



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD ACADÉMICA GÓMEZ
PALACIO, DURANGO

**MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN EL
PAPANICOLAOU MUJERES ENTRE 15 A 64 AÑOS DE
EDAD DE LA UMF N° 45 MAPIMÍ, DURANGO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA LORENA CANDELAS CARDONA

GÓMEZ PALACIO, DURANGO, 2021.



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).

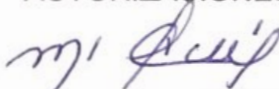
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

**Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou
mujeres entre 15 a 64 años de edad de la UMF N° 45
Mapimí, Durango.**

AUTORIZACIONES:



DRA. MARÍA DEL CONSUELO BRETADO VILLALBA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 43 (ASESOR DEL TEMA DE TESIS)
GÓMEZ PALACIO, DURANGO



DR. LUIS FERNANDO TORRES CENICERÓS

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF
No. 43 (ASESOR METODOLÓGICO)
GÓMEZ PALACIO, DURANGO



DR. EZEQUIEL GUADALUPE CANALES QUEVEDO

DIRECTOR DE LA UMF No.43, GÓMEZ PALACIO, DURANGO

GÓMEZ PALACIO, DURANGO 2021.

**"MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN EL PAPANICOLAOU MUJERES ENTRE
15 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UMF N° 45 MAPIMÍ, DURANGO"**

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

PRESENTA

DRA. CLAUDIA LORENA CANDELAS CARDONA

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN EL PAPANICOLAOU MUJERES ENTRE 15 A 64
AÑOS DE EDAD EN LA UMF N.º 45 MAPIMÍ, DURANGO.**

HOJA DE REGISTRO DE SIRELCIS.

Folio: F-2019-902-045.

Número de registro: R-2019-902-023.



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Educación e Investigación
Clínica Unidad de Medicina Familiar # 43**



**Universidad Nacional Autónoma de
México Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e
Investigación**

Especialidad en Medicina Familiar

**MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN EL
PAPANICOLAOU MUJERES ENTRE 15 A 64
AÑOS DE EDAD DE LA UMF N.º 45 MAPIMÍ,
DURANGO.**

Presenta:

**Claudia Lorena Candelas Cardona
Alumna del Curso de Especialización
en Medicina Familiar para Médicos
Generales, UMF # 43**

Tutor:

**Dra. María del Consuelo Bretado Villalba
Médico Familiar y Profesor titular del
Curso de Especialización de Medicina Familiar,
UMF # 43**

Gómez Palacio, Durango, Junio 2021.

DEDICATORIA:

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que un principio podría parecer tarea titánica e interminable.

Quisiera dedicar mi tesis a todos ustedes, personas de bien que me apoyaron durante todo el trayecto de ésta.

Familia, amigos, profesores: Dr. Luis Fernando Torres Cenicerros, Dr. Juan José López Leos, Dra. María del Consuelo Bretado Villalba, no son nada más y nada menos que un conjunto de seres queridos, sino un gran apoyo durante todo este proyecto.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mis hijos Anavy y Evan, son mi orgullo y mi gran motivación, libran mi mente de todas las adversidades que se presentan, y me impulsan a cada día superarme en la carrera de ofrecer siempre lo mejor. A mi esposo Iván por su apoyo en todo momento, no es fácil, eso lo sé, pero tal vez si no te tuviera, no habría logrado tantas grandes cosas.

Muchas gracias a todos, porque sin su ayuda, no habría logrado desarrollar con éxito mi gran proyecto.

AGRADECIMIENTOS:

A mis maestros, por su labor muchas veces subestimada, se enfoca en cuidar los saberes del mundo y permitirles a otros expandir sus conocimientos.

Nos ayudan a vivir el sueño de superarnos y cumplir nuestras expectativas, y siempre ir por la constante mejora, para ser mejores seres humanos.

Esta ocasión no ha sido la excepción y exalto su trabajo, y les agradezco con creces por ayudarme a lograr esta nueva meta.

Gracias a Dios, por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, y así permitirme cumplir con esta tesis, gracias por creer en mí.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN EL
PAPANICOLAOU MUJERES ENTRE 15 A 64
AÑOS DE EDAD DE LA UMF N° 45 MAPIMÍ,
DURANGO.

2. ÍNDICE

2. ÍNDICE.....	2
3. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES.....	4
4. MARCO TEÓRICO.	7
5. JUSTIFICACIÓN.....	26
6. OBJETIVOS.....	27
7. HIPÓTESIS.....	27
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
8.1 LUGAR.	28
8.2 UNIVERSO.....	28
8.3 TIEMPO.....	28
8.4 TIPO DE ESTUDIO.....	28
8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
8.5.1 Criterios de inclusión.....	28
8.5.2 Criterios de exclusión.....	29
8.5.3 Criterios de eliminación.....	29
8.6 TAMAÑO DE MUESTRA.	29
8.7 TIPO DE MUESTREO.	29
8.8 VARIABLES.....	30
8.9 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	36
8.10 PROCEDIMIENTOS.....	36
8.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	37
9. ASPECTOS ÉTICOS.	38

10. RESULTADOS	41
10.1 Aspectos generales.....	41
10.2 Aspectos cognoscitivos.....	42
10.3 Aspectos culturales y psicológicos.....	44
10.4 Aspectos institucionales.....	45
11. DISCUSIÓN:.....	48
11.2 Fortalezas.....	51
11.2 Debilidades.....	52
11.3 Recomendaciones.....	52
11.4 Conclusiones.....	53
12. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	54
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
14. ANEXOS.....	58

3. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES.

Tesista: Claudia Lorena Candelas Cardona.

Categoría: Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos de base del IMSS.

Matrícula: 99058439.

Teléfono: 8717272514.

Domicilio: Paseo del Avestruz nº 524; Colonia Ex Hacienda Los Ángeles, Torreón, Coahuila. Durango.

Correo: lorecandelas@hotmail.com.

Asesor: Dra. María del Consuelo Bretado Villalba.

Categoría: Médico Familiar y profesor de enseñanza. Matrícula: 99103112

Teléfono: 8713092305.

Domicilio: Calle Nazas 198 colonia Nuevo Refugio Gómez Palacio. Durango.

Correo: maria.bretado@imss.gob.mx

RESUMEN

Título: Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 a 64 años de edad en la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.

Autores: Dra. Claudia Lorena Candelas Cardona, Residente de Medicina Familiar, UMF N.º 43; Dra. María Del Consuelo Bretado Villalba, Médico Familiar, UMF N.º 43.

Introducción. El cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar en mortalidad en cuanto a tumores malignos. En México es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer; existen motivos sociodemográficos, gineco-obstétricos, cognitivos, institucionales y socioculturales que influyen en las mujeres de 15 a 64 años de edad para la no realización de la prueba de detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou).

Objetivo. Determinar los motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres entre 15 a 64 años de edad en la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.

Universo y lugar: Mujeres derechohabientes de 15 a 64 años de edad de la UMF N.º 45 de Mapimí, Dgo.

Período de tiempo: Marzo a Junio de 2020.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal.

Tamaño de muestra: 150 mujeres.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Mediciones: Se aplicará un cuestionario elaborado por Farfán, el cual determina la presencia o no del factor estudiado, éstos se medirán en porcentajes. La encuesta consta de 7 rubros con un total de 35 ítems (datos generales, antecedentes socioculturales, heredofamiliares y gineco-obstétricos, actitud personal, conocimiento sobre el Papanicolaou y aspectos institucionales).

Análisis estadístico: Se utilizará estadística descriptiva e inferencial.

Recursos e Infraestructura. En el presente estudio participarán un médico con funciones de asesor metodológico y asesor teórico. Se utilizarán las instalaciones de la UMF N.º 45 de Mapimí, Dgo, los materiales serán autofinanciados por el investigador.

Experiencia del Investigador: Autor de más de 5 tesis de Investigación en Medicina Familiar, con Diplomado en Investigación.

Consideraciones éticas: La obtención de la información se realizará bajo consentimiento informado agregado a cada cuestionario, bajo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos conforme a la declaración de Helsinki, el informe de Belmont y la Ley General de Salud.

4. MARCO TEÓRICO.

CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis (1).

El cáncer del cuello uterino, es la neoplasia visceral maligna ginecológica diagnosticada con mayor frecuencia en el mundo, constituye la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. La progresión del cuadro clínico según edad, demuestra que las lesiones precursoras se presentan preferentemente a partir de la segunda década, el cáncer in situ en la cuarta década de la vida y el cáncer infiltrante hacia los 45 años de edad. (1)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

El cáncer cervicouterino es la cuarta neoplasia en frecuencia entre las mujeres, a nivel mundial, el 85% de estos cánceres se dan entre los países en vías de desarrollo, con fuertes diferencias entre tasas de 43,2 por 100.000 mujeres en África Oriental, a tasas de 5,4 por 100.000 mujeres en Asia Oriental, la tendencia de la mortalidad es descendente al disminuir su incidencia, presentar mejores condiciones estructurales y una respuesta más eficiente de los servicios de salud (2).

En América Latina es la segunda neoplasia más común en mujeres. La mortalidad

en la región es de 8,7 defunciones por 100.000 mujeres, y el 75% ocurre en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana con 21,9, Bolivia con 21,0 y Nicaragua con 18,3 (3).

En los países desarrollados se ha observado una disminución de la mortalidad por esta causa, que se asocia con el porcentaje de población incluida en los programas de tamizaje. En EE.UU., la tasa de mortalidad ha disminuido más del 50% durante los últimos 30 años relacionada con la eficacia de las pruebas de Papanicolaou (4).

En México desde 2006 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por neoplasias en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2014, se registraron 3,063 casos nuevos de tumores malignos del cuello del uterino con una tasa de incidencia de 6.08 por 100,000 habitantes mayores de 10 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 4,056 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 11.9 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.15 años. Las entidades con mayor mortalidad por CACU son: Chiapas (18.2) Morelos (17.2), Sonora (15.7), Quintana Roo (15.2), Chihuahua (15.1) y Baja California (15.0) (5).

En México, en el año 2008, se registraron 10.186 nuevos casos y en el año 2012 fallecieron 3.840 mujeres mexicanas por CaCu (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. No obstante, este tipo de cáncer tiene una alta probabilidad de curación si se detecta oportunamente (6).

En el 2012 se diagnosticaron 528,000 casos nuevos, y 266,000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años (5).

En el año 2014 ocurrieron en el país 259,146 defunciones en mujeres mexicanas, de las cuales, los tumores malignos representaron el 14.6% de las muertes en mujeres (38,046). Dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres se ubicaron el cáncer de mama y el CACU que en conjunto ocasionaron alrededor del 26% de todas las defunciones por cáncer en personas de este género. La tendencia de la mortalidad es descendente debido a una menor incidencia de la enfermedad por la mejora en las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud. Por lo tanto, constituye un indicador de desigualdad, ya que la mortalidad tiende a concentrarse a las regiones más desfavorecidas (5).

Sin duda, un programa de detección de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino realizado con eficiencia y constancia contribuye a la disminución de la mortalidad. En los últimos años se ha observado una disminución en la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, en parte por el énfasis en mejorar los programas de prevención tanto en las instituciones de salud públicas como en las privadas y, por otro lado, por la participación de la población (7).

ETIOLOGÍA

La etiología del cáncer cervicouterino es desconocida y la hipótesis más aceptada es que un agente de transmisión sexual actuaría sobre la zona de transformación del cuello uterino, en la que el epitelio columnar (proveniente del endocervix) experimenta un constante proceso de transformación designado metaplasia, hacia un epitelio pavimentoso (propio del exocervix), esta es el área (unión escamo columnar) de origen de las neoplasias escamosas del cuello uterino y de los carcinomas intraepiteliales. Esta zona es susceptible de alteraciones genéticas, a través de la acción específica de diversos agentes, generando el proceso carcinogénico. Entre los más importantes se mencionan los virus papiloma humanos (VPH). (8).

FACTORES DE RIESGO

El cáncer cervicouterino afecta con mayor frecuencia al grupo de edad entre 25 y 64 años de edad, especialmente en la población más deprimida en lo sociocultural y económicamente, presentando una alta morbi–mortalidad. La identificación de factores relevantes de riesgo y la detección y manejo de las lesiones de preneoplásicas iniciales del cérvix son pilares importantes de la prevención (2).

Entre los diversos factores de riesgo ya identificados se citan el tabaquismo, el déficit vitamínico, los factores ligados a las relaciones sexuales como la sexualidad temprana, multiplicidad de parejas, las mujeres multíparas y la infección por agentes transmitidos por vía sexual como el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y la *Chlamydia trachomatis* (9).

Se han encontrado otros factores asociados a la evolución de las lesiones intraepiteliales al cáncer de cuello uterino, como son: el estilo de vida de la paciente y/o su pareja, la herencia, el estado hormonal y la baja cobertura de servicios de salud (2).

Uno de los factores altamente potenciales al CACU es el VPH; en el 2014 la tasa de positividad fue de 10.35, las entidades federativas que registraron el mayor índice de positividad fueron los estados de Veracruz, Tabasco y Chiapas con 13.1, 12.5 y 12.1 respectivamente. En relación a la clasificación por etapas clínicas de detección del CACU, el 23.27% corresponden a carcinoma in situ, el 25.51% a etapas tempranas, el 16.61% a etapas intermedias, un 30.8% a etapas tardías y el 3.79% de los casos de CACU son tumores no clasificables (10).

Prevención Primaria de Cáncer Cervicouterino.

Dentro de las acciones preventivas realizadas por los servicios de salud son:

- Informar a la población acerca de la enfermedad, factores de riesgo,

posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Promover la participación de grupos para que actúen como informadores y promotores.
- Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.
- Orientar a las mujeres sobre educación sexual.
- Promover el uso de preservativo para las relaciones sexuales.
- Ofrecer información sobre los factores de riesgo para el contagio de virus del papiloma humano y las acciones para evitar su propagación (11).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico presuncional de cáncer cervicouterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico (12).

Actualmente la detección precoz se realiza a través de la citología exfoliativa del cuello uterino, su uso ha permitido reducir la incidencia y mortalidad gracias a esta prueba podemos establecer la presencia del virus del papiloma humano (VPH) (12).

El cáncer cervicouterino es de lenta progresión, la que se origina con una lesión intraepitelial pre-invasora que puede evolucionar durante 10 o 20 años hasta la aparición del cáncer invasor. Estas lesiones generalmente se suceden en etapas, displasia leve, moderada, severa y se estima que en un plazo de 5 años aproximadamente cuando el compromiso traspasa la membrana basal, evolucionarían a cáncer in situ y en los 10 años siguientes avanzarían al estado de cáncer invasor. Sin embargo, los estudios han demostrado que alrededor del 62 % al 70% de las lesiones de bajo grado regresan en forma espontánea, el 16% progresa a una lesión de alto grado en el curso de tres años y el 22% restante persiste igual (13).

Signos y síntomas:

La mayor parte del tiempo, el cáncer del cuello uterino inicial es asintomático. Los signos y síntomas que se pueden presentar abarcan (8):

- Sangrado vaginal anormal entre periodos postcoital o posmenopáusico.
- Flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, hemático o de olor fétido.
- Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal
- Dolor pélvico.

El cáncer cervicouterino puede diseminarse a la vejiga, intestinos, pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer avanzado pueden ser (8):

- Artralgias.
- Fatiga.
- Astenia.
- Pérdida de peso.
- Adinamia.
- Hiporexia.

Es importante tener en cuenta la historia natural del cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, la frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuando recomendar un tratamiento y/o seguimiento. (14).

Tamizaje. Papanicolaou (Citología cervical).

Sistema de clasificación de los frotis de Papanicolaou

Numérico	Displasia	NIC	Sistema Bethesda
1	Benigna	Benigna	Normal
2	Benigna con inflamación	Benigna con inflamación	Normal, ASC-US
3	Displasia leve	NIC I	LEI de Bajo Grado
3	Displasia Moderada	NIC II	LEI de Alto Grado
3	Displasia Grave	NIC III	LEI de Alto Grado
4	Carcinoma in situ		
5	Cáncer invasor	Cáncer invasor	Cáncer invasor

Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el 1º nivel de atención. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de GPC 1-146-08. (11).

IMPORTANCIA DE REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU.

De acuerdo a la NOM-014-SSA-1994 (12), para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero, constituye una prioridad en países en desarrollo como México, los cambios de estilo de vida producidos en los últimos 50 años han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto para los servicios de salud.

Por tal razón, los Sistemas de Salud deberán responder a este cambio y adoptar nuevas estrategias ante la inestable morbilidad actual, entre ellas el cáncer, no solo por atender la creciente demanda de los servicios por padecimientos neoplásicos, además se debe cambiar el enfoque a través del fortalecimiento de la prevención de enfermedades en el primer nivel de atención a la salud (5).

En las últimas décadas desde 1992 a la actualidad se ha incrementado la

presencia de cáncer del cuello uterino como causa de morbi-mortalidad; por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud en México, debe adecuarse fortaleciendo estrategias como: la coordinación de los sectores públicos y privados para afrontar estos padecimientos con mayor eficiencia y efectividad. Será también importante una participación activa de la comunidad en la solución de estas enfermedades (5).

Según American Society of Clinical Oncology (ASCO) [5], la prueba de Papanicolaou, también denominada citología vaginal, es el método más frecuente de detección del cáncer de cuello uterino en las mujeres que no tienen síntomas de cáncer. Por lo general, se realiza durante el control ginecológico de la mujer en edad reproductiva.

Los estudios socioculturales siempre implican vinculación con conceptos y términos tales como ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia (5).

Por lo anterior, uno de los pilares esenciales y que es de importancia para nuestro estudio corresponde a los motivos por los que mujeres de 15 a 64 años de edad no se realizan el Papanicolaou como medida oportuna de detección de cáncer cervicouterino además de enfermedades de transmisión sexual (5).

LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO

En México, los primeros programas encaminados a la detección oportuna del CaCu se crearon hace aproximadamente 40 años, sin embargo, a diferencia de algunos países desarrollados la mortalidad por esta enfermedad no ha disminuido

como se esperaba. En el año 1974 arrancó el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC), no obstante, la tasa de mortalidad por CaCu durante los 25 años siguientes no disminuyó debido a la baja cobertura y a los bajos estándares de calidad. (6).

No obstante, este tipo de cáncer tiene una alta probabilidad de curación si se detecta oportunamente. En países desarrollados, se ha visto que la disminución de la mortalidad por Cáncer cervicouterino en mujeres, se debe principalmente a la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y malignas a través de los programas de detección oportuna. (17)

Existen múltiples estudios y análisis que han investigado la problemática que existe en la implementación de los programas de detección del CaCu en México y en países de América Latina, cuyos resultados han documentado incumplimiento de normas de bioseguridad, deficiencia en la calidad de la toma de las muestras, errores en la interpretación de las pruebas y presencia de barreras socioculturales que dificultan que las mujeres acudan a dichos programas y permitan someterse a la toma de la citología cervical (6).

Las mujeres de comunidades indígenas tienen los índices más altos de mortalidad por esta enfermedad, asociados a una detección tardía. A pesar de ello, no existen en México cifras oficiales ni epidemiológicas relacionadas con el cáncer en esta población. Instituciones como el INEGI, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y la Secretaría de Salud (SS) no cuentan con datos estadísticos ni epidemiológicos en torno al cáncer y su detección oportuna en población indígena; no obstante, a pesar de que no existen fuentes fidedignas en torno a problemática, la mortalidad por CaCu en población indígena mexicana es mayor que el nivel nacional, el cual registra casi 14 muertes por cada 100 mil mujeres y en regiones indígenas casi se duplica (6).

La literatura muestra que las barreras para la toma de la citología cervical, que

pueden ser estructurales, psicosociales, culturales o de otra índole, varían en cada grupo social, debido a que cada grupo étnico tiene distintas y particulares características demográficas, sociales y culturales, que influyen en la asistencia a programas de detección oportuna de CaCu, lo que impacta de manera importante en la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad (6).

En este contexto, la educación para la salud tiene como propósito lograr la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo dirigido a mujeres, familia y población en general, para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado (18).

Es esencial que la educación esté dirigida especialmente a las mujeres para persuadirlas a aceptarla, asegurándose que la población femenina conozca los motivos de la detección y la eficacia de los tratamientos recomendados. La información debe ser proporcionada de acuerdo al entorno cultural local, con la participación de mujeres líderes en la comunidad, de los proveedores de servicios de salud, del magisterio, de grupos voluntarios y asociaciones civiles; así también, es necesaria la información a los hombres desde el inicio de su madurez sexual por su vinculación con los factores de riesgo, así como, para impulsar a su pareja a que acuda a la detección (18).

TASA DE MORTALIDAD NACIONAL

En México, se proporciona atención médica aproximadamente a 9.000 mujeres con cáncer cervicouterino invasor y se registran 4.000 muertes anualmente (4).

A pesar de los beneficios reconocidos de las pruebas de detección, no todas las mujeres pueden aprovecharlos. La mayoría de estos casos de cáncer se encuentran en mujeres que nunca se han sometido a una prueba de Papanicolaou o que no se la han hecho recientemente (19).

En los países en desarrollo, los programas de tamizaje basados en la citología no han tenido el éxito deseado, en la detección temprana del cáncer cervicouterino, debido a que se requieren múltiples recursos para realizar cada uno de los pasos del programa y no siempre se cuenta con la infraestructura necesaria. La infraestructura de servicios para el tamizaje y diagnóstico de dichas neoplasias se caracteriza por su complejidad y alto costo (19).

En México, entre 1990 y 2000, se registraron 48.761 defunciones por Cáncer cervicouterino con un incremento porcentual anual de 0.76% y 12 defunciones cada 24 horas en promedio. En la actualidad es bien sabido que el virus de papiloma humano (VPH), principalmente los tipos de alto riesgo (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66 y 73), transmitidos por vía sexual, es la causa necesaria para desarrollar Cáncer cervicouterino. Es paradójal que, siendo prevenible, sea tan alto el número de mujeres que mueren a causa de este mal (20).

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZA PAPANICOLAOU

A pesar de haber transcurrido 50 años desde la postulación de la prueba de George Nicolás Papanicolaou para detectar esta neoplasia, la enfermedad representa en el mundo el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticado en las mujeres y es el segundo tipo de cáncer más común en ellas. Estudios recientes a nivel mundial sobre la precisión del examen preventivo de cáncer de cuello de útero en los países en desarrollo estiman que su sensibilidad varíe de 44% a 78% y su especificidad, de 91% a 99%. Se evalúa que el rastreo de mujeres por medio del examen preventivo reduce en aproximadamente 80% la mortalidad por cáncer. Para tanto, es necesario garantizar el acceso de las mujeres a este examen (9).

La literatura demuestra que factores como la edad avanzada, el bajo nivel socioeconómico, pertenecer a la raza negra o paridad y ser soltera, identifican a grupos que se asocian a la no realización del examen preventivo de cáncer de

cuello uterino. Un estudio realizado en Campinas, estado de São Paulo, de tipo transversal, de base poblacional, detectó que la no realización del examen preventivo de cáncer de cuello uterino está asociada a la edad, etnia, grado de instrucción y renta. Otro estudio realizado en Propriá, estado de Sergipe detectó relación entre el grado de instrucción, renta y tipo de profesión con la realización del examen preventivo, pero no los caracterizó como factores de riesgo para el cáncer de cuello de útero, ya que, en ese estudio, la diferencia entre casos y casos control no fue significativa (9).

Las principales causas de resistencia a la realización del examen preventivo están ligadas a temas culturales como el miedo al dolor, vergüenza, desconocimiento del procedimiento, local de realización y a no obtener permiso del compañero para que la mujer realice el examen. En lo concerniente a la relación entre la religión y la realización de medidas preventivas, varios estudios señalan que mujeres que frecuentan instituciones religiosas están más propensas a realizar acciones preventivas, como el examen preventivo de cáncer de cuello de útero. Esta relación es de especial importancia para el campo de la salud pública, pues suministra informaciones sobre los factores que influyen en la utilización de servicios preventivos (9).

Son varias las razones que influyen en la adherencia al Papanicolaou, entre las que se describen las experiencias previas, la falta de información, influencias familiares y creencias. La recomendación por parte del profesional de la salud tiene una influencia positiva en la adherencia al tamizaje; sin embargo, el rol del proveedor puede también influir negativamente. Entre los factores asociados al proveedor se describen la calidad de atención deficiente, incluyendo el maltrato, largo tiempo de espera y falta de privacidad, entre otros (21).

PREVALENCIA DE UTILIZACIÓN EN PAPANICOLAOU

Actualmente, en la República Mexicana la prevalencia en la utilización de PAP en mujeres de 20-50 años de edad ha sido relativamente baja: 127 de cada 100 mil mujeres se han practicado la prueba alguna vez, y 145 de cada 100 mil no lo han hecho. Además, como muestran Lazcano et al (22), las mujeres acuden tardíamente a los servicios de detección de cáncer (en 55% de los casos de cáncer cervical porque tenían síntomas ginecológicos).

Se observa una relación directamente proporcional entre la prevalencia de utilización de PAP y el nivel de escolaridad de las mujeres y de sus parejas sexuales se trataron de identificar y evaluar los factores que predisponen a la utilización de PAP en 2,107 mujeres en edad reproductiva que acudían a un servicio de planificación familiar en la Ciudad de México, hallando que el conocimiento de la utilidad de la prueba incrementaba en seis veces la probabilidad de su uso. En este estudio también se encontró que otro importante factor predictor para la utilización de la prueba era el consentimiento de la pareja sexual masculina a la exploración ginecológica de la mujer (23).

En un estudio en zonas marginadas en México se observó que en el área rural la pareja masculina rechaza la utilización del tamizaje cuando la persona que toma la muestra para PAP es un varón, y asimismo que la pareja masculina puede no permitir que la mujer acuda a la exploración ginecológica porque no se encuentra involucrado o porque no tiene claro cuál es su contribución al cuidado de aquella. Por el contrario, la prevalencia de uso de PAP se incrementa cuando la pareja sexual masculina está de acuerdo con la exploración ginecológica (23).

Varios estudios han explorado distintos factores que influyen en la adherencia y realización del Papanicolaou por parte de las mujeres. (10)

Los principales factores que influyen son falta de conocimiento de la prueba, falta

de accesibilidad económica, miedo, falta de accesibilidad demográfica, oposición del marido, pudor, angustia y mala atención (8,13). Así mismo, un estudio de Aguilar-Pérez et al (24), relacionado con la educación sexual de las mujeres, mostró que la barrera principal para no acudir a la detección oportuna de cáncer fue el carecer de seguro médico.

NIVELES DE INFLUENCIA

Nivel de política

Desde una perspectiva de salud pública los gobiernos han creado estrategias con el fin de afrontar esta enfermedad, siendo el objetivo principal reducir la mortalidad y comorbilidad. Al respecto, en México a partir de 1974 se instauró el Programa Nacional de Detección de Cáncer Cervicouterino el cual estableció que las instituciones del sector salud debían ofrecer de manera gratuita la citología convencional. En 1994 se publica la norma oficial mexicana, NOM-14-SSA2-1994, en la que se instituyó la citología convencional como prueba de diagnóstico y la cobertura universal y gratuita dentro del Sistema Nacional de Salud; a finales de 2004 el gobierno federal incorporó al CaCu en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. Finalmente, se delegó al Centro Nacional de si Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), de la Secretaría de Salud, la realización del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cervicouterino que planteó como metas para el 2012:

- Alcanzar una cobertura de detección por citología convencional de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad.
- Alcanzar una cobertura de detección primaria por captura de híbridos (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad.

Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25

años y más de edad, con base en la cifra registrada en 2006; entre otras (25).

Nivel de la comunidad; ubicación geográfica

La falta de accesibilidad geográfica es un factor importante para la realización de la prueba. Existe evidencia de que las mujeres que se encuentran a grandes distancias de los centros de salud, en especial las mujeres que viven en zonas rurales, tienden a participar menos en las pruebas de detección y seguimiento; uno de los motivos es la falta de transporte público que hace difícil el traslado. En un estudio sobre áreas rurales en México, Sosa-Rubí et al (26), encontraron que el 64% de las localidades estudiadas contaban con al menos una unidad de salud disponible, el resto no (36%), por lo cual las mujeres debían desplazarse a otras localidades para tener acceso a los servicios preventivos.

Caso contrario, con base en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (ENSANUT), hallaron que en los últimos doce años la cobertura por citología convencional fue mayor en comunidades rurales que en las urbanas, lo cual posiblemente fue resultado del Programa Oportunidades que promueve la realización de la citología entre sus usuarias, la mayoría de ellas residentes rurales (25,27).

Nivel institucional; dificultades con el sistema

En un estudio en mujeres mexicanas, Vega (20), encontraron que el nivel de satisfacción respecto al tiempo de espera fue de inconformidad pues supera los 30 minutos señalados en las normas oficiales mexicanas; las mujeres consideran como tiempo de espera desde que llegan al Centro de Salud hasta la realización la prueba. En el mismo estudio se encontró que otros aspectos relacionados con el confort (comodidad del lugar, iluminación, espacio, limpieza de las

instalaciones) y el espacio físico para la realización de la citología convencional (reducidos y sin privacidad) fueron limitaciones para que puedan realizarse la prueba.

Otro punto de importancia fue la interacción con el personal de salud la norma mexicana establece que la consejería es parte importante del proceso de comunicación y análisis entre los prestadores de servicios y las usuarias. Mediante esta consejería se debe proporcionar, entre otros aspectos, información, orientación, asesoría y aclaración de dudas; así como explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica. En su estudio Castro-Vásquez et al (2010) encontraron que aquellas mujeres que argumentaron tener sentimientos de temor y angustia ante el diagnóstico del CaCu, estuvieron relacionados con el trato e información otorgada u omitida por los médicos (25).

Un aspecto que no podemos dejar de mencionar es el relativo a quién toma la muestra. Las mujeres, suelen sentirse más cómodas cuando la toma de la muestra es hecha por una mujer, lo cual está vinculado con la creencia de que solo la pareja puede ver sus genitales; sin embargo, en las consultas médicas las mujeres creen que un médico de sexo masculino tiene mayor conocimiento, sobre todo en los problemas gineco-obstétricos, pero en el caso de la citología confían más en el personal femenino (25).

Nivel personal; costo de los servicios

El efecto de las condiciones económicas respecto al tamizaje constituye una barrera para el acceso a las pruebas; la principal es el costo, otras son la cobertura de la seguridad social y los seguros de gastos médicos o a la falta de ellos (28).

En un estudio, Vega (20), indicaron que las mujeres que no son derechohabientes

o no tienen acceso a algún tipo de seguridad social tienen menos control sobre su salud. Situación similar se encontró en, las mujeres sin esquema de aseguramiento tuvieron menor uso de la citología convencional en comparación con las mujeres afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SS). Por su parte, Sosa-Rubí (25) encontraron que las mujeres beneficiadas por el programa Oportunidades, tienen a realizarse una citología convencional con mayor frecuencia en comparación con aquellas que no son beneficiarias del programa.

La misma tendencia la presentaron aquellas mujeres afiliadas al IMSS, ISSSTE y a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) (25).

Ideologías.

Otro factor es el control del hombre sobre la mujer; el papel del hombre, basado en una estructura de poder patriarcal, tiene una doble función, como inhibidor o promotor para que la mujer se realice la prueba. Existe poca literatura que muestre cómo en muchos casos la realización de la prueba está en función de la aprobación o no por parte de la pareja sexual; resultado principalmente, de la posición del hombre dentro de la pareja, de las consecuencias de sus propias actitudes sexuales, de aspectos del género masculino, de sus prácticas culturales, de sus percepciones sobre la enfermedad, de los celos cuando el médico que toma la muestra es hombre y de la confianza de las mujeres cuando tienen una pareja sexual estable (25,29)

Ignorancia.

La falta de conocimiento o conocimiento erróneo responde a la poca o nula información que las mujeres tienen sobre las pruebas, su importancia, cómo se realiza, la periodicidad, su utilidad, los requisitos o condiciones, así como a la

recepción del resultado. En un estudio en mujeres de San Luis Potosí, México, Vega (2009) encontraron que la mayoría de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado de la enfermedad, no obstante, casi la mitad desconoció cuál es exactamente la utilidad de la prueba, periodicidad, requisitos o condiciones para realizarla y la importancia de acudir al control. Por el contrario, Ybarra (2012) con estudiantes universitarios (mujeres y hombres) hallaron que más de la mitad de la muestra estudiada (66.6%) conocía la prueba de la citología convencional y que las mujeres mostraron tener un mayor conocimiento de la misma (82.2% contra 56.6%); sin embargo, menos de la mitad (38.9%) respondió correctamente en qué consiste. Aun así, la muestra reconoció la importancia de hacérsela, en una escala de 1 nada importante a 10 muy importante, se obtuvo 9.54; es un hecho que la educación crea un efecto positivo en el comportamiento de la salud de las mujeres, la cual puede ser promovida por el personal médico y de enfermería o por medios gráficos como posters, internet y medios de comunicación (25).

Desconfianza, un comportamiento frecuente en las mujeres es la desatención de aspectos asociados a la propia mujer, mismos que impiden ir a realizarse una prueba. De esta manera, detrás de la “desidia”, la “falta de tiempo” y la “vergüenza” se oculta la negación o el miedo hacia una práctica no deseada y que se considera como desagradable, no indispensable o postergable (25).

Entre los factores en que la religión puede influenciar en las prácticas de salud se incluyen el incentivo a los hábitos de vida saludables, apoyo social y psicológico, refuerzo de la autoestima y proveer una estructura para los eventos de la vida. Además, algunas instituciones religiosas ofrecen actividades o informaciones relacionadas a la salud que pueden llevar, directa o indirectamente, a una mayor utilización de los servicios de salud por los miembros que tienen acceso a estos recursos (30).

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Existe un instrumento denominado **factores que impiden realizarse la detección oportuna de cáncer** elaborado por Farfán (18), el cual tiene un alfa de Cronbach de 0.71 aplicado en forma aleatoria a 105 mujeres de entre 25 a 64 años de edad habitantes de las 15 áreas de responsabilidad de la UMF N.º 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey Nuevo León (18).

El cuestionario constó de 31 ítems; 24 preguntas de opción múltiple y 7 preguntas abiertas, 21 fueron de carácter personal y 10 son institucionales. Las preguntas personales abarcaron los aspectos sociodemográficos, cognoscitivos, culturales y psicológicos; las preguntas institucionales abarcaron desde la difusión hasta la actitud del personal, obteniendo como resultados que el 25% de las mujeres encuestadas entre 41 años y 58% y 25 y 29 años nunca se habían realizado la prueba de detección oportuna. Entre los factores encontrados se identificó que 70% de las mujeres sienten vergüenza y 63% dice sentir angustia. Con respecto a si recibieron información sobre la prueba, 43% lo refiere y 42% la recibieron por personal de enfermería (18).

Finalmente, es necesario implementar una estrategia orientada a abordar la multiplicidad de factores que influyen en las decisiones que toman las mujeres acerca de su participación en programas de tamizaje. Esta estrategia debe atravesar la totalidad del sistema de salud e involucrar a distintos actores: decisores políticos, autoridades sanitarias, directores de los servicios de salud, profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil, comunidad en general y las mujeres, entre otros (25).

5. JUSTIFICACIÓN.

En países en vías de desarrollo el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres entre 21 y 44 años de edad, correspondiente a un 86% de casos y 88% de las muertes; así mismo es la causa más importante de años de vida perdidos. Para el 2008 mundialmente se registraron 12.3 millones de casos nuevos y 7.6 muertes por cáncer cervicouterino, de acuerdo a informes emitidos por la OMS se esperan alrededor de 15 millones para el 2020. En México en el año 2014 se registraron 3,063 casos nuevos de tumores malignos de cuello uterino con una tasa de incidencia de 6.08 por 100,000 habitantes mayores de 10 años. La tasa de realización del Papanicolaou en mujeres de 20 a 50 años de edad ha sido relativamente baja, 127 de cada 100,000 mujeres se han practicado el Papanicolaou alguna vez y 145 por cada 100,000 nunca lo ha realizado.

Las tasas de cáncer cervicouterino pueden ser reducidas a través de los programas de tamizaje; y en este contexto el Papanicolaou es el único que ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, sin embargo, se han encontrado motivos socioculturales, psicológicos, educativos, gineco-obstétricos e institucionales, que influyen para no hacer uso de servicios preventivos.

El conocimiento de dichos motivos es crítico ya que el cáncer cervicouterino es uno de los más prevenibles y tratables, sobre todo si es detectado en estudios tempranos. Es de suma importancia el detectar los motivos que impiden la realización periódica del Papanicolaou en las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N.º 45; para así implementar estrategias que hagan que dichos motivos puedan atenuarse de manera que no impidan la revisión periódica, y como consecuencia se detecten a tiempo las infecciones o displasias que en un momento son causa del cáncer cervicouterino que ha costado la vida de muchas mujeres, no solo en México sino a nivel mundial.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los motivos por el que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 a 64 años de edad de la UMF N.º 45 Mapimí, Durango?

6. OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 a 64 años de edad de la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los aspectos socioeconómicos en las mujeres de 15 a 64 años de edad que no se han realizado el Papanicolaou.
- Identificar los aspectos cognoscitivos en las mujeres de 15 a 64 años de edad que no se han realizado el Papanicolaou.
- Identificar los aspectos culturales y psicológicos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 a 64 años de edad.
- Identificar los aspectos institucionales por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 a 64 años de edad.

7. HIPÓTESIS

No necesario el planteamiento de hipótesis para este estudio debido a que se trata de un estudio descriptivo de tipo exploratorio.

8. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 LUGAR.

UMF N.º 45, Mapimí, Dgo.

8.2 UNIVERSO.

Mujeres de 15 a 64 años de edad, derechohabientes de la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.

8.3 TIEMPO.

Marzo a junio del 2020.

8.4 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal

- Observacional: Ya que no existe intervención del investigador.
- Descriptivo: Sólo se describirán las características de una población.
- Transversal: Sólo se realizarán una sola medición.

8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

8.5.1 Criterios de inclusión

En el estudio se incluirán a las mujeres que cumplieran con los siguientes criterios:

- a. Mujeres de 15 a 64 años con vida sexual activa.
- b. Derechohabientes del IMSS, pertenecientes a la UMF N.º 45 Mapimí, Dgo.

- c. Que no se hayan realizado el Papanicolaou en dos años previos.
- d. Que autoricen por medio del consentimiento informado.
- e. Mujeres de 15 a 64 años de edad que, aunque no sepan leer y escribir deseen participar en el estudio.

8.5.2 Criterios de exclusión.

- a. Que no acepten participar en el estudio.
- b. Que acudan a control a la clínica de displasias.

8.5.3 Criterios de eliminación.

- Ninguno

8.6 TAMAÑO DE MUESTRA.

No es necesario cálculo de tamaño muestral debido que no se plantea hipótesis sobre una cifra específica esperada. A criterio del investigador se entrevistarán un total de 100 personas

8.7 TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por cuota.

8.8 VARIABLES.

Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou.

Definición conceptual: Son las diferentes causas (socioeconómicas, cognoscitivas, culturales y psicológicas, institucionales) las cuales no les permiten a las mujeres realizarse el Papanicolaou.

Definición operacional: Se determina, de acuerdo al cuestionario de 31 ítems propuesto por Farfán (18), con la presencia o ausencia de motivos por los que no se realiza el Papanicolaou y determinando con qué frecuencia en la población de mujeres estudiadas se encuentra presente dicho motivo.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Escala: Nominal.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona	Número de años de vida	Cuantitativa discreta	De razón	Años cumplidos referidos por la paciente
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa Ordinal	Ordinal	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura
Religión	Tipo de creencia religiosa que ejerce la persona	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Cristiana b) Ninguna c) Otra
Estado civil	Situación jurídica	Se le preguntará	Cualitativa	Nominal	a) Soltera

	en la familia	directamente a la paciente	nominal policotómica		b) Casada c) Divorciada d) Unión libre e) Viuda
Ocupación	Empleo u oficio que desempeña actualmente	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa Nominal policotómica	Nominal	a) Desempleada b) Empleada c) Ama de casa d) Comerciante
Horario de trabajo	Turno en que desempeña su trabajo u ocupación	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno
Ingreso quincenal	Nivel de ingreso económico	Se le preguntará directamente a la paciente	Cuantitativa discreta	Nominal	a) Menor de 1500 b) 1500 - 3000 c) 3001 - 5000 d) 5001 o más
Servicio de salud con el que cuenta	Derechohabencia al servicio de salud	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento acerca del Papanicolaou	Conocimiento del examen Papanicolaou	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Si b) No c) Lo ignoro

Conocimiento acerca de DOC	Conocimiento de examen DOC	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento de la utilidad del examen de detección de CaCu	Sabe para que se utiliza el examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento de los requisitos para detección de CaCu	Conocimiento de los requisitos para detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Contraindicación del examen de detección de CaCu	Conocimiento de cuando no se debe realizar el examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento de cuándo debe realizarse el examen de detección de CaCu	Conocimiento de cuándo debe realizarse el examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento sobre la importancia de realización de examen de detección de CaCu	Conocimiento sobre la importancia de realización de examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Sentimiento de pena o vergüenza al realizarse el	Sentimiento de pena o vergüenza al realizarse el	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Si b) No c) A veces

examen de detección de CaCu	examen de detección de CaCu				
Sentimiento de angustia al realizarse el examen de detección de CaCu	Sentimiento de angustia al realizarse el examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Si b) No c) A veces
Creencia que el examen de detección de CaCu es doloroso	Creencia que el examen de detección de CaCu es doloroso	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Creencia que el examen de detección de CaCu produce infección	Creencia que el examen de detección de CaCu produce infección	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Existe apoyo por parte de la pareja para la realización del examen de detección de CaCu	Su pareja está de acuerdo en la realización del examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Sentimiento de angustia al conocer el resultado del examen de detección de CaCu	Sentimiento de angustia al conocer el resultado del examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Información de la	Recibió	Se le preguntará	Cualitativa	Nominal	a) Si

importancia de realización de examen de detección de CaCu en la UMF N° 45	información de la importancia de realización de examen de detección de CaCu	directamente a la paciente	nominal dicotómica		b) No
Personal de salud que informó sobre la realización del examen de detección de CaCu	Personal de salud que informó sobre la realización del examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Médico b) Enfermera
Atención en medicina preventiva para la realización del examen de detección de CaCu	Ha sido enviada por el personal de la clínica a medicina preventiva para la realización del examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Conocimiento del horario en la UMF N° 45 para la realización del examen de detección de CaCu	Conoce el horario en la UMF N°45 para que le realicen el examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Horarios de laUMF N° 45 para realización del examen de detección de CaCu	Que horarios conoce de la UMF N° 45.	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Matutino b) Vespertino o c) Ambos

Atención recibida por parte del servicio de medicina preventiva	Como ha sido el trato que ha recibido en el servicio de medicina preventiva	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo
Conoce los resultados del examen de detección de CaCu	Se le entregan los resultados de examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No
Quien entrega resultados de examen de detección de CaCu	Personal de la UMF N° 45 quien entrega resultados de examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) Médico b) Enfermera c) Asistente médica d) Trabajadora social e) Otros
En cual institución de salud es mejor la realización del examen de detección de CaCu	Mejor atención en la realización de examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal policotómica	Nominal	a) IMSS b) ISSSTE c) SSA d) SEDENA e) Medico particular
Se han negado a realizar el examen de detección de CaCu	Le han negado la realización de examen de detección de CaCu	Se le preguntará directamente a la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal	a) Si b) No

8.9 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Se aplicó una encuesta de motivos por los que no se realizan el Papanicolaou en base a un cuestionario derivado de la versión original elaborada por Farfán (18), ya validado, con un alfa de Cronbach 0.71 el cual determinará la presencia o no del factor estudiado los cuales se medirán en porcentajes. La encuesta consta de 4 rubros con un total de 31 ítem correspondientes a:

1. Aspectos socioeconómicos: 8 ítems.
2. Aspectos cognoscitivos: 7 ítems.
3. Antecedentes culturales y psicológicos: 6 ítems.
4. Aspectos institucionales: 10 ítems.

Con 31 ítems; 24 preguntas de opción múltiple y siete preguntas abiertas, 21 serán de carácter personal y 10 institucionales. Las preguntas personales abarcarán los aspectos sociodemográficos (1-8), cognoscitivos (9-15), culturales y psicológicos (16-21); las preguntas institucionales abarcarán desde la difusión hasta la actitud del mismo personal (22-31). (Anexo 1)

8.10 PROCEDIMIENTOS.

Previa autorización y consentimiento del comité local de investigación (CLIS 902), el comité de ética en investigación (CEI 9028), ambos con sede en la UMF N.º 43 de Gómez Palacio Dgo, así como el de las autoridades de la UMF N.º 45 del IMSS en Mapimí, Durango; con la aceptación del Coordinador de Micro zona el Dr. Ubaldo Escalante Vázquez, se realizó la investigación correspondiente a éste protocolo de estudio titulado motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres entre 15 a 64 años de edad de la UMF N.º 45 Mapimí, Durango. Se abordó en la sala de espera a pacientes entre 15 y 64 años de edad que acudan a la UMF N.º 45 a consulta externa y/o medicina preventiva con horario indistinto en

ambos turnos de la unidad. Se les preguntó en qué fecha se realizaron su último Papanicolaou, se les invitó al consultorio médico, con la finalidad de solicitarles que participaran en la investigación previa aceptación u consentimiento informado; se explicó a cada paciente los diferentes pasos a seguir en el cuestionario del estudio y resolviendo dudas sobre el mismo. Al paciente participante que aceptó participar se le solicitó que firmara la carta de consentimiento informado y posteriormente se le entregó una copia. Así mismo se informó que su aportación en la investigación sería participar de forma individual, confidencial y respetuosa. Aquellas mujeres que fueron analfabetas, recibieron asesoría y/o fueron encuestadas por el propio investigador. El cuestionario fue aplicado en un consultorio de dicha unidad.

Al finalizar su participación los cuestionarios aplicados fueron colocados en una urna especial para posteriormente analizarlas individualmente; finalmente los cuestionarios fueron vaciados en el programa SPSS para su análisis estadístico.

8.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron vaciados en hoja de datos Excel 2007 y el análisis estadístico se realizaron en el programa SPSS versión 23.

Para variables cualitativas nominales se realizaron frecuencias y porcentajes. Para variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (mediana, media y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, mínimos y máximos).

Para complementar el análisis se utilizaron estadística inferencial de acuerdo a las variables de estudio, siendo estadísticamente significancia con $p < 0.05$.

9. ASPECTOS ÉTICOS.

A. Este estudio considera los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.

B. Este estudio considera también los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

C. Así mismo este estudio considera los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende al investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).

D. En este estudio se considera además el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014):

- Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos:
 - Capítulo I (Disposiciones comunes).
 - Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos (artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16).
 - En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría:
 - Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que obtienen datos a

través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

-En cuanto a lo relacionado al consentimiento informado, el presente estudio considera lo descrito en los artículos 20, 21, 22 y 24

- Título sexto. De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.
 - Capítulo único
- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

II.- De investigación en comunidades: Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.

ARTÍCULO 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

ARTICULO 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier estudio.

10. RESULTADOS

10.1 Aspectos generales.

Participaron un total de 100 mujeres con una edad de 34.8 ± 13.8 años. El principal estado civil (tabla 4.1) fue el de casada con un 56% (56), seguido del soltera con 5% (5). La escolaridad más frecuente (tabla 4.2) fue la de secundaria con 68% (68), seguido de la preparatoria con 16% (16). Respecto a la ocupación (tabla 4.3), la más común fue la de empleada con 55% (55), seguida de ama de casa con 45% (45). En cuanto al nivel de ingresos semanal (tabla 4.4), predominó el de ingreso bajo con 53% (53), seguido de ingreso medio con 2% (2). Quienes trabajaban (tabla 4.5), lo hacían predominantemente en el turno vespertino con 29% (29) seguido del turno matutino con el 26% (26).

Tabla 4.1. Estado civil de las mujeres de la UMF 45 Mapimí, Dgo

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	5	5
Casada	56	56
Unión libre	37	37
Viuda	2	2
Total	100	100

Tabla 4.2. Escolaridad de las mujeres encuestadas de la UMF 45 Mapimí, Dgo

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1
Primaria	15	15
Secundaria	68	68
Preparatoria	16	16
Total	100	100

Tabla 4.3. Ocupación de las mujeres encuestadas de la UMF 45 Mapimí, Dgo

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	55	55
Ama de casa	45	45
Total	93	100

Tabla 4.4. Nivel de ingresos semanal de las mujeres encuestadas de la UMF 45 Mapimí, Dgo

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	45	45
Bajo	53	53
Medio	2	2
Total	100	100

Tabla 4.5. Turno de trabajo de las mujeres encuestadas de la UMF 45 Mapimí, Dgo

Turno	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	45	45
Matutino	26	26
Vespertino	29	29
Total	100	100

10.2 Aspectos cognoscitivos.

De las mujeres encuestadas el 94% (94) sabe lo que es el Papanicolaou y el 6%

(6) no sabe que es (tabla 4.6). En la tabla 4.7 se muestra que el 85% (85) de las encuestadas saben la utilidad del Papanicolaou, y el 15% (15) no lo saben; así mismo, el 81% (81) no saben que es el DOC, y el 19% (19) si conocen de dicho procedimiento (tabla 4.8). En cuanto a los requisitos para realización del Papanicolaou el 62% (62) si saben acerca de los mismos y el 38% (38) no lo saben (tabla 4.9). En lo referente a cuando no realizarse el Papanicolaou (tabla 4.10), el 58%(58) si conocen dicha información, y el 42% (42) no lo saben. En cuanto a la frecuencia de cada cuando realizarse el Papanicolaou el 84% (84) si saben cada cuando realizarse dicho procedimiento, y el 16% (16) no lo saben, (tabla 4.11). De todas las mujeres encuestadas, el 93% (93) saben la importancia del Papanicolaou y el 7% (7) no. (Tabla 4.12).

Tabla 4.6. Que es Papanicolaou

Que es	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	94
No	6	6
Total	100	100

Tabla 4.7. Utilidad del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	85	85
No	15	15
Total	100	100

Tabla 4.8. Que es DOC

	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	19
No	81	81
Total	100	100

Tabla 4.9. Requisitos para realización de Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	62
No	38	38
Total	100	100

Tabla 4.10. Cuando no realizarse el Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	58
No	42	42
Total	100	100

Tabla 4.11. Cada cuando realizarse el Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	84
No	16	16
Total	100	100

Tabla 4.12. Importancia del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	93
No	7	7
Total	100	100

10.3 Aspectos culturales y psicológicos.

En la (tabla 4.13), se muestran las respuestas a las preguntas relacionadas a la actitud personal donde destaca la angustia a conocer el resultado del Papanicolaou y la pena o vergüenza para realizarse la prueba con un 72% (72) y con un 91% (91) respectivamente.

Tabla 4.13 Actitud personal

	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pena o vergüenza	91	91	5	5
Angustia de conocer el resultado	72	72	28	28
Dolor al realizarse el Papanicolaou	45	45	55	55
Causa infección el Papanicolaou	5	5	95	95

En la tabla (4.14), se muestran si existe apoyo de la pareja para realización del Papanicolaou, en donde un 93% (93) si está de acuerdo en que se realice dicho procedimiento, y el 5% (5) no lo está.

Tabla 4.14. Apoyo de la pareja

	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	93
No	2	2
No aplica	5	5
Total	100	100

10.4 Aspectos institucionales.

En cuanto a si ha recibido información sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou (tabla 4.15) el 96% (96) ha sido informada y el 4% (4) no, de las cuales el 47% (47) ha sido informada por el médico de la unidad, y el 53% (53) por parte de la enfermera (tabla 4.16). De las mujeres encuestadas, el 94% (94) fueron enviadas por su médico a medicina preventiva a realización del Papanicolaou (4.17); y al 97% (97) se les informó el horario disponible para realización del mismo (tabla 4.18), predominando el turno vespertino con un 62% (62) con mayor afluencia a realización del Papanicolaou (tabla 4.19). En cuanto al

trato por parte de Medicina Preventiva hacia las mujeres encuestadas (tabla 4.20), el 83% (83) lo refieren como excelente; así mismo en la tabla 4.21 se muestra que el 40% (40) conoce su resultado de la prueba y el 60% (60) no, el cual ha sido entregado por la enfermera de la unidad en un 58% (58) y en un 42% (42) por parte del médico (tabla 4.22)

Tabla 4.15. Recibió información de la importancia de realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	96
No	4	4
Total	100	100

Tabla 4.16. Quien da información acerca del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	47	47
Enfermera	53	53
Total	100	100

Tabla 4.17. Envío a Medicina Preventiva a realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	94
No	6	6
Total	100	100

Tabla 4.18. Información del horario disponible para realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	97
No	3	3
Total	100	100

Tabla 4.19. Información del horario disponible para realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	19	19
Vespertino	62	62
Ambos	19	19
Total	100	100

Tabla 4.20. Trato por parte de Medicina Preventiva

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	83	83
Bueno	16	16
Regular	1	1
Total	100	100

Tabla 4.21. Conoce el resultado del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	40
No	60	60
Total	100	100

Tabla 4.22. Quien da el resultado del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	42	42
Enfermera	58	58
Total	100	100

De las mujeres encuestadas el 100% (100) creen que el mejor lugar para realización del Papanicolaou es el IMSS (tabla 4.23); así mismo a ninguna de

ellas le han negado en dicha institución la realización del mismo (tabla 4.24).

Tabla 4.23. Institución para realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	100	100

Tabla 4.24. Han negado la realización del Papanicolaou

	Frecuencia	Porcentaje
No	100	100
Si	0	0
Total	100	100

11.DISCUSIÓN:

El objetivo de nuestro estudio fue determinar los motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres entre 15 a 64 años de edad en la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.

El cáncer del cuello uterino constituye la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en México. Afecta con mayor frecuencia al grupo de edad entre 25 y 64 años de edad, especialmente en la población más deprimida en lo sociocultural y económicamente, presentando una alta morbi – mortalidad. La identificación de factores relevantes de riesgo y la detección y manejo de las lesiones de preneoplásicas iniciales del cérvix son pilares importantes de la prevención.

Según American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2016) la prueba de Papanicolaou es el método más frecuente de detección del cáncer de cuello uterino en las mujeres que no tienen síntomas de cáncer; sin embargo actualmente, en la República Mexicana la prevalencia en la utilización de PAP en mujeres de 20-50 años de edad ha sido relativamente baja, observando que las principales causas de resistencia a la realización del examen preventivo están ligadas a temas culturales como el miedo al dolor , vergüenza, desconocimiento del procedimiento y a no obtener permiso del compañero para que la mujer realice el examen.

Nuestro estudio demostró, que el 68% cuenta con un nivel de escolaridad básico (secundaria), y con 53% de nivel socioeconómico bajo.

En cuanto a los aspectos cognoscitivos, el 62% saben los requisitos para realización de PAP y el 84% la periodicidad del mismo.

En cuanto a los aspectos culturales y psicológicos, el 91% refiere sentir pena o vergüenza para realizarse el PAP, el 72% refiere angustia, el 45% piensa que causa dolor. También refieren sentir angustia en un 77% ante los posibles resultados del estudio.

En cuanto a los aspectos institucionales; el 96% refiere haber recibido información acerca de la importancia del PAP.

En un estudio realizado por Farfán (17), en forma aleatoria a 105 mujeres de entre 25 a 64 años de edad habitantes de las 15 áreas de responsabilidad de la UMF N.º 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey Nuevo León, se obtuvo como resultados que el 25% de las mujeres encuestadas entre 41 años y 58% de 25 y 29 años nunca se habían realizado la prueba de detección oportuna. Entre los factores encontrados se identificó que 70% de las mujeres sienten vergüenza y 63% dice sentir angustia. Con respecto a si recibieron información sobre la prueba, 43% lo refiere y 42% la recibieron por personal de enfermería.

En un estudio en mujeres de San Luis Potosí México, Vega (19) encontraron que la mayoría de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado de la enfermedad, no obstante, casi la mitad desconoció cuál es exactamente la utilidad de la prueba, periodicidad, requisitos o condiciones para realizarla y la importancia de acudir al control.

Por el contrario, Ybarra (22), con estudiantes universitarios (mujeres y hombres) hallaron que más de la mitad de la muestra estudiada (66.6%) conocía la prueba de la citología convencional y que las mujeres mostraron tener un mayor conocimiento de la misma (82.2% contra 56.6%); sin embargo, menos de la mitad (38.9%) respondió correctamente en qué consiste. Aun así, la muestra reconoció la importancia de hacérsela, en una escala de 1 nada importante a 10 muy importante, se obtuvo 9.54; es un hecho que la educación crea un efecto positivo en el comportamiento de la salud de las mujeres, la cual puede ser

promovida por el personal médico y de enfermería o por medios gráficos como posters, internet y medios de comunicación.

Los resultados de los autores mencionados apoyan los hallazgos de nuestra investigación; ya que, en uno de ellos, Farfán (17), cuyo instrumento de medición fue factores que impiden realizarse la detección oportuna de cáncer, mismo que utilizamos, predominaron los sentimientos de pena o vergüenza, así como angustia como factor determinante para la no realización del Papanicolaou, a pesar de saber la importancia de la realización del mismo.

Otro factor de importancia fue en cuanto aspecto cognoscitivo; Vega (19), en su estudio observa que el aspecto cognoscitivo es factor de gran importancia ya que demuestra que el desconocimiento de la prueba en cuanto a su importancia y periodicidad fue determinante para la no realización de dicho estudio; lo anterior apoyando el resultado de Ybarra (2012), el cual demostró que al existir mayor conocimiento acerca del Papanicolaou es determinante, creando un efecto positivo en el comportamiento de la salud de las mujeres y con ello permitiendo mejor cuidado y atención en la prevención.

En nuestro estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar en área rural, no se encontró como factor determinante la existencia de menor accesibilidad a los servicios de salud, ya que dicha comunidad cuenta con servicio médico en este caso IMSS, lo cual no impide el acceso a los servicios preventivos; resultando que el 96% refiere haber recibido información acerca de la importancia del PAP, la cual fue brindada en un 53% por la enfermera contra el 47% por el médico de la unidad. El 94% refieren envío a medicina preventiva a realización de Papanicolaou, recibiendo información de horarios y disposición para el mismo en un 97%.

Contrario a lo anterior, en un estudio sobre áreas rurales en México, Sosa-Rubí et al (25), encontraron que el 64% de las localidades estudiadas contaban con al menos una unidad de salud disponible, el resto no (36%), por lo cual las mujeres debían desplazarse a otras localidades para tener acceso a los servicios preventivos; situación que no se presenta en la unidad donde realizamos el estudio.

Existe evidencia de que las mujeres que se encuentran a grandes distancias de

los centros de salud, en especial las mujeres que viven en zonas rurales, tienden a participar menos en las pruebas de detección y seguimiento; uno de los motivos es la falta de transporte público que hace difícil el traslado.

Otro punto de importancia fue la interacción con el personal de salud la norma mexicana establece que la consejería es parte importante del proceso de comunicación y análisis entre los prestadores de servicios y las usuarias. Mediante esta consejería se debe proporcionar, entre otros aspectos, información, orientación, asesoría y aclaración de dudas; así como explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica. En su estudio Castro Vásquez et al (2010) encontraron que aquellas mujeres que argumentaron tener sentimientos de temor y angustia ante el diagnóstico del CaCu, estuvieron relacionados con el trato e información otorgada u omitida por los médicos.

En nuestro estudio contrapone a esta situación, ya que el 83% refieren excelente trato por parte del personal de salud de la unidad, y el 100% indica que nunca se ha negado la realización de Papanicolaou; así como el 96% refiere haber recibido información acerca de la importancia del PAP.

11.2 Fortalezas.

Una de las fortalezas de nuestro estudio fue el empleo del instrumento ya ampliamente validado factores que impiden realizarse la detección oportuna de cáncer elaborado por Farfán en el 2004, el cual tiene un alfa de Cronbach de 0.71.

Otras de las fortalezas de nuestro estudio es que se dio seguimiento, ya que por medio del instrumento de medición se informó a la población en estudio acerca de la importancia de la realización de Papanicolaou y con esto se logró la aceptación del mismo, mediante aclaración de dudas y fomentando la prevención.

11.2 Debilidades.

En cuanto a las debilidades de nuestro estudio, es que el muestreo fue de tipo no probabilístico que implica sesgos ya conocidos. Otra debilidad fue por parte de las pacientes, ya que algunos reactivos no los interpretaban adecuadamente por lo que requerían apoyo lo cual podría afectar los resultados del estudio; aunque el instrumento de medición identifica adecuadamente los motivos de la no realización del Papanicolaou, no deja claro que tan influyente sea cada uno de ellos en el momento de tomar la decisión de realizar o no la prueba del Papanicolaou.

11.3 Recomendaciones.

Respecto al estudio:

- Dar continuidad a este tipo de estudios mediante la posterior realización de trabajos los cuales cuenten con mejores instrumentos de medición que evalúen la influencia de cada uno de los motivos por los que no se realizan el Papanicolaou las mujeres de 15 a 64 años de edad.
- Realizar estudios de tipo probabilístico sobre los motivos de la no realización del Papanicolaou en mujeres en edad fértil.

A nivel unidad:

- En este estudio encontramos diversos motivos por los cuales no se realizan el Papanicolaou mujeres entre 16 y 64 años de edad, los cuales predominaron los de tipo sociocultural, de actitud personal y cognoscitivos los cuales sería importante difundir con el personal de salud y con esto sensibilizar sobre la importancia de este tema de salud de las pacientes.
- Realizar acciones en la unidad como educación para la salud y fomento a la medicina preventiva, que contribuyan a la utilización de instrumentos que continúen evaluando motivos por los que no se realizan el Papanicolaou las mujeres en edad fértil.

11.4 Conclusiones.

En nuestro estudio encontramos diversos motivos por los cuales no se realizan Papanicolaou las mujeres entre 16 y 64 años de edad, destacando los aspectos culturales y psicológicos, en un 91% las cuales refieren sentir pena o vergüenza para realizarse dicha prueba, el 72% refiere angustia, el 45% piensa que causa dolor, a pesar que el 93% reconoce la importancia de la realización del mismo; por lo anterior sería importante difundir en el personal de salud acciones que contribuyan al fomento de prevención y educación para la salud y así sensibilizar a la población de lo importante de la realización del Papanicolaou como medida de gran importancia en la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Otros aspectos que predominaron en nuestro estudio fue la angustia a conocer los resultados del Papanicolaou una vez realizada la prueba, por lo que se recomienda que el personal de medicina preventiva, así como el Médico establezca un ambiente de confianza que le permita a la paciente aclarar dudas sobre dicho resultado y disipe la mala información que pueda existir acerca de la prueba y que no permita la realización de la misma.

12.RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

Recursos humanos: En el presente estudio participaron un Médico Familiar con funciones de asesor metodológico, asesor teórico, y un Médico residente de 1ª año del Curso de Especialización de Medicina Familiar encargado de llevar a cabo la investigación con la correspondiente acción de aplicar los cuestionarios.

Recursos materiales

Recurso	Necesidades
Hojas de papel bond.	400
Lápiz.	10
Goma de borrar.	2
Plumas.	10
Folder.	10
Calculadora.	1
Engrapadora.	1
Grapas.	1 paquete 100 grapas
Libreta.	1
Marca textos.	1
Computadora.	1
Cartucho de tinta.	2
Impresora.	1

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvarez C, Aranda E, Canteros Leyes A. Información que poseen mujeres gestantes y puérperas de nuestra región sobre la prueba de Papanicolaou. Rev. de postgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2011;205:16 – 20.
2. Contreras H. Papanicolaou y Citología líquida en Diagnóstico de Cáncer de cérvix. Hospital Civil de Maracay. 2012. Venezuela. Rev. Comunidad y Salud año 2015;13(1);12-22.
3. Organización Panamericana De La Salud. Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C: Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud; 2013.
4. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
5. Zapata FV, Miranda de la Cruz A, Magaña-Olán L, Hernández JMG, Madrigal JDC. Factores Socioculturales Que Interfieren En La Realización Del Papanicolaou En Mujeres Indígenas Mexicanas. ESJ [Internet]. 2018Feb.28 [cited 2021Mar.9];14(6):69. Available from: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/10517>
6. Saldaña-Téllez M, Montero y López Lena M. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. PSIC [Internet]. 1 [citado 9 de marzo de 2021];14(2-3):343-64. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57090>
7. Linaldi F, Hernández L, Apresa T, Hernández DM, Martínez J. Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención. 2010. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. Et al. Detección 48(3): 243-252.
8. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía práctica clínica de cáncer de cuello uterino. 2011. Lima – Perú. Revisado el 03 de febrero del 2015. Disponible en URL: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011.pdf

9. Lucena, LT. Factores que influyen en la realización del examen preventivo de Cáncer Cervicouterino en Porto Velho, Estado de Rondonia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2011; 2(2):45-50.
10. Fletcher SW, Harris RP, González JJ, Degnan D, Lannin DR, Strecher VJ, et al. Increasing mammography utilization: a controlled study. J Natl Cancer Inst. 1993; 85 (2): 112-20.
11. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el Primer Nivel de Atención. GPC: 1-146-08. México. División de Excelencia Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. 2008: 6-7.
12. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. (2006). NOM-014-SSA2-1994
13. Chute DJ, Covell J, Pambuccian SE, Stelow EB, Cytologic-Histologic Correlation Of Screening And Diagnostic Papanicolaou Tests. Diagn Cytopathol. 2006; 34: 503-6.
14. Keynon S, Sweney BJ, Happel J, Marchilli GE, Weinstein B, Schneider D. Comparasion of BD Surepath and Thin Pred pap systems in the processing of mucus rich specimens. Cáncer Cytopathol. 2010; 25(5): 244-9.
15. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2011.
16. World Health Assembly, 48. (1995). The World Health Report 1995 - Bridging the gaps. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178395>
17. Farfán LC, Barrón E, Jiménez ME, Vázquez E, Ayala SS. Factores Socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de Cáncer Cervicouterino. Rev Enferm IMSS. 2004; 12(3): 123-130-124-125, 129-130.
18. Mendoza Z. Programa de Detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. Rev. Salud Colectiva. 2017;13(3):521-535.
19. Vega J, Gutiérrez SO, Terán Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de Detección oportuna de Cáncer Cervico-uterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicio. Invest Educ Enferm. 2009;27(2):201-208.

20. Urrutia MT, Gajardo M. Características del Papanicolaou y de la Atención recibida como factores para adherir (o no) al Tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. *San. Rev Chil Obstet Ginecol* 2018; 83(5): 471 - 477 472.
21. Bosch F, Muñoz N. The viral etiology of cervical cancer. *Virus Research*. 2002;89(2):183-190.
22. Ybarra JL, Pérez BE, Romero D. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 2012;22(2):185-194.
23. Aguilar JA, Leyva AG, Angulo D, Salinas A, Lazcano EC. Cervical cancer screening: knowledge of Pap smear benefits and utilization in Mexico. *Rev. Saúde pública*. 2003; 37(1): 100-6.
24. Rodríguez O, Pichardo R, Escamilla G, Hernández M. Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum*. 2009; 23: 12-17.
25. Sosa-Rubí S, Walker D, Serván E. Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud Pública Mex*. 2009; 51(2):36-245.
26. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A, Villalobos-Hernández AL, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce E, et al. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Pública Mex*. 2013;55(2):241-S248.
27. Park M, Park E, Choi K, Jun J, Lee H, et al. Sociodemographic gradients in breast and cervical cancer screening in Korea: the Korean National Cancer Screening Survey (KNCSS) 2005-2009. *BMC Cancer*. 2011;11(1).
28. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México) 2008. *Estudios sobre Culturas Contemporáneas*. 2010; 16(32):41-61.
29. Greil A, MCQuillan, Benjamins M, Jons DR, Jonshon KM, Heinz C. Specifying the effects of religion on medical helpseeking: the case of infertility. *SOC SCI. MED*. 2010; 7(4): 734-42

14. ANEXOS

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos).</p>	
Nombre del estudio:	Motivos por el que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15-64 años de edad en la UMF N.º 45 Mapimí, Durango.
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar N.º. 45 Mapimí, Durango.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	En este estudio de investigación deseamos conocer los motivos por el cual algunas mujeres no se realizan el Papanicolaou, prueba que detecta si existe riesgo de padecer cáncer en el cuello de la matriz en las mujeres; Le hacemos la invitación por ser mujer en edad óptima para nuestro estudio y deseamos saber si existe algún motivo por el cual no se ha realizado el mencionado estudio.
Procedimientos:	Una vez que esté de acuerdo en participar en este estudio procederemos a aplicarle una encuesta de datos generales y posteriormente un cuestionario el cual investiga los motivos del cual no se realizan el Papanicolaou. Le informamos que se le entregará una copia del consentimiento informado.
Posibles riesgos y molestias:	Invertir 15 minutos aproximadamente de su tiempo en la contestación de la encuesta y el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los motivos del por qué no me he realizado el Papanicolaou.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A partir de marzo del 2020 podrá si así lo desea, contactar al investigador para conocer los resultados de su participación.
Participación o retiro:	En caso de considerarlo, podrá suspender su participación en el estudio sin tener alguna sanción posterior en su atención médica en esta unidad de salud.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos y la información que usted proporcione serán tratados con suma confidencialidad y privacidad.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> Acepto participar en el estudio.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Nombre: Dra. Claudia Lorena Candelas Cardona Matricula: 99058439 Adscripción: UMF N° 45 Mapimí, Dgo Teléfono: 8717272514
Colaboradores:	Nombre: Dra. María del Consuelo Bretado Villalba Matricula: 99103112 Adscripción: UMF N° 43 Gómez Palacio, Dgo Teléfono: 8713092305
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 9028: Calle Nicolás Fernández N.º 122, Col. El Dorado, Gómez Palacio, Dgo. México. CP 35028. Teléfono 8717159570, extensión 136, correo electrónico: cometicainv9028@gmail.com	

<p>_____ Nombre y firma del participante</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 45
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
GOMEZ PALACIO, DGO**

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas encerrando la opción que corresponda a su respuesta.

I. Aspectos socioeconómicos

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_____

II. Aspectos cognoscitivos

9) ¿Sabe que es el Papanicolaou? a) Si_____ b) No_____ c) Lo ignoro_____
10) ¿Para qué se utiliza? _____
11) ¿Sabe que es el DOC? a) Examen del azúcar o diabetes_____
b) Examen para detectar la presión alta_____ c) Examen del cáncer_____
d) Lo ignoro_____
12) Mencione un requisito para realizarse el examen para detectar el cáncer de la matriz.
a) No ir menstruando_____ b) Ducha vaginal_____ c) Aplicación de óvulos vaginales_____
d) Lo ignoro_____
13) Mencione cuándo no se debe realizar el examen del cáncer:
a) En el embarazo____ b) Cuando se han iniciado las relaciones sexuales_____ c) Cuando nunca se han tenido relaciones sexuales_____
d) Lo ignoro_____
14) ¿Cada cuándo se debe realizar la detección oportuna del cáncer cervicouterino?

- a) Cada 6 meses_____ b) Cada año_____ c) Cada 2 años_____
- d) Cada 3 años después de 2 exámenes anuales normales consecutivos_____
- e) Cada 5 años_____ f) Otro_____ g) Lo ignoro_____

15) ¿Conoce la importancia de realizarse la detección oportuna del cáncer cérvico uterino?

- a) Si_____ b) No_____ c) ¿Cuál es? _____

III. Aspectos culturales y psicológicos

16) ¿El acudir al examen de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino siente pena o vergüenza?

- a) Si_____ b) No_____ c) A veces_____

17) ¿Siente angustia cuando acude a realizarse el examen del cáncer?

- a) Si_____ b) No_____ c) A veces_____

18) ¿Cree que el examen de cáncer es doloroso?

- a) Si_____ b) No_____

19) ¿Cree que la realización del examen del cáncer le pueda ocasionar una infección?

- a) Si_____ b) No_____ ¿Por qué? _____

20) ¿Su pareja está de acuerdo en que se realice el examen del cáncer cérvico uterino?

- a) Si_____ b) No_____ c) ¿Por qué? _____

21) Le angustia conocer el resultado del examen del cáncer cérvico uterino?

- a) Si_____ b) No_____

IV. Aspectos institucionales.

22) ¿Ha recibido información sobre la importancia de realizarse oportunamente el examen del cáncer cérvico uterino en la UMF No 45?

- a) Si_____ b) No_____ c) No lo recuerdo_____

23) ¿De quién la ha recibido?

- a) Médico_____ b) Enfermera_____ c) Asistente médica_____
- d) Trabajadora social_____ e) Otros_____ ¿Quién? _____

<p>24) ¿Ha sido enviada por el personal de la clínica a medicina preventiva para que se realice la detección oportuna del cáncer cérvico uterino?</p> <p>a) Si _____ b) No _____ ¿Por quién? _____</p>
<p>25) ¿Se le han informado los horarios en que puede acudir a la realización del examen del cáncer?</p> <p>a) Si _____ b) No _____</p>
<p>26) ¿Cuáles son? a) Por las mañanas _____ b) En las tardes _____</p> <p>c) Ambos _____</p>
<p>27) ¿Cómo ha sido el trato que ha recibido en el servicio de medicina preventiva?</p> <p>a) Excelente _____ b) Bueno _____ c) Regular _____ d) Malo _____</p> <p>¿Por qué? _____</p>
<p>28) ¿Conoce los resultados de sus exámenes del cáncer?</p> <p>a) Si _____ b) No _____ ¿Por qué? _____</p>
<p>29) Cuando le interesa conocer el resultado de su examen del cáncer ¿a quién acude?</p> <p>a) Médico _____ b) Enfermera _____ c) Asistente médica _____</p> <p>d) Trabajadora social _____ e) Otros _____ ¿Quién? _____</p>
<p>30) ¿En cuál institución de salud de salud es mejor la realización del examen del cáncer?</p> <p>a) IMSS _____ b) ISSSTE _____ c) SSA _____ d) SEDENA _____</p> <p>e) Médico particular _____ f) Otro _____</p>
<p>31) Cuando ha acudido a realizarse el examen del cáncer cervicouterino. ¿Se lo han negado?</p> <p>a) Si _____ b) No _____ ¿Por qué? _____</p>

ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 43
Gómez Palacio, Durango

"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata Salazar"

Gómez Palacio, Dgo. 20 de Noviembre del 2019

Dra. Claudia Lorena Candelas Cardona
Investigador responsable
Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS
UMF No. 43

Asunto: Carta de No Inconveniente.

Estimado investigador:

En atención a su solicitud para autorizar la realización del protocolo de investigación "Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15-64 años de edad en la UMF N° 45 Mapimí, Durango", en el cual Usted indica que durante el periodo de Marzo a Junio del 2020 realizará la actividades de: a) aplicación de cuestionarios de Motivos por el que no se realizan el Papanicolaou mujeres de 15 – 64 años de edad; le comento que no existe inconveniente de mi parte para que pueda llevar a cabo dicha investigación en la UMF No. 45, teniendo en cuenta que deberá obtener previo a la realización de dichas actividades el número de registro institucional de su protocolo de investigación.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE:
"Seguridad y Solidaridad Social"



Dr. Ubajdo Escalante Vazquez
Director Médico UMF 45.

