



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**SEDE ACADEMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 46 JESUS KUMATE RODRIGUEZ, IMSS  
CULIACAN, SINALOA**

**FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59  
AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN  
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A  
LA UMF No. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA.**

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

**PRESENTA**

**DRA. RUTH CERPA PADILLA**

**CULIACAN, SINALOA FEBRERO DE 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59  
AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN  
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A  
LA UMF No. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. RUTH CERPA PADILLA**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. FELIPE JESUS GARCIA PEDROSA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

**FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59  
AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN  
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A  
LA UMF No. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA.**

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

**PRESENTA**

**DRA. RUTH CERPA PADILLA**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ**

**PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES EN LA UMF No. 46 IMSS, CULIACAN, SINALOA.**

**DRA. PAULA FLORES FLORES**

**ASESOR METODOLOGICO  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD  
HGR No. 1, CULIACÁN, SINALOA**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ**

**PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES EN LA UMF No. 46 IMSS, CULIACAN, SINALOA.**

# INDICE

	Página
Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	24
Objetivos.....	27
Metodología.....	28
Tipo de estudio.....	28
Población, lugar y tiempo de estudio .....	28
Muestra.....	28
Tipo y tamaño de muestra.....	28
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	29
Instrumento de recolección de datos.....	29
Método o procedimiento para recolección de datos.....	29
Variables.....	30
Procedimiento estadístico.....	31
Cronograma de actividades.....	32
Recursos humanos, materiales, físicos y financieros.....	33
Consideraciones éticas.....	34
Resultados. ....	35
Discusión.....	38
Conclusiones.....	40
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos.....	45

## INTRODUCCION

Los tumores malignos representan un importante problema de salud en América. A medida que van decreciendo las enfermedades transmisibles y aumenta la expectativa de vida al nacer, se modifica la estructura etarea de las poblaciones y los problemas de las enfermedades crónicas. Entre estas últimas se encuentra el cáncer, el cual es motivo de creciente preocupación por parte de las autoridades de salud, debido a la morbilidad y mortalidad que producen.

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que constituye un importante problema de salud. En particular, el cáncer cervicouterino ocupa a nivel mundial el segundo lugar como neoplasia maligna y en México el primer lugar de mortalidad con una tasa de 52 muertes por cada 100,000 habitantes.

Es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana y su prevención y atención médica integral es una prioridad institucional.

En México el Cáncer Cervicouterino es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años. Sin embargo, este tipo de cáncer es absolutamente prevenible y su tratamiento es relativamente fácil, cuando el diagnóstico es oportuno.

La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento e incluye dos importantes procesos; la toma y la interpretación de la muestra.

En las instituciones del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, la educación para la salud tiene como propósito lograr la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo

dirigido a mujeres, familia y población en general, para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado.

## MARCO TEORICO

El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia maligna ginecológica más frecuente, y la octava más común en mujeres en Estados Unidos. La media de edad para el desarrollo de cáncer cervical es aproximadamente 50 años; sin embargo, puede afectar a mujeres de hasta 20 años de edad. Cerca del 1% del total de cánceres cervicales aparece en mujeres embarazadas o que lo han estado recientemente.

(1)

En México, la lucha contra el cáncer cervicouterino involucra la modificación de ciertos patrones culturales, que dificulta no solo la aceptación de la DOC, sino también el conocimiento de la existencia de enfermedades transmisibles, específicamente las producidas por el virus del papiloma humano y el herpes simple. (2)

Cáncer es el término común para designar todos los tumores malignos y se refiere al crecimiento descontrolado de una masa de tejido. La lesión precursora directa del cáncer cervicouterino es la displasia severa o lesión intraepitelial escamosa (diagnostico basado en estudio citológico) de alto grado o NIC tipo 3.

El cáncer cervical es esencialmente una enfermedad de transmisión sexual. El riesgo está inversamente relacionado con la edad del primer contacto sexual, y directamente con el número de compañeros sexuales a lo largo de la vida, alta paridad (5 o más partos) y primer parto antes de los 18 años, tabaquismo, pobre higiene genital, inflamación cervicovaginal persistente, infecciones sexuales interrecurrentes y consumo prolongado de anticonceptivos orales. El riesgo también aumenta si los varones compañeros sexuales han tenido contacto con mujeres con cáncer de cérvix. (3)

Metaplasia, es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos (pH, endocrinos, trauma, inflamación, etc.), es tan común que se considera un proceso fisiológico normal.

Displasia y carcinoma *in situ* forma un espectro morfológico también conocido como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y más recientemente, como lesión escamosa intraepitelial (SIL). La intensidad de las alteraciones nucleares, la relación núcleo/citoplasma y las características citoplasmáticas nos permite clasificar como displasia leve, moderada y severa (NIC I, NIC II, NIC III) y carcinoma *in situ*.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el desarrollo de neoplasia cervical están fuertemente relacionados. La infección por VPH está unida a neoplasia cervical intraepitelial (NCI) de alto grado y a cáncer cervical invasivo. La infección por los tipos 16, 18, 31, 33, 35 y 39 del VPH incrementa el riesgo de neoplasia. Sin embargo, existen otros factores que parecen contribuir a la transformación maligna. Por ejemplo, el tabaquismo está asociado con un riesgo aumentado de neoplasia cervical intraepitelial y de cáncer cervical.

Las células precursoras (displasia cervical, NCI) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. La neoplasia cervical intraepitelial (NCI) grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La neoplasia cervical intraepitelial (NCI) III, que incluye la displasia severa y el carcinoma *in situ*, es poco probable que regrese espontáneamente y, si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo. (4).

El carcinoma de células escamosas supone del 80 al 85% de todos los cánceres cervicales; el adenocarcinoma representa la mayor parte del resto. Los sarcomas y los tumores neuroendocrinos de células pequeñas son raros.

El cáncer cervical invasivo generalmente se disemina por extensión directa a los tejidos circundantes y la vagina, o por vía linfática a los ganglios pélvicos y paraaórticos que drenan el cérvix. La diseminación hematológica también es posible.

La neoplasia cervical intraepitelial (CIN) suele ser asintomática y se descubre mediante una tinción Papanicolaou anormal. Las pacientes con cáncer cervical en estadio precoz generalmente consultan por sangrado vaginal irregular, más a menudo poscoital aunque también puede ser intermenstrual, o bien por menometrorragia. Las pacientes con cáncer cervical más extenso o en estadio avanzado pueden presentar flujo vaginal maloliente, sangrado vaginal irregular o dolor pélvico. Otras manifestaciones en estadios tardíos de la enfermedad son: uropatía obstructiva, dolor de espalda, y edema de miembros inferiores.

Más del 90% de los casos asintomáticos precoces de neoplasia cervical intraepitelial pueden ser detectados de forma pre-clínica mediante exploración citológica con tinción Papanicolaou obtenida directamente del cérvix. Sin embargo, la tasa de falsos negativos es de 15 al 40%, dependiendo de la población de pacientes y del laboratorio. Aproximadamente el 50% de pacientes con cáncer cervical nunca han sido sometidas a tinción Papanicolaou o no se la han hecho desde hace más de 10 años. Las pacientes con alto riesgo de neoplasia cervical son las que con menos probabilidad se someten a control regularmente. (5)

La toma de la citología cervicouterina debe realizarse en el esquema 1-1-3; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.

Hay que tener en cuenta que la citología cervicouterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él, e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

Esta actividad debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del endocérvix, para identificar posibles alteraciones preneoplásicas o neoplásicas.

Los pasos a seguir en la toma de citología son:

- Anamnesis y diligenciamiento del registro para citología.
- Preparación de las láminas.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocérvix y cepillo para el endocérvix, teniendo en cuenta:
  - No hacer tacto vaginal antes de la toma de la muestra
  - Usar espéculo sin lubricante
  - Exponer muy bien el cérvix
  - Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
  - Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada
  - Fijar la muestra utilizando cito espray, fijador comercial o alcohol al 95%
- Identificar adecuadamente la lámina.
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la paciente para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos:

- Durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso.
- En caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón.
- En caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa.
- En presencia de sangrado genital persistente, excepto que sea profuso.

La lectura de la citología cervicouterina debe realizarse en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin. La lectura debe ser realizada por cito tecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un cito patólogo o patólogo adecuadamente entrenado en lectura de citología cervicouterina. (6)

El cito tecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del cito patólogo, todas las placas reportadas como anormales y/o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas. Es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede ser clasificada así:

- Satisfactoria para evaluación: la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- Satisfactorio pero limitado: sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.
- Inadecuada: sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos,

resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La segunda parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

- Negativa para neoplasia
- Cambios Celulares Benignos
- Infección (describe las posibles causas)
- Cambios reactivos (describe las posibles causas)
- Anormalidades De Células Epiteliales
- De Células Escamosas
- Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG):  
Infección por Virus del Papiloma Humano - VPH  
Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG):  
Neoplasia intraepitelial grado II (NIC II)  
Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III)  
Carcinoma escamocelular
- De Células Glandulares
- Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes post-menopáusicas
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS - AGSI):  
Adenocarcinoma endocervical  
Adenocarcinoma endometrial  
Adenocarcinoma extrauterino  
Adenocarcinoma de sitio no especificado.
- Otras neoplasias malignas

- Anormalidades de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse a ginecólogo-oncólogo para estudio y tratamiento.

La tercera parte es el diagnóstico descriptivo:

- Infección
- Vaginosis Bacteriana
- Tricomonas
- Chlamydia
- Actinomises
- Herpes
- Otros
- Cambios reactivos
- Cambios reparativos
- Inflamación por atrofia
- Cambios por radioterapia
- Cambios por dispositivo intrauterino
- Otros

En general se acepta que no más de un 10% de las citologías tomadas deben ser remitidas para colposcopia.

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

1. Si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de Tamizaje descrito.
2. Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de Tamizaje.
3. Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.

La Unidad de Tamizaje debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de CITOLOGÍA ANORMAL u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o

postmenopáusico; se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

Cuando el reporte de la citología es NEGATIVO PARA NEOPLASIA, la Unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. Es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-3.

Es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte. (7)

Dado que la citología de cuello uterino no es diagnóstica, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones pre-neoplásicas o neoplásicas. La colposcopia y biopsia dirigida son los métodos ideales para realizarlo.

Estos procedimientos deben ser realizados en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia (Clínica de Displasia). Estas unidades deben contar con un ginecólogo debidamente entrenado y certificado como colposcopista por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado y de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad.

Dicho ginecólogo podrá utilizar la metodología de ver y tratar por lo que requiere que tenga suficiente entrenamiento en éste tipo de patología. Esta permitirá ahorrar tiempo a las pacientes lográndose una atención más oportuna, con un diagnóstico y tratamiento más rápidos.

Es responsabilidad de estas Unidades remitir a las pacientes a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, asegurándose que sean atendidas.

Las Clínicas de Displasias deben contar con un colposcopio con tres magnificaciones y filtro verde para un adecuado examen, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia y con equipo de radiofrecuencia para los tratamientos locales.

En este nivel debe abrirse historia clínica a todas las pacientes para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcópico), se deben diligenciar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología y patología. Además debe contar con un sistema de registro donde se consigne el nombre de las pacientes, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite.

El reporte de la Colposcopia debe hacerse con base en los siguientes criterios:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria
- Negativa o normal
- Positiva o anormal

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos, localización, extensión, causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria, de los cambios inflamatorios y en caso de colposcopia anormal indicar los diferentes cambios menores, mayores y los relacionados con la presencia de lesiones virales. Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica y señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

El Resultado de las biopsias siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre la base de él tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a tomar una segunda serie de biopsias, o realizar un exéresis con asa grande de la zona de transformación (LLETZ) más cubo endocervical o incluso un cono diagnóstico.

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden arrojar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia
- Infección por VPH
- NIC de bajo grado: NIC I
- NIC de alto grado: NIC II, NIC III
- Neoplasia microinfiltrante: escamocelular o adenocarcinoma
- Neoplasia infiltrante: escamocelular o adenocarcinoma

Una vez realizado el diagnóstico definitivo, la mujer debe ser informada de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de su situación y solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. Para esto es necesario que exista un equipo interdisciplinario capaz de prestar atención médica y soporte psicológico y social adecuado. (8)

De igual forma es indispensable hacer claridad sobre el pronóstico clínico, sobrevida en los casos de lesiones infiltrantes, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque sólo con éste tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el exitoso tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones preinvasivas deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos destructivos locales o métodos excisionales locales o

incluso de histerectomía abdominal ampliada, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Ante el diagnóstico de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la paciente además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer del cuello uterino. (9)

El carcinoma invasivo de células escamosas generalmente permanece limitado a nivel local o regional durante un tiempo considerable; las metástasis a distancia aparecen tardíamente. Las tasas de supervivencia a los 5 años son de un 80 a 90% para el estadio I, de 50 a 65% en estadio II, del 25 al 35% en estadio III y de 0 a 15% para el estadio IV. Cerca del 80% de las recurrencias se manifiestan en 2 años. Los factores pronósticos desfavorables incluyen la afectación de ganglios linfáticos, tamaño y volumen elevados del tumor, invasión profunda del estroma cervical, invasión del espacio vascular y características histológicas neuroendocrinas.

En mujeres con lesión cervical pre-invasiva o carcinoma micro invasivo de células escamosas, la conización-biopsia mediante escisión electro quirúrgica con asa (LEEP), láser, bisturí frío o crioterapia suelen constituir un tratamiento adecuado. Menos comúnmente es necesaria una histerectomía para tratar la enfermedad cervical pre-invasiva.

Debido a la progresión del tumor por extensión directa o vía linfática, el tratamiento debe incluir los ganglios linfáticos regionales. La radioterapia o la cirugía pueden ser adecuadas. La preservación de los tejidos sanos circundantes también es uno de los objetivos del tratamiento.

El tratamiento quirúrgico primario se reserva para pacientes con una extensión limitada del tumor. Las pacientes con lesiones micro invasivas (definidas como tumores que invaden como máximo 3 mm de profundidad desde la membrana basal sin invasión del espacio vascular y con márgenes negativos en la conización cervical) deben tratarse mediante histerectomía extrafascial. El riesgo de recidiva y de metástasis linfáticas ganglionares en estas pacientes es <1%. No está indicada la disección linfática pélvica.

Las pacientes en estadio IA2, IB o IIA pueden tratarse con histerectomía radical, incluyendo la disección bilateral de los ganglios linfáticos pélvicos y la extirpación de todos los ligamentos adyacentes (cardinal, uterosacro) y los parámetros, o con radioterapia. La tasa de curación a los 5 años en mujeres con estadio IB o IIA es del 85 al 90% con cualquiera de estos tratamientos. Las ventajas del tratamiento quirúrgico son: una duración relativamente corta del tratamiento, la posibilidad de obtener datos quirúrgicos para el estadiaje, la preservación de los ovarios en mujeres jóvenes y el evitar la estenosis vaginal y otras complicaciones tardías de la radioterapia. Las principales complicaciones de la cirugía (p. ej., la formación de fístulas ureterovaginales o vesicovaginales) se producen en <1% de las pacientes. Si durante la cirugía se evidencia una extensión extracervical del tumor, la radiación postoperatoria puede prevenir la recidiva local. <sup>(10)</sup>

Las ventajas de la radioterapia son la menor morbilidad con respecto a la cirugía mayor, la posibilidad de tratamiento ambulatorio y la accesibilidad para las pacientes no candidatas a cirugía. La radioterapia aplicada externamente reduce el tamaño tumoral y actúa sobre los ganglios linfáticos regionales; este tratamiento debe seguirse de braquiterapia cervical (aplicaciones radiactivas locales, generalmente utilizando cesio), que destruye el tumor primario. Las complicaciones agudas mayores son la proctitis y cistitis por radiación. Las complicaciones tardías aparecen ocasionalmente y son fundamentalmente la obstrucción intestinal y la formación de fístula rectovaginal o vesicovaginal.

Para las pacientes con carcinoma en estadio IIB, III o IV el tratamiento de elección es la radioterapia. Muchas de las lesiones avanzadas requieren dosis elevadas. El índice de fracaso de la terapia en tumores de gran tamaño y en estadios avanzados en la pelvis es del 40%, con un riesgo sustancial de metástasis linfáticas pélvicas y paraaórticas y de metástasis a distancia. El uso de la quimioterapia como elemento sensibilizador para la radioterapia, que permite limitar la enfermedad a la pelvis, parece que mejora la supervivencia. Antes de la radioterapia puede establecerse el estadiaje quirúrgico para evaluar los ganglios linfáticos paraaórticos y aumentar el campo de radiación a esta zona cuando esté indicado.

En los tumores limitados a la pelvis y que afectan al recto o la vejiga, puede plantearse la exenteración o vaciado pélvico (excisión de todos los órganos pélvicos). Sin embargo, inicialmente suele intentarse la radioterapia. La exenteración es el tratamiento de elección para el cáncer recurrente o persistente confinado a la parte central de la pelvis tras la radioterapia convencional. La tasa de curación es del 50% de los casos. Las mejorías recientes introducidas en esta intervención son la urostomía continente, la anastomosis rectal anterior baja sin colostomía, la creación de una "alfombra" omental para cerrar el suelo pélvico, la reconstrucción vaginal con colgajos miocutáneos de músculo oblicuo o recto abdominal y la mejoría en los cuidados perioperatorios.

Los pacientes con enfermedad metastásica más allá de los ganglios linfáticos regionales o con enfermedad no resecable recurrente son tratados con quimioterapia sistémica. La quimioterapia sistémica no se considera curativa. Las metástasis a distancia externas al campo de radiación parecen responder mejor a quimioterapia que el tumor pélvico central previamente irradiado. Los fármacos citotóxicos producen una remisión objetiva en sólo un 25 a 30% de las pacientes. Los más activos son el cisplatino y la ifosfamida. <sup>(11)</sup>

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500,000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100,000 mujeres <sup>(2)</sup>

En 2005, se calculó que habría 470,606 casos nuevos y 233,372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó que más del 80 por ciento de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres.

En la Región de las Américas, se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83.9 y 81.2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente <sup>(12)</sup>.

Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito.

En México, donde ha estado en marcha un programa de tamizaje durante más de 20 años, se han evitado menos de 13 por ciento de los casos potencialmente prevenibles. Cuando se mide la carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según lo cual un AVAD es igual a la pérdida de un año de vida saludable, cálculos recientes de OMS sugieren que, en las Américas, el cáncer cervicouterino actualmente causa 471,000 AVAD. América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más alta del mundo, sólo superada por las de África Oriental y Malasia.

En México el panorama es coincidente y en el último cuarto de siglo la mortalidad ha mostrado una tendencia ascendente. A su vez, una revisión de casos notificados por 34 centros hospitalarios de la Ciudad de México en 2003, señala que esta neoplasia fue la más frecuente, y representó el 22 por ciento del total de los casos. Se mostró, además, que es poco frecuente antes de los 25 años; que ocupa el segundo lugar en el grupo de 25 a 34 y el primero en las mujeres de 35 a 54. A partir de esa edad, se observó que la incidencia disminuye. El tipo histológico más común fue de la variedad epidermoide y contribuyó con el 89 por ciento del total. se estima una incidencia de 30 por 100,000 mujeres; anualmente se diagnostican 1,500 casos y fallecen alrededor de 900 siendo la tasa de mortalidad de 9.6 por 100,000.

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, lograda principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou (13, 14).

La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía. También podría estar afectada por un aumento en la frecuencia de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos.

La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública.

Las actitudes y las creencias acerca del cáncer cervicouterino de la población general y los dispensadores de atención sanitaria también pueden constituir obstáculos para su control. A menudo se piensa que el cáncer es una enfermedad incurable, que conduce irremediablemente a la muerte. Por otro lado, el aparato genital femenino se percibe como algo íntimo y es posible que las mujeres no se animen a referir los síntomas relacionados con él, especialmente cuando el dispensador de atención sanitaria es un varón o pertenece a una cultura diferente. Una excelente estrategia para animar a las mujeres a someterse a pruebas de detección y buscar tratamiento cuando presentan síntomas indicadores de cáncer cervicouterino puede ser la desestigmatización del diálogo sobre el aparato reproductor. <sup>(15)</sup>.

Como antecedentes de importancia se efectuaron cuatro estudios con el fin de identificar las variables psico-socioculturales que explican porque las mujeres de Chihuahua (México) no acuden al examen preventivo del cáncer cervicouterino, específicamente la citología exfoliativa cervicovaginal denominada Papanicolaou. El primer estudio consistió en la elaboración de un instrumento para identificar las variables psicosociales que se muestran en un modelo hipotético preliminar. El segundo estudio tuvo como objetivo validar los constructos que comprenden el modelo hipotético y examinar la confiabilidad de sus factores en una muestra más amplia. El tercer estudio pretendió fundamentar la validez predictiva de las variables que constituyen el modelo por medio de la comparación de grupos equivalentes; un grupo de 50 mujeres que se practicaron el Papanicolaou durante los tres años, cuando menos una vez al año, y otro grupo de 50 mujeres que no se lo practicó. El cuarto estudio, con un diseño cuasi-experimental 2x2x2, examinó dos medios de intervención (un folleto y un video) y un grupo de control. <sup>(16)</sup>

En suma el resultado de los 4 estudios arrojaron que un factor muy consistente en la escala es la resistencia a enfermarse, característica actitud manifiesta de una mujer a anteponer cualquier otra actividad antes que practicarse estudios preventivos, otro factor de importancia fue de la conciencia pública esta escala se refiere a la preocupación que manifiesta las mujeres de cómo las perciben otros. El apoyo social fue un factor muy fuerte en la dirección del comportamiento preventivo en la mujer; también se manifiesta aquí la percepción de desventajas como un factor importante ya que éstas están asociadas con la realización del Papanicolaou a través de tabúes y creencias que no contribuyen al comportamiento preventivo efectivo. (16)

Se pudo identificar que la influencia del familiar líder es una variable crítica en las mujeres en la edad de riesgo; otras variables que afectan la probabilidad de realizarse el estudio es la desventaja percibida por las mujeres de sentir pudor o vergüenza durante el estudio y malestares y dolor después del mismo. (16)

Así mismo dos de estos estudios se encontraron la percepción de estas mismas mujeres de las ventajas que hay al realizarse el estudio, pero aun a esto los factores antes mencionados persistieron como razón fundamental para no realizárselo. (16)

Como ya se comentó anteriormente uno de los factores importantes es la presencia de ansiedad en las mujeres convirtiendo esta en miedo a lo desconocido y al pudor a ser exploradas manifestándose en la negativa a realizarse este estudio.

Esta ansiedad puede ser inducida por otros aspectos de la vida que se traducen en dicho miedo, es por eso que se debe de estudiar este elemento.

El concepto de ansiedad no está muy claro, hay dificultades: reacción emocional: ansiedad como emoción, rasgo de personalidad, respuesta o patrón de respuesta, estado de personalidad, síntoma, síndrome. El problema de la ambigüedad terminológica. En muchas ocasiones se han utilizado diferentes términos a lo que sería la ansiedad: angustia, miedo, estrés, temor, tensión amenaza, nervioso. El primer autor que asienta este término es Freud. Utiliza el término *Angust*, en inglés (*anxiety*) y eso traducido al español puede ser ansiedad o angustia.

Definición de ansiedad. Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

Sistema cognitivo del estado de ansiedad. Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, miedo o temor, inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión: respuestas de miedo pero en términos físicos, pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad. Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano: síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...; síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica; síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas; síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia; síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva; síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

Síntomas motores del estado de ansiedad. Hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación. Teoría de los dos factores de Mower. En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, nos ayuda a adaptarnos al medio. Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa. Y si el estímulo no es amenazante también sería un trastorno (fobias).

La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

La ansiedad y el miedo. Causa: miedo: sentimiento producido por un peligro presente e inminente, ansiedad: anticipación de un peligro, indefinible, e imprevisible, siendo la causa más vaga. Proporcionalidad: miedo: cuando la reacción es proporcional al peligro real u objetivo. Ansiedad: reacción desproporcionadamente intensa. Muchos autores han equiparado miedo y ansiedad. Aunque existe la tendencia a diferenciarlos (el conductismo utiliza el miedo). Porque por ejemplo las fobias son trastornos de ansiedad.

Teoría de Spielberger: el proceso comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares (19)

El empleo de cuestionarios en la evaluación de la ansiedad y conceptos asociados, como miedo, fobias y estrés. Se incluyen autoinformes, técnicas de registro fisiológico y técnicas de observación. El 71 % son cuestionarios, inventarios y escalas como la de Zung. Dicha escala es autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. En segundo lugar respecto al área preferente lo ocupa la depresión. (20)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Frecuencia de los Factores Psicosociales que influyen en mujeres de 25 a 59 años para no acudir a realizarse el Examen de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en Población Adscrita a la UMF No. 21 del IMSS La Cruz Elota, Sinaloa?

Concurren varios factores de importancia en la decisión de la mujer de no realizarse pruebas para detectar el cáncer cervicouterino es necesario hacer un análisis de la situación para entender a cabalidad la incidencia del cáncer cervicouterino.

- Barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios preventivos.
- Pudor de realizarse un tacto vaginal
- Temor del procedimiento o al diagnóstico
- La falta de conocimiento de la patología a diagnosticarse (Ca Cu)
- Los valores sociocultural y psicológico de las pacientes

## JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud. Es la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres a nivel mundial y la primera en países en vías de desarrollo. En México, el Ca Cu ha sido la neoplasia más común en las mujeres en las últimas décadas y es la principal causa de muerte por cáncer entre mujeres mayores de 35 años.

Existen muchos factores relacionados con el cáncer entre ellos son los antecedentes heredofamiliares, tabaquismo, alcoholismo, aseo deficiente de genitales, virus papiloma humano, múltiples parejas sexuales, multiparidad, primer parto antes de los 18 años, inicio de vida sexual activa a edad temprana y también la falta de acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable.

La citología cervicovaginal es el método de elección para la detección oportuna y el diagnóstico no solo de cáncer cervicouterino sino de sus lesiones precursoras, siendo el estudio más accesible, elegido por la facilidad de la toma de muestra y de bajo costo.

Existen factores importante en la decisión de la mujer de no hacerse pruebas para detectar el cáncer cervicouterino es necesario hacer un análisis de la situación para entender a cabalidad la incidencia del cáncer cervicouterino.

Hay muchas barreras que podrían impedir el acceso de las mujeres a los servicios preventivos estas podrían mostrarse reacias a someterse a exámenes de detección por vergüenza de hacerse un tacto vaginal o temor del procedimiento o del cáncer en algunos lugares, también les preocupa la posibilidad de que les hagan pruebas para la detección del virus de inmunodeficiencia humana como parte del examen.

La falta de conciencia acerca del cáncer cervicouterino es una de las principales barreras por la cual las mujeres no se someten a exámenes de detección los programas deben llegar a aquellas mujeres de más alto riesgo de presentar lesiones de alto grado susceptibles de tratamiento en general, mujeres entre 35 y 50 años con mensajes que las impulsen a buscar servicios de prevención del cáncer cervicouterino.

En la unidad de Medicina Familiar 21, del IMSS de la Cruz Elota, Sin. La detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 59 años adscritas a esta unidad de estudio, actualmente se encuentra por debajo de los indicadores nacionales que son 50% presentándose un porcentaje de 17%. Es por esto que el presente estudio va dirigido a investigar cuales son los factores socioculturales que influyen para que este grupo de mujeres no se realicen la detección oportuna de Ca Cu.

Como es conocido la familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos el subsistema conyugal, subsistema paterno-filial y subsistema fraternal, toda familia tiene características que las pueden hacer distintas o similares a otras estas son las características tipológicas como son la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesina, empleada o profesionista), la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada) pero hay otras características que son indispensables ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o reciproca con autoridad, los limites que representas las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser claros, difusos o rígidos; y la comunicación que no es

más que la forma en que la familia se expresa entre si y puede ser directa, enmascarada o desplazada.

Es importante conocer el grado de disfunción familiar que caracteriza a las familias de las mujeres estudiadas, ya que su mayoría pertenecen familias con núcleos integrados pero con la jerarquía autoritaria por parte del padre o esposo; lo que causa el temor para no acudir a realizarse el estudio de Papanicolaou, siendo éste uno de los factores más importantes a estudiar.

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Establecer la frecuencia de los factores psicosociales que influyen en mujeres de 25 a 59 años para no acudir a realizarse el Examen de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en población adscrita a la UMF No. 21.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar los factores socioculturales como la ignorancia, pudor, falta de tiempo, temor a realizarse el procedimiento y psicológicos como la depresión, ansiedad al no conocer el diagnóstico.
2. Registrar los grupos atareos que mas acuden, el nivel socioeconómico, ocupación, escolaridad, estado civil, antecedente heredofamiliar de cáncer cervicouterino, identificar si la pareja sexual acepta que se realice el estudio del cáncer cervicouterino.

## METODOLOGIA

**TIPO DE ESTUDIO:** Encuesta descriptiva, observacional, prospectivo, transversal, unicéntrico.

**POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:** Mujeres de 25 a 59 años de la Unidad Medica Familiar No. 21 de La Cruz Elota, Sinaloa, Se realizó en el periodo de marzo a noviembre de 2010.

## MUESTRA

**TIPO DE MUESTRA:** Aleatoria simple, con selección de los pacientes al azar por conveniencia, según acudieron a la consulta al consultorio de medicina familiar hasta completar la muestra. Nivel de confianza (alfa) del 95% y error (OR)  $\pm$  5%.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Fue de 161 pacientes, que corresponden al 15% de la población.

Femenina total con edad de 25 a 59 años. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = 161$$

## **CRITERIOS**

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

1. Pacientes mujeres de 25 a 59 años adscritas a UMF No. 21 que tengan más de un año sin realizarse la toma del D.O.C para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. Pacientes mujeres de 25 a 59 años no vigentes adscritas a UMF No 21 las cuales nunca se hayan realizado la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino.
2. Pacientes mujeres de 25 a 59 años que ya se hayan realizado citología de detección de cáncer cervicouterino en los últimos 3 años y que este negativo.
3. Pacientes que no deseen participar.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

1. Pacientes que no respondieron el cuestionario o encuesta en forma completa.
2. Encuestas o cuestionarios que se extraviaron en el tiempo determinado para la concentración de los datos.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Aplicación de encuestas las cuales incluyen 28 reactivos en una primera parte de carácter personal e institucional y 29 reactivos en una segunda parte para valorar la escala de Zung, con la que se valoró la presencia de algún grado de ansiedad o depresión en estas pacientes. (VER ANEXOS)

**METODO DE RECOLECCION DE DATOS:** Se aplicaron de manera directa en la UMF No. 21 por el médico investigador responsable del proyecto y con la colaboración de enfermería del servicio de medicina preventiva.

## VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de Medición</b>
Edad	Desde el nacimiento hasta la edad actual	Cuantitativo	Años
Estado civil	Condición del individuo de soltería, matrimonio, viudez, divorcio, unión libre	Cualitativa	Soltera, casada, unión libre, divorciada, viuda
Escolaridad	Tiempo al que existe a un centro de enseñanza para llevar a cabo en el estudio	Cualitativa	Analfabeta, primaria incompleta, completa, secundaria completa, incompleta, preparatoria, profesional.
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que tienen las pacientes	Cualitativas	Ateo, católica, testigo de Jehová, otra.
Método de Planificación Familiar	Método de planificación familiar	Cualitativa	Hormonal oral, Hormonal inyectable, DIU, OTB
Ocupación	Función desempeñada por alguien para ganarse la vida	Cualitativa	Ama de casa, empleada, profesionista
Lugar de Residencia	Lugar donde vive	Cualitativa	
Paridad	Número de hijos	Cuantitativa	Uno, dos o mas
Tabaquismo	Habito de fumar tabaco	Cualitativo	Si, No
Inicio de vida sexual	Es la edad en años de su actividad sexual	Cuantitativa	Años
Parejas sexuales	Es el número de parejas con el que ha tenido relaciones sexuales	Cuantitativa	Una pareja, dos parejas o más.
Nivel socioeconómico	Condición económica, social y cultural que se encuentra los individuos. se toma como base el ingreso mensual salario mínimo	Cualitativo ordinal	Bajo hasta 2 a 4 salarios mínimos. Medio de 4 a 14 salarios mínimo. alto más de 14 salarios mínimos
Antecedentes de Transmisión sexual	Paciente que cursa con enfermedad ocasionada por relación sexuales	Cualitativas	VPH, Cervicitis crónica, Herpes genital.
Temor	Sentimiento de inquietud y miedo que provoca la necesidad de huir ante una	Cualitativo	Si o no

	cosa o persona		
Estrés	Desequilibrio fisiológico que perturba la visión de la realidad del individuo causando graves y constantes episodios de tristeza, desgano, ansiedad y múltiples rasgos que no permiten al individuo desarrollarse	Cualitativo	Si o no
Pudor	sentimiento de recato y de vergüenza	Cualitativo	Si o no
Ignorancia	Es la falta de conocimientos en particular o de cultura	Cualitativa	Analfabeta, primaria incompleta, completa, secundaria completa, incompleta, preparatoria, profesional.
Ansiedad	Es el estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente.	Cualitativo	Escala de Zung
Depresión	Es un trastorno emocional que se caracteriza por la pérdida de la felicidad que se venía experimentando y la inmersión en un estado de abatimiento que, y dependiendo de sus causas, en algunos casos puede ser crónica y en otros momentánea.	Cuantitativo	Escala de Zung

**METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:**

Se revisaron los cuestionarios para obtener los puntajes de cada uno y se capturaron junto con las demás variables. Las cifras obtenidas se graficaron en el programa de Excel de Microsoft Office.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA PROGRAMADA</b>
Elaboración de protocolo.	Marzo-julio 2008
Aprobación del protocolo.	Febrero-Marzo 2009
Recolección de las Variables	Marzo-noviembre 2009
Procesamiento estadístico.	Enero-febrero 2010
Interpretación de los resultados.	Marzo-abril 2010
Redacción del in extenso	Mayo- agosto 2010
Entrega del Proyecto	Octubre 2010

## RECURSOS

### HUMANOS

- Responsable del proyecto.
- Asesor estadístico.
- Asistente médico.
- Personal de enfermería.

### MATERIALES

- Papelería: hojas blancas, copias fotostáticas, carpetas, plumas, lápices, borradores, impresiones, engargolados.
- Equipo electrónico: Equipo de cómputo e impresora.

### FÍSICOS

- Consultorio médico equipado en el departamento de medicina preventiva.

### FINANCIEROS

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Copias	1000	0.50	500.00
Impresión Protocolo	4 juegos	90.00	460.00
Plumas, lápices, borradores	2 de cada una	3.00	12.00
Carpetas	10	2.00	20.00
1 Equipo de computo	1	personal	No genera gastos
1 impresora	1	Personal	No genera gastos
Engargolado de protocolo	4	25.00	100.00
Material para toma de citologías	161 juegos	Institucional	No genera gastos

**Total: \$992.00**

- Se financiaron con recursos propios del responsable del proyecto.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Se respetara la individualidad y la integridad de los pacientes al no revelar ni hacer mal uso de los datos registrados en los expedientes Clínicos del archivo clínico.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con ultima reforma publicada 12/01/2006 y al Código de la declaración de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

Se entregó formato de consentimiento informado al paciente para ser requisitado y anexarlo a la encuesta previa información del proyecto por el entrevistador.

## RESULTADOS

Se encuestaron 161 pacientes de las cuales se obtuvieron los siguientes datos: la distribución por grupo etario fue de un 88% (n=141) de 25 a 44 años y un 12% (n=21) de 45 a 59 años, la edad promedio es de 38.2 años, con una desviación estándar de  $\pm 11.42$ . Solo el 5% (n=8) nunca se había realizado la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino. (Gráfico 1)

La distribución de pacientes por escolaridad arroja que un 3% (n=5) son analfabetas, 30% (n=48) tienen educación básica, 36% (n=59) con estudios de preparatoria y 31% (n=49) con educación superior. (Gráfico 2) Se encontró que la ocupación tiene una distribución de un 24% (n=39) para ama de casa, 56% (n=89) para empleada, 19% (n=31) para profesionista y el 1% (n=2) para otra actividad. (Gráfico 3)

La distribución por estado civil reporto que el 23% (n=37) son solteras, 60% (n=97) son casadas, 3% (n=5) viven en unión libre, 9% (n=14) divorciada y el 5% (n=8) viuda. (Gráfico 4) En cuanto a la distribución por nivel socioeconómico y percepción de ingreso salarial mensual, el 30% (n=48) corresponde al nivel bajo, 67% (n=108) medio y 3% (n=5) alto. (Gráfico 5)

Referente al antecedente de consumo de tabaco, 19% (n=31) lo refiere positivo, el restante 81% (n=130) niega consumo de tabaco. (Gráfico 6) La religión predominante fue la católica con el 75% (n=122), ateo 8% (n=12), apostólica 7% (n=12) y otras 6% (n=10). (Gráfico 7) El 82% (n=133) niega o desconoce el antecedente familiar de cáncer cervicouterino, solo 12% (n=28) lo refiere positivo. (Gráfico 8)

El 23% (n=59) inició relaciones sexuales antes de los 18 años, el 77% (n=102) restante después de los 18 años. (Gráfico 9) El 27% (n=43) no tienen hijos, 55% (n=88) de uno a dos y el 18% (n=30) tres o más hijos. (Gráfico 10) 63% (n=101) de las pacientes refiere una pareja sexual, 30% (n=48) dos a tres parejas y 7% (n=12) más de tres. (Gráfica 11) Solamente el 9% (n=14) refiere al antecedente de enfermedades de transmisión sexual, de las cuales 6 por virus de papiloma humano y 8 por herpes genital. (Gráfico12) En cuanto al uso actual o anterior de algún método anticonceptivo 9% (n=15) refiere hormonal oral, 7% (n=12) hormonal inyectable, 51% (n=82) dispositivo intrauterino, 18% (n=29) y 15% (n=23) refiere otro como definitivos (oclusión tubárica bilateral e histerectomía) y métodos naturales. (Gráfico 13)

Respecto al conocimiento sobre el programa de detección oportuna de cáncer, el 80% (n=120) refiere conocerlo. (gráfico 14) 22% (n=36) desconoce cuando no se debe realizar la prueba de detección oportuna de cáncer contra un 78% (n=25) que refiere las condiciones para no realizarla.(Gráfico 15) Evaluando el conocimiento sobre cada cuanto se debe realizar la prueba de Papanicolaou, solo el 61% (n=99) refiere que cada año, del 39% restante el 2% (n=3) refiere que cada 2 años, 1% (n=1) que cada 3 años, 34% (n=55) cada 5 años y 2% (n=3) no sabe. (Gráfico 16) 82% de las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre la importancia de realizarse el estudio. (Gráfico 17)

Valorando los aspectos psicológicos y culturales se encontró que el 40% (n=65) refieren sentir pena siempre, 21% (n=34) refiere sentir pena a veces al realizarles el estudio, el 39% (n=62) refiere no sentir pena. (Gráfico 18) 50% (n=81) refieren sentir temor o angustia siempre, 12% (n=19) sienten temor o angustia a veces y el 38% (n=61) no sienten temor o angustia. (Gráfico 19) 24% (n=38) creen que duele al momento de realizarse el estudio. (Gráfico 20) 28% (n=45) piensan que al realizarse el estudio puede ocasionarles una infección vaginal. (Gráfico 21)

El 87% (n=140) de los cónyuges o parejas de las pacientes encuestadas están de acuerdo en que acudan a realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino. (Gráfico 22) 83% (n=134) de las pacientes refieren temor de conocer el resultado del estudio. (Gráfico 23) A 84% (n=141) se les había informado sobre la importancia de realizarse oportunamente el estudio de detección oportuna de cáncer cervicouterino. (Gráfico 24)

En cuanto a quien les otorgo la información sobre la importancia de realizarse el examen 45% (n=73) fue por el médico, 38% (n=61) por la enfermera, 1% (n=1) por la asistente médico y el 16% (n=26) por otro. (Gráfico 25) Cuando les interesa conocer el resultado del estudio 83% (n=132) acude con el médico y el 17% con la enfermera (n=29). (Gráfico 26) en lo que respecta a cual institución realiza mejor la prueba, el 86% (n=138) corresponde al IMSS, 7% (n=12) con médico particular, 3% (n=7) en la secretaria de salud y 4% (n=4) en otro. (Gráfico 27) solo a 4 mujeres se les negó el realizarles la prueba por no contar con material en ese momento.

En cuanto a la evaluación de la escala de Zung se encontró que el 81% (n=139) no presenta depresión, el 13% (n=21) reporto depresión leve, 1% (n=1) depresión moderada y ninguna con depresión grave. (Gráfico 28)

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con la investigación de Farfan-Muñoz y cols. En que los factores principales para no acudir a realizarse el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino son el sentimiento de pena y la falta de información y difusión, al igual que el estudio de Garza-puga y cols. Respecto a quien brinda la información y derivación de pacientes sobre el programa de DOC hacia el servicio de medicina preventiva corresponde al médico, difiriendo al de Farfan-Muñoz donde le corresponde a enfermería. (17,18)

Tener estudios profesionales no es un factor que determine acudir a la DOC como habría de esperarse, ya que se encontró que es mínimo el porcentaje de mujeres analfabetas, la correlación entre si conocían el programa, escolaridad y las preguntas específicas sobre el programa como conocimiento sobre el tiempo de realización entre cada y cuando no se debe realizar la prueba nos muestran que en realidad no lo conocen.

En lo que se refiere a la ocupación y nivel socioeconómico, no fueron consideradas barreras para la realización de la detección.

Los aspectos psicológicos y morales fueron la principal barrera ya que siguen sintiendo pena y angustia al realizarse la detección, y siguen con la creencia de que es doloroso o que puede provocar una infección. Así como la influencia de la pareja a no acudir a realizarse la prueba y el miedo a conocer el resultado o la posibilidad de padecer un cáncer son ataduras arraigadas en nuestra población.

La escala de Zung se utilizó para determinar si las mujeres estudiadas presentaban un grado de ansiedad y si alguna de ellas presentaba algún trastorno grave como la depresión. Encontrando que el 50% de ellas se observó que la escala presentaba síntomas del estado del ánimo y de ansiedad y en ninguna depresión.

En cuanto al trabajo institucional se encontró que se da una buena orientación y educación por el personal de salud, así como una derivación oportuna a las derechohabientes encuestadas, además no se niega el servicio a las mismas, solo cuando de verdad no se puede realizar el procedimiento.

## CONCLUSIONES

El impacto del cáncer cervicouterino en México, nos obliga a considerar indicadores que permitan evaluar con mayor precisión los costos económicos y sociales que ocasiona a las familias y a las instituciones.

Al igual que en otros estudios siguen siendo los mismos aspectos sociales y culturales las que impiden a las mujeres acudir a realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino, continúan siendo las creencias religiosas y costumbres arraigadas y transmitidas de generación en generación los que dan significado a los sentimientos de cada una de las mujeres. Dándonos una respuesta a nuestro objetivo principal, aunque refirieron que están presentes, mas no que le impidan acudir a realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer.

Se le debe poner mayor énfasis a los programas de difusión y promoción para la prevención del cáncer cervicouterino, más aun en las zonas rurales del área de influencia de la unidad de medicina familiar. Ya que los datos obtenidos solo son de las pacientes que acuden al servicio a solicitar se les realice la toma de la muestra, mas no conocemos en realidad el porcentaje exacto de pacientes que llevan un seguimiento y control adecuado de sus estudios. Sería importante acudir a los domicilios de las pacientes que no acuden a su cita y aplicarles las encuestas para obtener resultados más acertados de porque no acuden y modificar las estrategias, aunque eso implica mayor cantidad de tiempo, personal y gastos institucionales.

El médico familiar en el primer nivel de atención, es un elemento importante en el control del la presencia del Ca Cu, donde debe de realizar bajo un enfoque anticipatorio, acciones de Información a la población de mujeres con riesgos, acerca de la enfermedad en este caso Cáncer Cervicouterino y los factores de riesgo.

Si bien ha disminuido la mortalidad por Ca Cu en nuestro país, continúa siendo la primera causa de mortalidad en las mujeres mexicanas, es por esto que impera la importancia de que el médico familiar de primer nivel de atención conozca los programas ya establecidos para el control de esta patología, ya que es la prevención y el diagnóstico temprano lo que reducirá efectivamente la mortalidad.

El seguimiento de las pacientes que fueron diagnosticadas con lesiones de bajo grado es importante, y darles a conocer a estas que es lo que padecen y como se pueden controlar es la diferencia que dicho medico puede hacer entre la vida y la muerte.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Franco EL, Franco ED, Ferenczy A: Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ 2001; 164 (7).
- 2.- Programa de Acción: Cáncer Cervicouterino. Secretaría de Salud. 2002. México.
- 3.- Lazcano-Ponce E. Sc. Alonso P. Ruiz-Moreno JA, et al. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological developmen. Salud Pública Méx. 2003;45:S449- S462.
4. - World Health Organization. Human papillomavirus infection and cáncer cervicouterino. Consultado el 5 de Enero, 2006.
- 5.- National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention. About VPH Infections. Consultado el 22 de Julio, 2005.
- 6.- Pérez-Cruz E, Winkler J, Velasco-Mondragón E y cols. Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México Salud Pública Mexicana 2005;47:39-48.
7. - Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs: a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- 8.- Franco P, Gallego G. Evaluación de la colposcopia en el estudio de las pacientes con neoplasia cervical. Rev Colomb Obstet Ginecol 2002; 43: 208-11.

9.- Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, & Wilkinson EJ 2003, "2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia.", Am J Obstet Gynecol, vol. 189, no. 1, pp. 295-304.

10.- Alonso-de Ruiz P, Lazcano - Ponce E, Hernández-Avila M. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana, 2000, 254 pp.

11.- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, Cáncer Net en <http://cancernet.nci.nih.gov>.

12. - Eluf-Neto J and Ramalho Nascimento CM: Cervical Cancer in Latin America. Seminars in Oncology 2001 28 [2]: 188-197).

13. - Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E: Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ 1999; 318: 904.

14. - MacGregor JE, Campbello MK, Mann EM, Swanson KY Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. BMJ 2000; 308: 1407-11.

15.- OMS: Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales.

16.- Valdes Cavareo Rosario, factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. Avances en Psicología Latinoamericana. Universidad autónoma de Chihuahua, México. 2004, volumen 22, Pp. 49-59.

17.-Farfán-Muñoz LC, et al: Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 123-130

18.-Garza-Puga MI. Factores que propician la no realización de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de la UMF No. 43. Escobedo Nuevo León. 31 julio 2002.

19.- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica (Barc). 2006; 126(12):445-51.

20.- Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. Arch Neurobiol 2007; 33: 185-206.

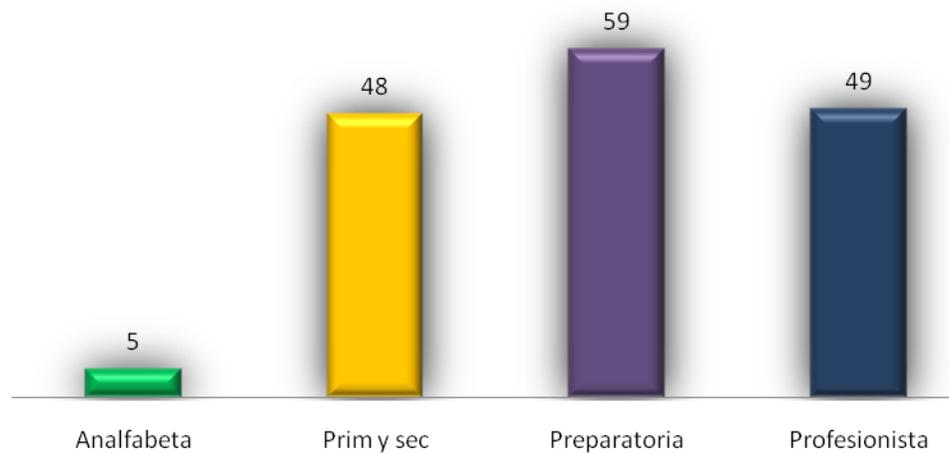
## ANEXOS

Gráfico No.1.- Distribución de pacientes por grupo etareo



Fuente: datos arrojados de las encuestas.

Gráfico no.2.- Distribución por nivel de educación



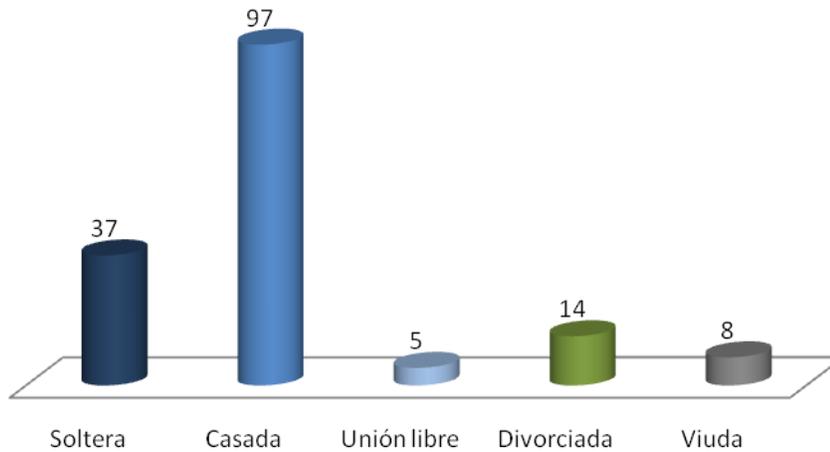
Fuente: datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico no.3.- Distribución de pacientes por ocupación**



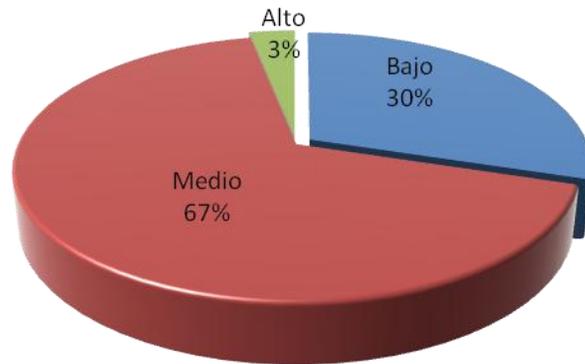
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico no.4.- Distribución de pacientes por estado civil**



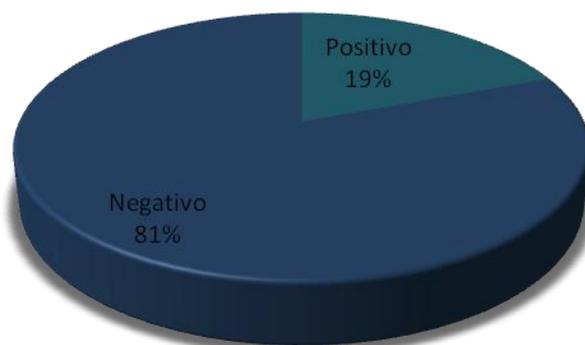
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.5.- Distribución de pacientes por nivel socioeconómico.**



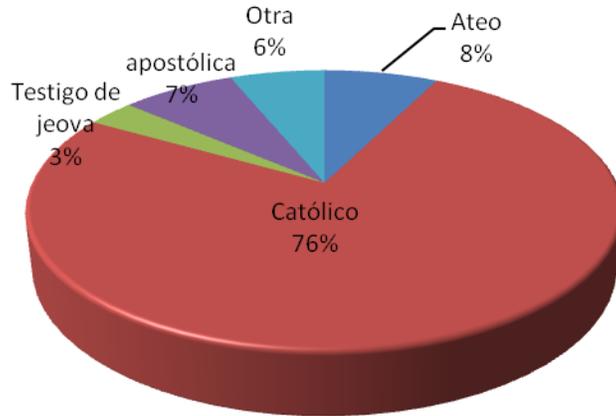
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.6.- Frecuencia de mujeres que consumen tabaco.**



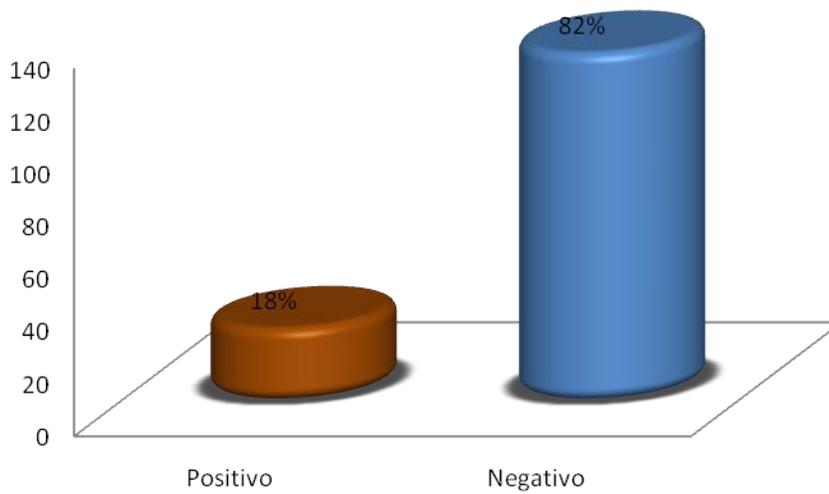
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.7.- Distribución de pacientes por religión**



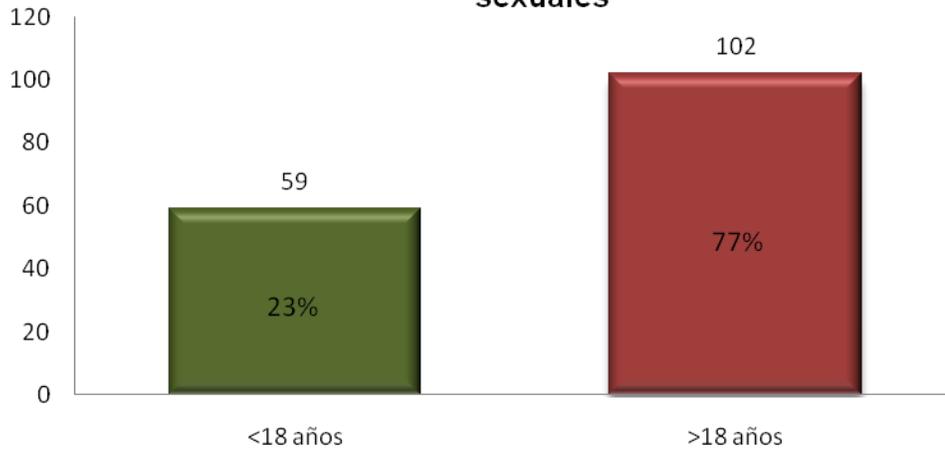
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.8.- Frecuencia de pacientes con antecedentes heredofamiliares de Cáncer Cervico Uterino.**



**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.9.- Distribución según la edad de inicio de relaciones sexuales**



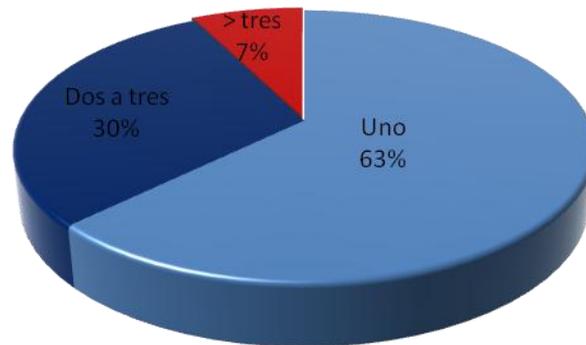
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.10.- Distribución según el número de hijos**



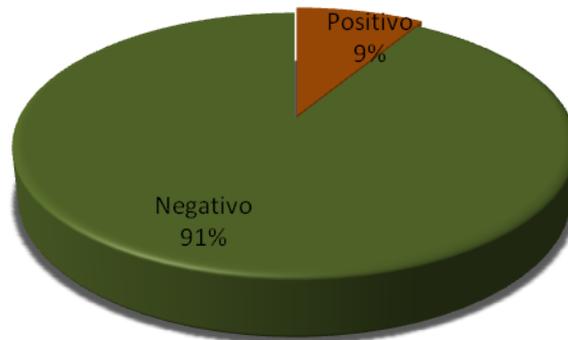
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.11.- Distribución de frecuencia por el número de parejas sexuales**



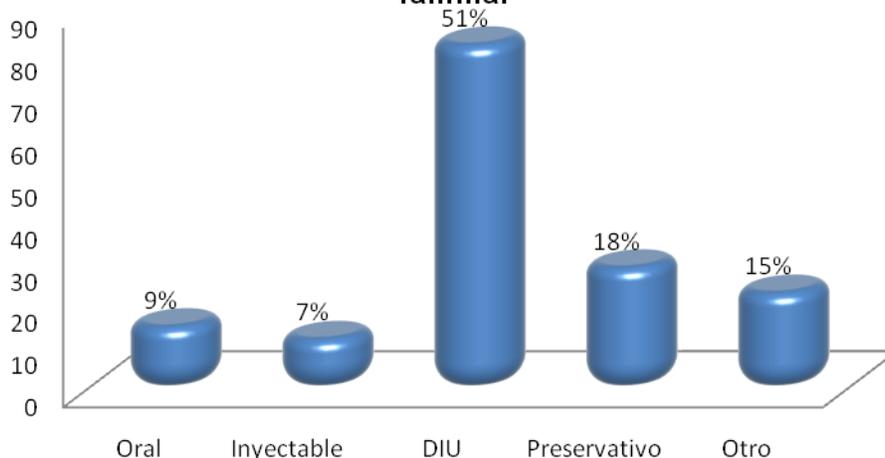
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.12.- Frecuencia de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual**



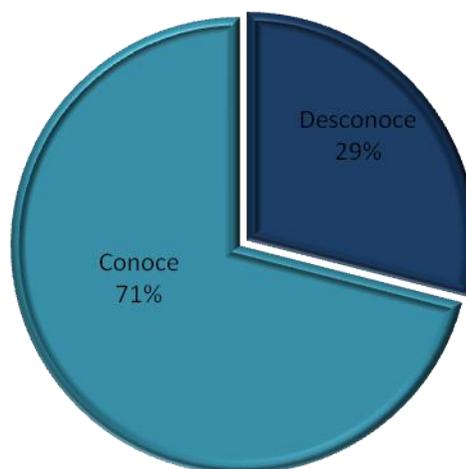
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.13.- Frecuencia de uso de metodos de planificación familiar**



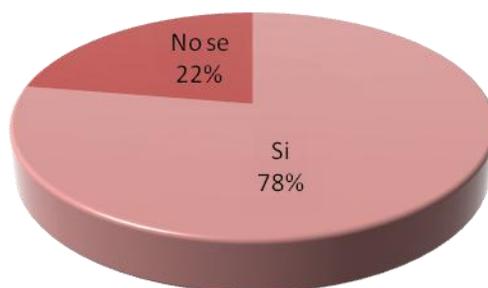
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.14.- Distribución según refieren conocimiento acerca de la prueba de detección oportuna de cáncer**



**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.15.- Distribución según referencia de conocimiento de cuando no se debe realizar la prueba de DOC**



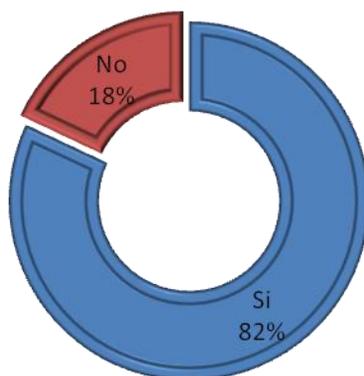
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfica No.16.- Frecuencia según conocimiento de cada cuanto tiempo se realiza el estudio de papanicolaou**



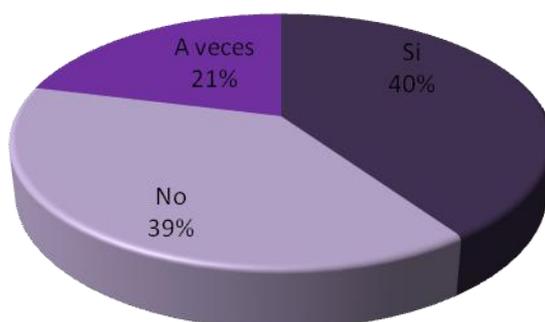
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfica No.17.- Frecuencia de conocimiento de la importancia de realización de la prueba de DOC**



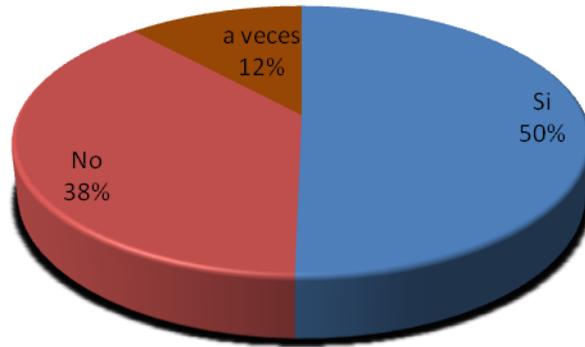
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.18.- Frecuencias de referencia si siente pena o vergüenza al acudir a realizarse el examen para DOC**



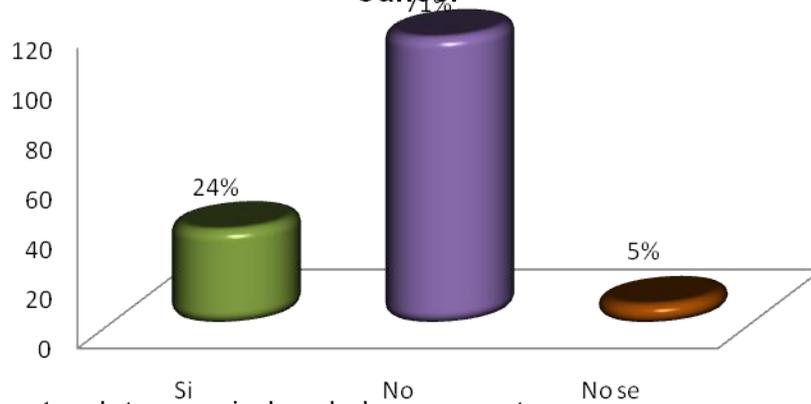
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.19.- Referencia si siente temor o angustia al acudir a realizarse el examen de DOC**



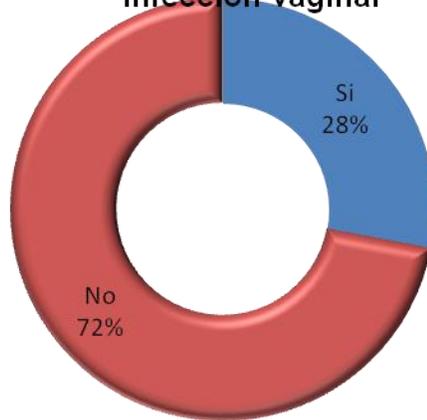
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.20.- Referencia si las pacientes creen que duele al realizar el examen de Detección Oportuna de Cáncer**



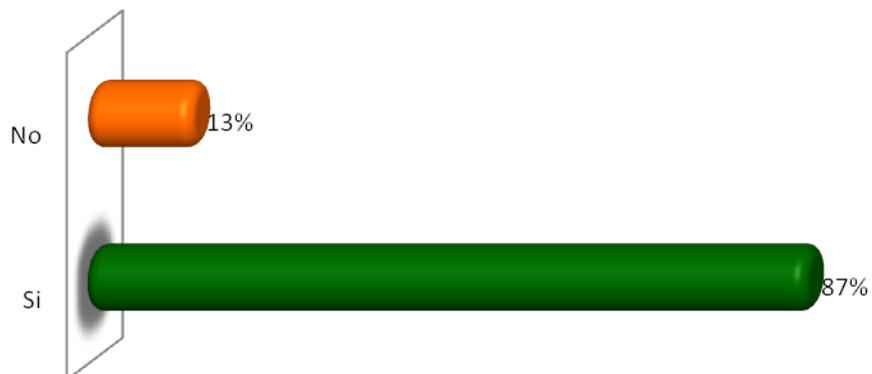
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.21.- Referencia si las pacientes creen que al realizarse la DOC puede ocasionar una infección vaginal**



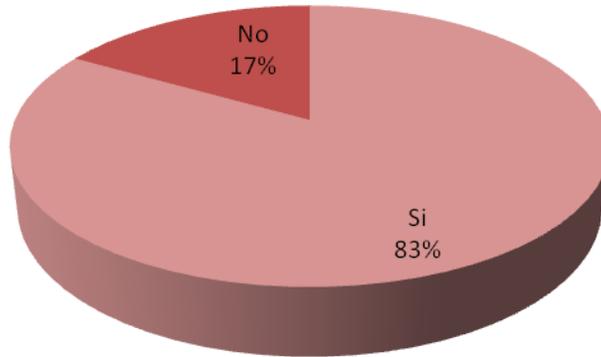
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.22.- Referencia de las pacientes si su pareja esta de acuerdo en que se realicen el examen de detección oportuna de cáncer**



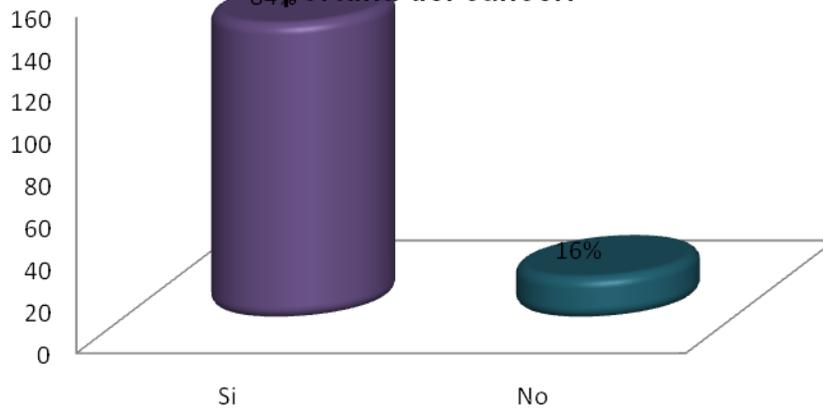
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.23.- referencia si sienten temor de conocer el resultado de la prueba de DOC**



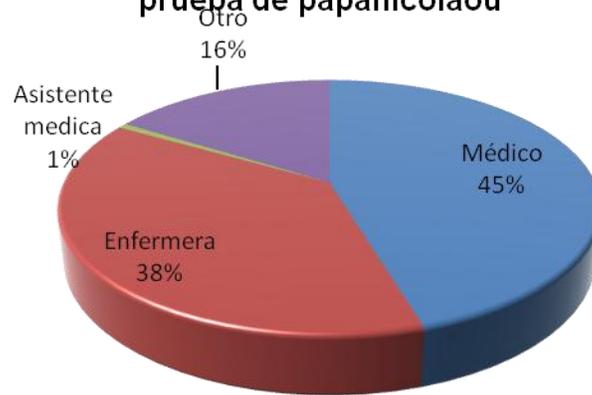
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.24.- Ha recibido información sobre la importancia de realizarse el examen de detección oportuna del cáncer.**



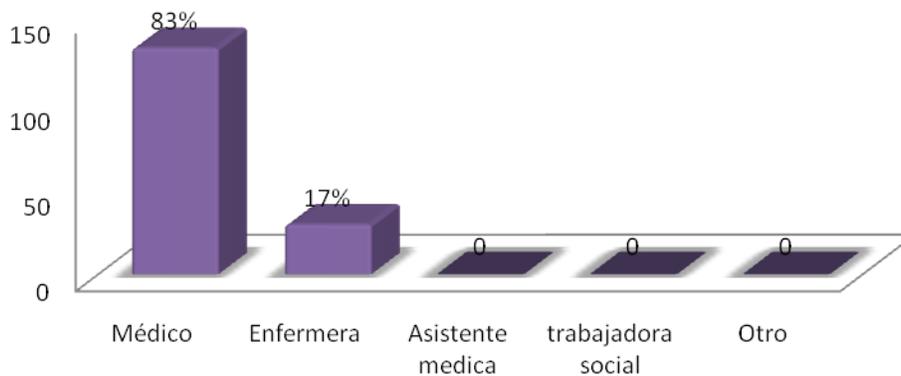
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.25.- Referencia de quien ha recibido información sobre la importancia de realizar la prueba de papanicolaou**



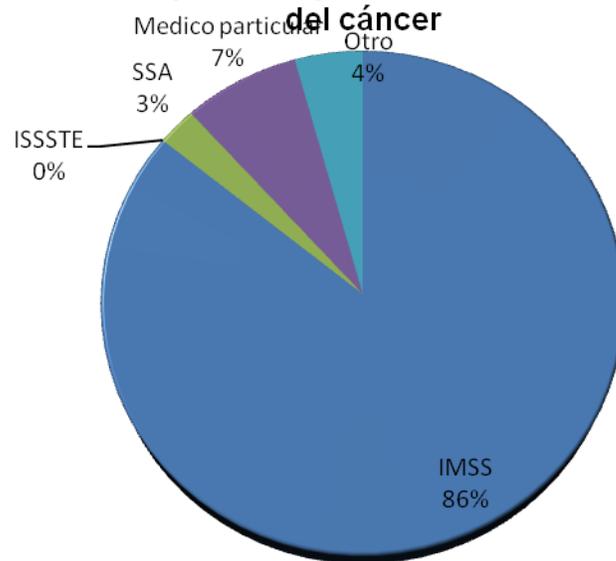
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.26.- Cuando le interesa saber el resultado del examen del cáncer con quien acude.**



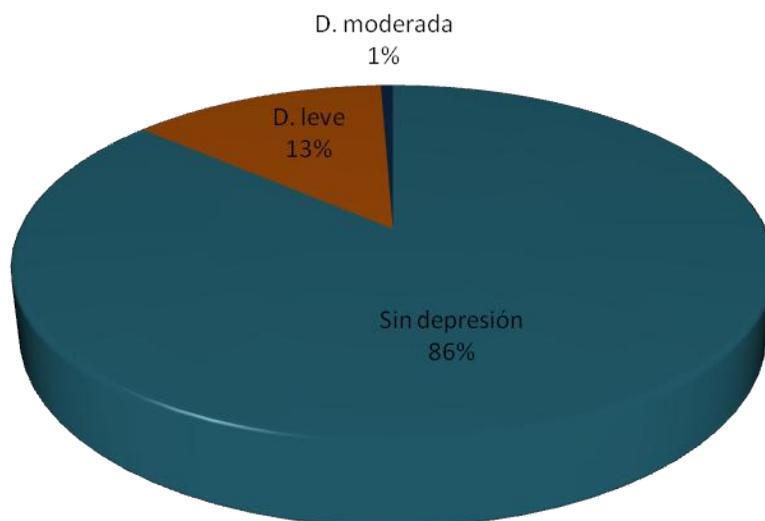
**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.27.- Referencia de en cual institución de salud creen que es mejor la realización del examen**



**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**Gráfico No.28.- Interpretación de la escala de Zung para valoración de depresión.**



**Fuente:** datos arrojados de las encuestas.

**TABLA NO.1.- CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES: ESCOLARIDAD, CONOCIMIENTO SOBRE PAPANICOLAOU, CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE EL PAPANICOLAOU, CUANDO NO REALIZARLO Y CADA CUANTO TIEMPO SE DEBE REALIZAR.**

<b>Distribución por nivel de educación</b>			
Analfabeta	3%		
Primaria y secundaria	30%		
Preparatoria	36%		
Profesionista	31%		
<b>Conocimiento sobre cuando no realizar el Papanicolaou</b>			
	Embarazo	Al IVSA	Nubil
Si	37	72	16
No se	36	0	0
<b>Conocimiento sobre cuando no realizar el Papanicolaou</b>			
	Embarazo	Al IVSA	Nubil
Si	37	72	16
No se	36	0	0
<b>Conocimiento sobre cada cuanto tiempo se debe realizar</b>			
Cada año	61%		
Cada 2 años	2%		
Cada 3 años	1%		
cada 5 años	34%		
No se	2%		
<b>Conocimiento de la importancia de realizarse el Papanicolaou</b>			
Si	81%		
No	19%		

# HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**“FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF NO. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA”**

Folio \_\_\_\_\_

Fecha del estudio \_\_\_\_\_

## 1.- Edad

- a) 18 a 25 años \_\_\_ b) 26 a 45 años \_\_\_ c) 46 a 59 años \_\_\_ d) 60 a más \_\_\_

## 2.- Escolaridad

- a) Analfabeta \_\_\_ b) primaria y secundaria \_\_\_ c) preparatoria \_\_\_  
d) profesionista \_\_\_

## 3.- Ocupación

- a) Ama de casa \_\_\_ b) Empleada \_\_\_ c) Profesionista \_\_\_ d) Otro \_\_\_

## 4.- ¿Cual es su Estado civil?

- a) Soltera \_\_\_ b) Casada \_\_\_ c) Unión libre \_\_\_ d) divorciada \_\_\_ e) Viuda \_\_\_

## 5.- Ingreso mensual \_\_\_\_\_ Nivel Socioeconómico

- a) Bajo \_\_\_ b) Medio \_\_\_ c) Alto \_\_\_

## 6.- Tabaquismo

- a) Si \_\_\_ b) No \_\_\_

## 7- Religión

- a) Ateo \_\_\_ b) Católica \_\_\_ c) Testigo de Jehová \_\_\_ d) Apostólica \_\_\_

## 8.- Antecedentes Heredofamiliares de Ca Cu

- a) Si \_\_\_ b) No \_\_\_ c) lo desconoce \_\_\_

## 9.- Edad de inicio de vida sexual:

- a) Antes de los 18 años \_\_\_ b) Después de los 18 años \_\_\_

## 10.- Paridad

- a) Ninguno \_\_\_ b) 1 o 2 \_\_\_ c) Más de 3 \_\_\_

## 11.- Numero de parejas sexuales

- a) Uno \_\_\_ dos \_\_\_ b) Dos o tres \_\_\_ c) Más de tres \_\_\_

## 12.- Antecedentes de Enfermedad de Transmisión Sexual

- a) Si \_\_\_ b) No \_\_\_ ¿Cual? VPH (Virus del Papiloma Humano) \_\_\_ Herpes genital \_\_\_ Tricomonas \_\_\_

## 13.- ¿Qué método para no tener hijos utiliza?

- a) H. oral \_\_\_ b) H. inyectable \_\_\_ c) Diu \_\_\_ d) Preservativo \_\_\_ e) Otro \_\_\_

## 14.- ¿Conoce lo que es el Papanicolaou o la Detección Oportuna de CaCu?

- a) Si \_\_\_ b) No \_\_\_ ¿Para qué se utiliza? \_\_\_\_\_

## 15.- Mencione cuándo no se debe realizar el examen del cáncer de la matriz:

- a) En el embarazo \_\_\_ b) Cuando se han iniciado las relaciones sexuales \_\_\_ c) Cuando nunca se han tenido relaciones sexuales \_\_\_ d) No se \_\_\_\_\_

**16.- ¿Usted sabe cada cuándo se debe realizar la detección oportuna del cáncer cervico uterino?**

a) Al año\_\_ b) 2 años\_\_ c) 3 años\_\_ d) 5 años\_\_ g) No se\_\_\_\_\_

**17.- ¿Conoce la importancia de realizarse la detección oportuna del cáncer cervico uterino?**

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

**18.- ¿Cuándo acude a realizarse el examen para la detección oportuna del cáncer cervico uterino siente pena o vergüenza?**

a) Si\_\_\_\_\_ b) No\_\_\_\_\_ c) A Veces\_\_\_\_\_

**19.- ¿Siente temor o angustia cuando acude a realizarse el examen del cáncer?**

a) Si\_\_\_\_\_ b) No\_\_ c) A veces\_\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_

**20.- ¿Cree usted que el examen de cáncer duele?**

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

**21.- ¿Cree usted que al realizarse el examen del cáncer le pueda ocasionar una infección vaginal?**

a) Si\_\_\_\_\_ b) No\_\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_

**22.- ¿Su pareja está de acuerdo en que se realice el examen del cáncer cervico uterino?**

a) Si\_\_ b) No\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**23.- ¿Siente temor conocer el resultado del examen del cáncer cervico uterino?**

a) Sí\_\_\_\_\_ b) No\_\_\_\_\_

**24.- ¿Ha recibido información sobre la importancia de realizarse oportunamente el examen del cáncer cervico uterino en la UMF No 21?**

a) Si\_\_\_\_\_ b) No\_\_ c) No lo recuerdo\_\_\_\_\_

**25.- ¿De quién la recibió?**

Médico\_\_\_\_ b) Enfermera\_\_\_\_ c) Asistente médica\_\_\_\_ d) Trabajadora social\_\_\_\_ e) Otro\_\_\_\_\_ ¿Quién?\_\_\_\_\_

**26.- Cuando le interesa conocer el resultado de su examen del cáncer ¿a quién acude?**

a) Médico\_\_\_\_\_ b) Enfermera\_\_\_\_\_ c) Trabajadora social\_\_\_\_\_

d) Otros\_\_\_\_\_ ¿Quién?\_\_\_\_\_

**27.- ¿En cuál institución de salud es mejor la realización del examen del cáncer?**

a) IMSS\_\_\_\_ b) ISSSTE\_\_\_\_ c) SSA\_\_\_\_ d) Médico particular\_\_\_\_

e) Otro\_\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_

**28.- Cuando acude a realizarse el examen del cáncer cervico uterino. ¿Se lo han negado?**

a) Si\_\_\_\_\_ b) No\_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

# ESCALA DE ZUNG

## **1.-Me siento abatido y melancólico**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **2.- En la mañana es cuando me siento mejor**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **5.- Como igual que antes**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **6.- Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **7.- Noto que estoy perdiendo peso.**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **8.- Tengo molestias de estreñimiento**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

## **10.- Me canso aunque no haga nada**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**11.- Tengo la mente tan clara como antes**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**14.- Tengo esperanza en el futuro**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**15.- Estoy más irritable de lo usual**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**16.- Me resulta fácil tomar decisiones.**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**17.- Siento que soy útil y necesario**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**18.- Mi vida tiene bastante interés.**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**19.- Siento que los demás estarían mejor si yo muriera**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre

**20.- Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.**

a) Nunca o muy pocas veces b) Algunas veces c) Frecuentemente d) La mayoría del tiempo o siempre



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF NO. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA.”**

### CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

**Lugar y Fecha:**

---

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por la DRA. RUTH CERPA PADILLA, residente de Medicina Familiar, sobre el propósito del protocolo de estudio “FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS PARA NO ACUDIR A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF NO. 21 DEL IMSS DE LA CRUZ ELOTA, SINALOA ” donde se respetará el anonimato de mi persona como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que otorgamos a nuestros pacientes.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

---

**Firma o huella digital de la paciente**

---

**Firma Testigo**