gob.mx/aconseja/cervico.html>

[http://edume.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/qr](http://edume.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/qr)

<http://redalyc.uamex.mx/redalyc/scr/inicio/Art.pdhRed.jspz.Cuev=10634685>

<http://salud.edomex.gob.mx/html>

<http://www.sesa.dgo.gob.mx/cacu.html>

<http://www.slideshare.net/geopaloma/anatoma-fisiologiadel-aparato-reproductor-femenino>

<http://www.aibarra.org/Apuntes/Fisiologia/default.html>

<http://www.healthsystem.virginia.edu/toplevel/home>

## **5.3. REVISTAS.**

**Rev. Salud Pública Mex. Vol.46 No.6. Cuernavaca Nov/Dic.2004**

**Rev. Saude Pública Mex. Vol.37 no.1 Sao Paulo Feb.2003.**