

60
Res.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA
REALIZACION DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU
PARA REORIENTAR LA ATENCION DE ENFERMERIA
EN EDUCACION PARA LA SALUD

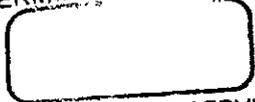
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARIA PATRICIA MELO GALEOTE



DIRECTORA DE TRABAJO: MTRA. SOFIA DEL C. SANCHEZ PINA.

U.N.A.M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.



COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIALES Y OPCIONES
TECNICAS DE TITULACION

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265915



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.

A DIOS:

Agradezco la oportunidad que me dio para luchar y superarme en esta profesión, él mi guía en este camino, una de mis metas he logrado me falta aún más, espero seguir adelante y contar con él como hasta ahora, ya que sin él no hubiese terminado la tesis gracias.

A MIS PADRES:

**ALFONSO MELO PEÑALOZA
ROSA GALEOTE DE MELO**

Agradezco por darme una profesión la cual se necesita su comprensión, no es fácil, espero continuar con ese apoyo para ser cada día mejor y no defraudarlos y por todo lo que me han dado gracias.

A MIS HERMANOS:

Francisco, Jorge, Virginia, Alfonso,
Ma. Elena, Juan Manuel, Natalia y
Eduardo

Con mucho cariño y agradecimiento por ayudarme y brindarme su apoyo, gracias.

A MI MTRA. SOFIA SANCHEZ PIÑA:

Por haberme dado la oportunidad de
terminar una meta más, de apoyarme,
ayudarme y luchar por ser una
profesionista, por sus consejos,
sabiduría y experiencia, gracias.

A MIS PROFESORES:

Con mucho cariño y respeto para ellos
que en mi forjaron para ser lo que soy,
por sus conocimientos y experiencias,
gracias.

A TODOS AQUELLOS:

Que siempre me apoyaron,
desinteresadamente para luchar
por una meta y continuar un camino
que no es fácil, gracias.

A los Médicos y Enfermeras del Hospital
Materno-Infantil de Tláhuac:

Director:
Dr. J. Ramón Sanfeliz Romero

Jefe de Enseñanza:
Dr. Julio C. Amador Campos

Jefe de Enfermería:
Enf. Elvia García Fuentes

Medicina Preventiva:
Dr. Carlos Palomares
Dra. Ma. Lourdes Rosales

Jefe de Enfermería del servicio de Medicina
Preventiva:
Enf. Guadalupe Jiménez y
Enf. Maricela Ochoa

Agradezco de antemano al Hospital por haberme dado la oportunidad de hacer esta investigación para ser desarrollado como opción de titulación para sustentar el examen profesional y obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, a todos aquellos que desinteresadamente me brindaron su apoyo.

GRACIAS

INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
1. Marco Teorico	
Salud-Enfermedad como Proceso Social	
1.1. Introducción.....	3
1.2. Carácter Histórico del Proceso Salud-Enfermedad.....	4
1.3. Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad.....	7
1.4. La Formación Social Mexicana en la Actualidad.....	7
1.5. Atención de la Salud en México.....	11
1.6. Evolución de la atención a la Salud.....	11
1.7. Panorama General de Salud.....	14
1.8. Programas de Salud y Modelo de Atención.....	15
2. Marco Referencial	
Cáncer Cérvicouterino	
2.1. Introducción.....	18
2.2. Historia.....	18
2.3. Situación Epidemiologica en México.....	19

2.4. Factores Sociales que afectan al Cáncer Cérvicouterino.....	24
2.4.1. Edad.....	24
2.4.2. Religión.....	25
2.4.3. Raza.....	25
2.4.4. Factores Socioeconómicos.....	26
2.4.5. Ocupación.....	26
2.4.6. Estado Civil.....	26
2.4.7. Tabaquismo.....	27
2.4.8. Factores Culturales.....	27
2.4.9. Escolaridad.....	28
2.4.10. Tamaño de la Familia.....	28
2.5. Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino.....	28
2.6. Objetivos del Diagnóstico Precoz.....	29
2.7. Importancia de la Detección Oportuna.....	30
2.8. Diagnóstico Precoz del Carcinoma Cervical.....	30
2.9. Métodos utilizados para el Diagnóstico Precoz.....	31
2.9.1. Colposcopia.....	31
2.9.2. Colpomicroscopia.....	32
2.9.3. Citología cervicovaginal.....	32

2.9.4. Biopsia de Cuello.....	33
2.9.5. Norma para la Toma del Papanicolaou.....	34
2.9.6. Técnica de la Obtención de la Muestra.....	35
3. Planteamiento del Problema.....	36
4. Objetivos.....	38
5. Justificación.....	39
6. Definición Operacional de Variables.....	42
7. Clasificación de Variables e Indicadores.....	43
8. Metodología	
8.1. Diseño de Estudio.....	45
8.2. Universo.....	45
8.3. Muestra: Cálculo y Selección.....	45
8.4. Criterios de Inclusión.....	45
8.5. Criterios de Exclusión.....	45
8.6. Instrumentos de Recolección de Datos.....	45
8.7. Plan de Análisis Estadístico.....	46
8.8. Presentación de Resultados.....	46
9. Organización.....	47
10. Presupuesto.....	48

11. Cronograma de actividades.....	49
12. Resultados	
12.1. Descripción y análisis.....	50
12.2. Análisis Cualitativo.....	55
12.3. Discusión.....	57
13. Conclusiones y Sugerencias.....	60
14. Bibliografía.....	65
15. Anexo	
1.5.1. Cuadros y Graficas.....	68
15.2. Instrumento de Recolección	84

INTRODUCCION

El Cáncer es un problema de Salud Pública en el mundo, la trascendencia social, el impacto económico y la vulnerabilidad ha considerado mayor atención al problema del Cáncer Cérvicouterino, se ha dado prioridad a programas de atención, prevención e investigación.

En esta investigación se pretende identificar los factores sociales que influyen de manera importante en la decisión de realizarse el examen del Papanicolaou.

El marco teórico en un primer apartado se refiere al ser humano como un ser holístico no solo biológico, todo lo que le rodea y como influyen los factores sociales, culturales económicos y políticos; en un segundo apartado se habla de la atención que se le da al individuo, de programas y modelos de atención para la salud y como ésta ha ido evolucionando a través del tiempo.

El marco referencial abarca: el Cáncer Cérvicouterino, la historia, epidemiología, factores sociales, detección, objetivos, importancia, métodos utilizados para su diagnóstico y la norma para la toma del Papanicolaou.

La justificación se inicia con la importancia del problema; se describe en términos del trabajo de Enfermería: objetivos, se dan las definiciones operacionales de variables e indicadores.

En la metodología se encuentra el diseño de estudio para la realización de esta investigación; en cuanto a la organización del estudio incluye tiempo para recabar la información que se obtuvo mediante el cuestionario; también se incluye el presupuesto el cual se indica el monto total de la inversión para esta investigación y las actividades que se realizaron se da a conocer en el cronograma.

Se presentan los resultados en donde se hace la redacción, descripción y análisis de la información, por las características del estudio se realizó un análisis de tipo cualitativo el cual se basa en conceptos manejados por Nigenda.

La discusión se centra en los hallazgos detectados en el análisis del estudio, para posteriormente concluir en la importancia de los factores que influyen en la problemática y la participación de Enfermería.

Finalmente, se presenta la bibliografía y el anexo este último incluye cuadros y gráficas de cada uno de los ITEMS y el instrumento de captación de la información mediante un cuestionario.

I. MARCO TEORICO

SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL

1.1. Introducción

“El ser humano no vive aislado sino sociedades específicas dónde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que determinan en buena medida, su salud-enfermedad. La conceptualización del proceso salud-enfermedad debe, por tanto, incluir sus elementos determinantes no solo individual sino también socialmente. Es un proceso biológico-social históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricas fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales las que, a su vez, son factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte.

Una muestra elocuente de la importancia de las condiciones materiales de vida en el desarrollo del proceso salud-enfermedad, se halla en las conclusiones obtenidas por Thomas Mc Keown en Inglaterra, quien a probado que las tasas de mortalidad por algunas enfermedades infecciosas (tuberculosis, cólera, tifoidea, escarlatina, entre otras) tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos específicos en el arsenal terapéutico e incluso de la identificación de los agentes causantes de estas enfermedades. Esto le permitió afirmar que el decremento de la mortalidad era atribuible casi totalmente al mejoramiento del nivel de vida, circunscribiendo las conquistas propiamente médicas a un papel menor.

La relación que existe las deficientes condiciones de vida y las tasas mayores de algunas enfermedades en ciertos grupos de la población; entre las clases de menores recursos están presentes al bajo nivel de ingreso y de escolaridad, la carencia de servicios médico-sanitarios y otras deficiencias. De acuerdo con sus ingresos, hay diferencias entre las clases bajas:

asalariados que cuentan con empleo e ingreso fijo y derecho a servicios médicos; mientras que los campesinos pobres, los desempleados y los subempleados que tienen ingresos inestables, la mayoría de las veces no pueden utilizar los servicios médico-sanitarios. Lo más grave es que las clases bajas tienen que comprar estos servicios a particulares y a precios muy superiores a los que paga la clase alta o media.

La integración entre las ciencias naturales y sociales permite concebir el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico-social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida.

El desarrollo de la tecnología para la salud fue impulsado por el auge del capitalismo industrial después de la segunda guerra mundial y dirigido en función de las necesidades del proceso productivo. Las nuevas condiciones del desarrollo económico exigían el crecimiento de las condiciones del espacio urbano. Conforme avanza el capitalismo, la necesidad de aumentar la productividad mundial orienta la medicina hacia la investigación de la fisiología, de la eficiencia corporal y la rápida recuperación de la fuerza del trabajo; en consecuencia, las acciones médicas adoptan un enfoque predominante individual y se ubica en hospitales, institutos de investigación y laboratorios. Se consolida de este modo una práctica de atención a la salud que destaca el aspecto biológico de los daños a la misma y por tanto, la atención individual.”¹

1.2. El Carácter Histórico del Proceso Salud-Enfermedad

“La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su aparición en los individuos sino por el proceso que se da en la colectividad humana. Es decir la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

¹ OVALLE FERNANDEZ, Ignacio, Situación Actual y Perspectivas al año 2000, P. 40-41.

Otra forma de mostrar el carácter social de la enfermedad y que además permite ahondar en cuales son las determinantes sociales del perfil patológico, es el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico.²

“También el nivel de salud guarda estrecha relación con los factores sociales, culturales, económicos e incluso políticos, los hechos demográficos y de salud aparecen estrechamente ligados entre sí, pero además ambos están contenidos dentro del marco general del desarrollo y en estrecha dependencia de los factores que lo componen.”³

“Desde hace poco más de dos décadas, han cobrado auge corrientes que reconocen la importancia las ciencias sociales para el estudio del fenómeno salud-enfermedad. Esto se ha dado gracias a un replanteamiento de la indisoluble unidad biopsico-social del ser humano. En consecuencia ha sido necesario volver a conceptualizar el fenómeno salud-enfermedad y puntualizar la determinación y el condicionamiento que sobre éste ejercen las relaciones sociales, es decir lo que en círculos médicos se ha llamado ambiente social.

Como elemento del reconocimiento de lo social en el fenómeno salud-enfermedad se plantea la necesidad del trabajo interdisciplinario.

Así, mismo partimos de que la apropiación de la naturaleza por parte del hombre condiciona una situación epidemiológica, obtendremos una noción fundamental que denomina modo histórico de producción es decir; el modo de crear los bienes materiales o la manera en que se obtienen los elementos de subsistencia necesarios para el hombre para producir sus propias condiciones de vida.

Los modos de producción determina las características de una sociedad. Estos no se presentan en forma pura sino que hay siempre uno dominante conviviendo con otros viejos o con alguno nuevo en surgimiento y aquí es dónde se introduce el término “formación social”, el cual comprende a la totalidad de los elementos de la sociedad en su relación dialéctica e histórica.

² LAURELL Asa Cristina, Atención a la Salud en México, P. 2.

³ SONIS, Abraam, Atención a la Salud, P. 263.

Esta categoría expresa la unidad de las esferas económicas, social, política y cultural de la vida de una sociedad en un momento histórico determinado que incluyen diversos modos y relaciones de producción, así como las correspondientes formas jurídicas, políticas, ideológicas y culturales que la distinguen en su conjunto y en su movimiento.

Por esto la orientación hacia la enfermedad y la atención médica cambian de acuerdo al nivel socioeconómico del grupo. Así cada individuo como miembro de un estrato social y como portador de la cultura de dicho grupo, tienen una concepción particular de la salud y de la enfermedad y por ende, del camino para resolver problemas.

La enfermedad es un fenómeno biológico-psíquico pero también social debido a que en ella intervienen factores sociales que a su vez tienen consecuencias para el individuo. Desde que la vida existe en la tierra ha estado asociada con la enfermedad. Las enfermedades y los accidentes reflejan de modo diverso el mundo en que vive el hombre lo que hace con él y en él, por ejemplo: el escorbuto y el raquitismo nos hablan de la dieta, de las condiciones de vida y otras facetas de la sociedad.

La existencia de una enfermedad en una sociedad no es una casualidad tienen una configuración definida por la etiología, la incidencia, el predominio y la mortalidad en relación con la edad, sexo, la clase social, la ocupación, el modo de vida y otros factores conectados de una u otra forma con la estructura, la cultura y la psicología.

En la medida que la enfermedad se inscribe en las condiciones sociales en las que vive, el ser humano es un fenómeno social que debe ser estudiado como tal. Conforme se ha ido desarrollando el concepto social de la medicina, las relaciones entre esta y las ciencias sociales son cada vez más estrechas.

Actualmente resulta difícil diagnosticar la etiología de una enfermedad solo por la variable biológica, sin que se tomen en cuenta otras variables de tipo económico, político, social, psicológico y cultural.

Independientemente del modelo que se parta para explicar el origen de la enfermedad existe un reconocimiento general de la influencia de los factores sociales en la etiología de la enfermedad, ya sea como condicionantes de la misma.

1.3. Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad

Avanzada la segunda parte del siglo se empieza a discutir respecto al carácter social o biológico de la enfermedad.

A finales de los sesenta se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute en esta si es esencialmente biológica, o por el contrario social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del surgimiento o mejor, dicho del resurgimiento actual de esta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cual ésta se articula.

A partir de esos años se vive una etapa de luchas sociales que asumen formas particulares en los diferentes Países, que caracterizan la época. Uno de los riesgos de las luchas populares en esos años es que ponen entredicho, bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras.

Durante la década de los sesenta, en países como Francia e Italia empezó aparecer como condición necesaria de las luchas sociales. Al calor de estas se generalizó una crítica que buscaba formular una comprensión diferente de los problemas, más acorde con los intereses populares y orientaba a la búsqueda de prácticas sociales nuevas.

1.4. La Formación Social Mexicana en la Actualidad

Las características del desarrollo y sus repercusiones en los distintos

órdenes de la clase social de nuestro País, encuentran su explicación en el modelo de desarrollo que se ha seguido a partir fundamentalmente de 1940 en que se inicia el proceso de industrialización. Desde entonces el desarrollo de la economía mexicana capitalista que, al igual del resto de los países latinoamericanos, se caracteriza por dependencia y la marginación.

Esta situación de dependencia ha sido pues impuesta por las economías hegemónicas para mantener y reproducir relaciones de dominación y explotación sobre las economías más débiles, primero mediante las armas (época colonial) y después empleando formas más sutiles de dominación: inversiones, tecnología, injerencia en asuntos de políticos, la hegemonía de organismos internacionales de crédito.

Esto aunado a la marginación socioeconómica, provocada por los modelos de industrialización, agricultura, comercio, finanzas, servicios, etc., elaborados a partir de las necesidades de la economía y no del País mismo, ha provocado que los planes, proyectos y programas impulsados por el gobierno, en busca de mejores condiciones de vida para la población, no sólo no tengan impacto, sino que reproduzcan las causas que los determina. Así los programas de construcción de vivienda, de seguridad social y protección de la salud, de educación, de nutrición y de salario, que esencialmente se han organizado en función de intereses políticos y financieros, no han logrado mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población más necesitada y por el contrario, sí han favorecido a los que por una mejor posición socioeconómica, tienen posibilidades monetarias de acceder a dichos servicios.

En toda formación social, al interior de los diferentes grupos se desarrolla una ideología propia estructurada por valores e intereses que cumplen una función de cohesión.

La forma en que cada individuo percibe en un periodo histórico determinado el sentimiento que tiene acerca de él, dependen de sus intereses, creencias y valores, de la intrincada relación entre su vida interna, su patrón de vida y las condiciones sociales y culturales específicas que encuentran en su entorno.

El motor principal de la medicina, que da origen al cuestionamiento del paradigma biologista, se encuentra en la fidelidad de generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a los Países industrializados, esto es los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos.”⁴

“Al mostrar que la enfermedad efectivamente tiene carácter histórico y social. Para esta se distingue que por un lado la salud que expresa cómo se conceptualiza y define socialmente a determinado fenómeno. Por otra se esconde atrás de la palabra enfermedad un proceso biológico que se da en la población independientemente.”⁵

“Los niveles de la esperanza de vida y su comportamiento diferencial por sexo y edad están en relación con el grado de desarrollo económico y social alcanzado por el País, con las necesidades que este mismo desarrollo origina y con el tipo de organización social predominante.

Si bien la esperanza de vida ha ascendido con rapidez y la mortalidad general ha descendido a un ritmo acelerado, los valores actuales de estos indicadores señalan, con claridad, que la salud de los mexicanos se encuentran aún muy debajo del nivel que el grado de desarrollo económico del País permitiría ofrecer a toda la población.

Los datos nacionales esconden desigualdades entre estados aún mayores entre municipios. La inequitativa distribución del ingreso y la coexistencia de muy altos niveles de vida de una porción reducida de la población y los niveles graves de marginación de la mayoría, explican, por qué porciones importantes de la población tienen tasa de mortalidad general similares a las que el País tenía en 1940.

El proceso salud-enfermedad tiene diferente incidencia entre las distintas clases sociales. A pesar del subregistro de la mortalidad, los municipios y entidades federativas con mayores niveles de marginación muestran peores condiciones de salud.

⁴ BARQUIN CALDERON, Manuel, Op. Cit. P. 39-58.

⁵ SONIS, Abraam, Op. Cit. P. 276.

Las condiciones materiales de vida de la población actualmente marginada mejorarán hasta alcanzar la satisfacción de sus necesidades esenciales y si toda esa población tuviera acceso a servicio de salud, la mortalidad general de la población se verá radicalmente modificada.

Al plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación, lo que nos remite inevitablemente al problema de sus determinaciones.

Dentro de la diversidad de instancias, ámbitos y factores de la respuesta social al proceso salud-enfermedad, destaca el papel jugado por el Estado, como el correspondiente a la entidad que con esa la correlación de fuerzas que existen en el interior de la sociedad. La política del Estado en materia de salud, definida por acciones u omisiones, delimita el alcance del grueso de la respuesta de la sociedad al proceso salud-enfermedad.

En México existe una marcada diferencia en la cobertura de los servicios de salud entre las distintas clases sociales, lo que origina que las acciones de salud no se orientan a las necesidades más urgentes de la población. Aunque en este caso el logro de una salud cabal depende también de la satisfacción de la necesidad de salud, será necesario reorganizar la estructura, el funcionamiento y la distribución entre la población en los servicios correspondientes. Las experiencias existentes, tanto nacionales como internacionales, para establecer metas en la salud son escasas. Una forma de superar las metas en salud elaboradas hasta la fecha en México es tomar en cuenta la experiencia de Países con mejores niveles de salud y de bienestar en general y aplicarla a la estructura demográfica proyectada para el año 2000. Para ello se aplicaron las tasas de mortalidad del País en los que casi toda la población satisface sus necesidades esenciales, a la estructura demográfica nacional proyectada por Conapo.

Las metas así obtenidas serán factibles siempre y cuando se satisfagan en México las necesidades esenciales de la población, lo que equivale a reducir las diferencias entre las clases sociales con relación al proceso salud-enfermedad.⁶

1.5. Atención de la Salud en México

“La atención médica se ha convertido en los últimos años en un tema de creciente interés, no sólo para los sectores tradicionalmente ligados a la asistencia médica y a los programas de salud, sino para nuestra sociedad en general. Las causas que han contribuido a ello son de distinto carácter y su análisis sobrepasa largamente las posibilidades y la dimensión: el derecho a la salud, la expectativa de las poblaciones por participar en el usufructo de las ventajas que la tecnología brinda, los costos crecientes de la asistencia médica, la exigencia al Estado para que posibilite una atención igualitaria de la salud para toda la comunidad nacional, la crisis de la medicina, el convencimiento de la importancia de un enfoque multidisciplinario de la atención de la salud, el fracaso de la concepción tradicional para resolver problemas de salud que representan tanto las complejas sociedades modernas como aquellas de condiciones socioeconómicas desfavorables y la responsabilidad que han sumido líderes del sector para extender la cobertura a la totalidad de la población son algunos de los factores que pueden señalarse como importantes en este proceso.

1.6. Evolución de la Atención de la Salud

Los hechos que fueron sucediendo en el sector, podríamos señalar tres tipos de influencias responsables de su génesis: las que corresponden a los cambios sociopolíticos que se produjeron en cada contexto, aquellas provocadas por las adquisiciones masivamente en el sector y la evolución del pensamiento médico, subproducto del sistema científico imperante pero generador de una subcultura médica que también imprimió características al proceso.

⁶ OVALLE FERNANDEZ, Ignacio, Op. Cit. P. 19-50, 68, 208-210.

Si retrocedemos a mediados del siglo pasado nos encontramos con una atención que se reducía a una simple asistencia a las enfermedades, la cual vista a la luz de los conocimientos actuales, no muestra evidencias de haber sido efectiva para mejorar la historia natural de la mayoría de ellas, sino que recién a partir de las modificaciones que se van imprimiendo al ambiente como se producen los primeros éxitos en el control de las mismas.

Además y tal como lo demuestra la historia de la salud pública la fuerza motora de este saneamiento ambiental está conformada tanto por la acción concertada de las comunidades como por la decisión de los gobiernos. Ello significó la comprensión, por parte de la élites gobernantes, de que su propia salud no era un problema que podía ser solucionado individualmente por quienes tenían medios para hacerlo, como se pensaba desde la antigüedad clásica (griegos y romanos), sino que debía ser encarada para toda la comunidad.

Impulsados por los movimientos sociopolíticos de la época, por los cambios provocados por la revolución francesa por la pérdida de pioneros en la materia (Franck, Chadwinck, Shatuck), los gobiernos y las autoridades comunitarias comienzan a intervenir activamente en la atención de la salud, que adquiere entonces un sentido colectivo. Se observó así como se concretan medidas efectivas para el control de plagas, afirmándose el convencimiento de que realmente el hombre puede dominarlas, hecho importante de señalar porque marca, el punto de partida de la concepción que tiende a depositar una confianza creciente en la tecnología para resolver los problemas de salud; concepción que, si bien caracteriza a toda nuestra cultura, resulta especialmente significativa para nosotros su aplicación en el campo de la salud.

En el último tercio del siglo XIX el descubrimiento en serie de los gérmenes, el estudio de su relación en la génesis de ciertas enfermedades infecciosas y la preparación de las vacunas respectivas, permitió obtener éxitos llamativos en el control de tales afecciones y se vivieron quizá algunos de los momentos más espectaculares y de mayor entusiasmo de la medicina.

A principios del siglo XX y en relación con la atención de la salud, los adelantos tecnológicos dentro del campo de la medicina sólo pueden visualizarse claramente con resultados efectivos en las vacunas para el

control de las enfermedades transmisibles y en la importancia asignada a la esterilización, la asepsia y la anestesia. En efecto, en lo propiamente se llamaba medicina, es decir en lo referente a la patología, la situación en cuanto a conocimientos, diagnósticos y sobre todo tratamiento, no registró cambios de fondo no influyó en el nivel de salud de la población. Respecto de la atención médica individual, basada fundamentalmente en la descripción de la nosología y en la capacidad de observación y la experiencia de los grandes clínicos sus posibilidades no iban mucho más allá del cuidado del paciente, la aplicación del sentido común y la eliminación de algunas de las supersticiones de los siglos anteriores. La posibilidad de intervenir con medios y medicamentos realmente efectivos solo alcanzaba ciertas patologías y a una poca droga, por la cual, para decirlo con palabras actuales, se trataban más de cuidado que de curación, concepto sobre el cual se insiste nuevamente en la actualidad, en relación con las enfermedades crónicas.”⁷

“Durante más de mil años, la mayoría de los hombres y mujeres que practicaron la enfermería estuvieron motivadas por su fe religiosa. Durante los siglos que siguieron, se desarrollaron tres movimientos o fuerzas que estimularon el interés por la enfermería al servicio de la comunidad, de manera lenta y desigual, a través de la Europa Occidental y fueron llevados al Nuevo Mundo.

El primero fue un sentido de humanidad, una profunda toma de conciencia acerca de los problemas sociales que afectan la vida de muchas personas, como son la pobreza, las viviendas inadecuadas, los daños producidos por la revolución industrial, el trabajo de menores, las condiciones deplorables de las cárceles y la falta de oportunidades para la educación. El segundo fue el progreso de la ciencia médica cuya evolución ha ido de la curación de los males a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El tercero fue el desarrollo de la enfermería como una profesión y una disciplina.

Las enfermeras han tenido un papel importante en proporcionar los servicios de salud necesarios a la gente, papel que ha cambiado constantemente por las necesidades variables de las sociedades, han ganado

⁷ SONIS, Abraham, Op. Cit. P. 260.

aceptación pública como como conectoras de los problemas de salud. Asimismo, son más accesibles que muchos otros profesionales, para quienes desean ayuda y consejo sobre problemas de salud.

La enseñanza en temas de salud se ha considerado durante mucho tiempo una responsabilidad importante de la enfermera.”⁸

“Pero las características que nos presenta esta atención médica, centrada sobre la enfermedad subespecializada, que busca “las causas” de cada afección, que frente a cada paciente no descansa hasta que consigue rotarlo con un diagnóstico encuadrado en una nosología visiblemente superada por los siglos, que cree que su único camino de progreso depende de la aplicación de toda la tecnología de que se puede disponer y que ésta obligada a hacerlo porque la ética de su profesión lo exige, sin imponerle límites de ninguna clase, exigen ubicarla dentro del ámbito donde se ejerce, para poder completar el panorama de esta evolución en la atención de la salud. En este enfoque el pensamiento que predomina en el campo médico, la tecnología que gobierna y dirige casi sin restricciones la práctica de la medicina, y los factores sociopolíticos y económicos responsables de la organización de las prestaciones, aparecen tan potenciados e interrelacionados que obligan a una visión de conjunto.”⁹

1.7. Panorama General de Salud

“Para alcanzar el propósito básico del Programa Nacional de Salud, de mejorar el nivel de salud de la población, se debe realizar una serie de actividades médico-sanitarias basadas en un adecuado conocimiento de los indicadores demográficos, los daños a la salud, los recursos y servicios para la salud existentes, las condiciones biológicas y sociales de la población.

En el campo de la salud se identifican diversos componentes, unos medibles a través de indicadores positivos y otros a través de indicadores de tipo negativo, como son las estadísticas de mortalidad o morbilidad que, a pesar de ser los más utilizados con fines de planeación o programáticos por

⁸ DUGAS, B.W., Tradado de Enfermería Practica, P. 7, 8, 52.

⁹ SONIS, Abraam, Op. Cit. P. 261-263.

la facilidad de su obtención y la larga tradición de su empleo, en realidad sólo reflejan los daños que sufre la población en materia de salud y no el nivel de salud o la calidad de la vida de los individuos o de la sociedad en su conjunto.”¹⁰

1.8. Programas de Salud y Modelos de Atención

“Los problemas de salud de México se atienden con base en un modelo muy semejante en todas las instituciones del sector salud. Los enfermos acuden a consultorios a clínicas, un médico general o un especialista en medicina familiar los examina y extiende una receta o plantea una intervención quirúrgica; si el problema rebasa su competencia, sugiere casi siempre un hospital donde intervienen médicos especialistas.

El modelo de atención para la salud propuesto para México es organizar en un sistema único que cumpla los requisitos de cobertura real para la totalidad de la población: accesibilidad, suficiencia, aceptabilidad, disponibilidad y continuidad. El sistema se normará centralmente con lineamientos generales de política y tendrá dos niveles descentralizados con capacidad de decisión propia: el regional y el local. En estos niveles se establecerán planes y programas específicos y dada su cercanía al plano operativo y a la población, tendrán la posibilidad de conocer sus necesidades en salud y consecuentemente orientar hacia éstas sus acciones.”¹¹

“El enfoque del modelo de atención es fundamentalmente curativo con aportación importante de especialistas. Actualmente se ha incluido todas las acciones previstas por la atención primaria de la salud; es decir: la provisión de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación familiar, las vacunas del programa ampliado de inmunizaciones, la prevención y lucha contra la enfermedades endémicas locales, el tratamiento de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.”¹²

¹⁰ SOBERON, G. KUMATE, J, La Salud en México, Testimonios Problemas y Programas de Salud, P. 23.

¹¹ OVALLE FERNANDEZ, Ignacio, Op. Cit. P. 210-211.

¹² SOBERON, G. KUMATE, J., Op. Cit. P. 13-14.

“La población que no tiene acceso a servicios médicos institucionales o privados, recibe atención por acciones del sector salud; entre las principales se cuentan las siguientes:

- 1) Programas nacionales para el control del paludismo, el dengue, lepra, enfermedades diarreicas, infecciones agudas de las vías respiratorias y el SIDA.
- 2) Campañas nacionales de vacunación (PAI y antirrábica).
- 3) La detección oportuna del cáncer Cérvicouterino, diabetes, hipertensión y tuberculosis pulmonar.
- 4) Programas de alimentación complementaria y orientación nutricional.
- 5) Campañas de educación para la salud y movilización social de la comunidad, etc.”¹³

“Un objetivo principal en el Sector Salud es el de modernizar el ejercicio de la epidemiología en México y consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de la emisión de las normas necesarias. Para esto es indispensable reforzar la infraestructura de cómputo, ampliar, mejorar el análisis y fortalecer los sistemas de información en salud.

En los últimos años se ha extendido y reforzado el ámbito de acción de vigilancia epidemiológica a través de la implantación del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, de la realización de diversos proyectos de investigación y de los avances logrados a través del programa de residencia en epidemiología aplicada.

Las reducciones más acentuadas corresponden a enfermedades infecciosas, los aumentos se observan en las enfermedades crónico-degenerativas, en los accidentes y el SIDA aunque esta es una enfermedad transmisible ha causado impacto en la sociedad, por elevado número de casos. De hecho, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes por vehículos de motor y la diabetes tienden a reemplazar a las enfermedades transmisibles por lo que toca a su contribución proporcional a la mortalidad.

Los accidentes, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos han ganado importancia, al mismo tiempo que las enfermedades

¹³ OVALLE FERNANDEZ, Ignacio, Op. Cit. P. 50-54.

diarreicas y las neumonías han disminuido.

Pueden participar factores de tipo ambiental, social o económico, a más de los biológicos, conviene tenerlas presentes en las circunstancias actuales de crisis económica para valorar adecuadamente la contribución de los distintos factores al proceso salud-enfermedad.

La situación actual de los Países subdesarrollados es distinta de la que se presentó hace años en los Países desarrollados; en los primeros, son todavía frecuentes las enfermedades transmisibles que podrán controlarse con medidas de saneamiento ambiental o través de acciones médicas de cierta eficacia.

En México, aunque las enfermedades infecciosas han declinado, siguen siendo fuertes productoras de incapacidad, secuelas y muerte, las cuales continúan siendo muy frecuentes en la población de bajo nivel socioeconómico.

En cuanto a las enfermedades degenerativas y los accidentes, la escasez de datos impide conocer las tendencias de estas enfermedades. Es un hecho real, en México, el incremento de la frecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y otros problemas derivados de la modernización aunque no se conozca su distribución en la población, por ejemplo en la urbana y la rural, en los estratos socioeconómicos, etc. Lo que sí es evidente es que indistintamente de su origen, estas enfermedades de la vida moderna compiten, y lo harán cada vez más, por acaparar los escasos recursos tan necesarios para atacar otros problemas de salud.

A pesar del nivel socioeconómico, México no parece un País a punto de ingresar al grupo de los desarrollados, aún aceptando la discutible calidad de la información disponible, ya es posible afirmar que ciertas enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes se han convertido en las principales causas de muerte.¹⁴

¹⁴ SOBERON, G. KUMATE, J., Op. Cit. P. 40-49.

2. MARCO REFERENCIAL

CANCER CERVICOUTERINO

2.1. Introducción

“A principios de siglo la epidemiología del cáncer se basó principalmente en estadísticas de mortalidad, lo cual, al incrementarse las defunciones por cáncer, propició en Países como Inglaterra y Alemania la necesidad de crear sistemas estadísticos que permitieran conocer con mayor exactitud el problema del cáncer.

En la actualidad el cáncer ha alcanzado frecuencias tan elevadas que, sumadas al impacto económico, a la transcendencia social y a la vulnerabilidad de algunos tumores malignos, han hecho del Cáncer un problema importante de salud pública en el mundo. Las autoridades de muchos Países han considerado con especial atención el problema del cáncer y le han dado prioridad en los programas de atención médica, investigación, prevención y epidemiología.”¹⁵

“Durante los últimos 50 años, en México han ido disminuyendo las enfermedades infecciosas las cuales provocaban las principales causas de muerte; la esperanza de vida ha mantenido un incremento constante, lo que ocasiona la mayor mortalidad en la población adulta.”¹⁶

2.2. Historia

“La epidemiología del cáncer no constituye una adquisición reciente, puesto que existen en la historia abundantes observaciones que han contribuido a construir una estructura básica de conocimientos.

Weinberg demostró en Stuttgart en 1912 una asociación entre cáncer cérvicouterino y clase social baja. Características similares se han

¹⁵ CORTINAS DE NAVA, Cristina, Cáncer y Ambiente, Bases Epidemiológicas para su Investigación y Control, P. 2.

¹⁶ SECRETARIA DE SALUD, Prevención de los Cánceres cervicouterino y Mamario, P. 3.

encontrado para tumores malignos de cavidad bucal, esófago y estómago. Otras localizaciones, tales como cáncer de mama, del cuerpo uterino, aparecen en cambio, asociadas con las clases sociales más acomodadas.

Domenico Antonio Rigoni-Stern (1842), de la Universidad de Padua, cuyos estudios en Verona en población general constituyen las bases en demografía, estadística y epidemiología. Al estudiar una población homogénea bien definida de monjas católicas, encontró un exceso de mortalidad por cáncer del útero entre mujeres casadas, en contraste con la ausencia de esta localización en monjas. También por primera vez en la historia se comparan grupos de edad.”¹⁷

“Dentro de la gran variedad de tumores malignos que se presentan en México destacan como problemas de Salud Pública los Cánceres de la mujer, específicamente el Cérvicouterino y el mamario. Estos dos constituyen afecciones de elevada frecuencia y alta mortalidad, se han ligado a factores ambientales, conductas y características del estilo de vida de las mujeres.

La campaña de lucha contra el Cáncer se inició en la antigua SSA en 1940, enfocada a la prevención del Cáncer Cervicouterino y dependiendo, en gran parte, de la aplicación del método citológico de Papanicolaou.”¹⁸

2.3. Situación Epidemiológica en México

“El Cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue representando un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud. Ciertos aspectos asociados al proceso de desarrollo socioeconómico contribuyen a las cifras ascendentes de mortalidad por Cáncer observadas en muchos Países latinoamericanos; la industrialización, urbanización acelerada; el aumento de la esperanza de vida, de la edad promedio de los habitantes, el mejor control de las enfermedades transmisibles, y la popularidad de hábitos nocivos, como el tabaquismo. Por otra parte la incidencia del cáncer muestra un aumento verdadero, ajeno a los

¹⁷ ARMIJO ROJAS, Rolando, Epidemiología del Cáncer, P. 57, 127.

¹⁸ SOBERON, G. KUMATE, J., Op. Cit. P. 168.

cambios del perfil de la población.”¹⁹

“En México, al igual que en otros países, la urbanización y los cambios en el estilo de vida de los últimos años han provocado transformaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad: así, mientras la frecuencia de las enfermedades infecciosas se ha reducido, las de los padecimientos cardiovasculares, los accidentes y el cáncer han aumentado. La información obtenida indica que el número de neoplasias malignas se está incrementando significativamente. En 1922 la tasa de mortalidad general por estos padecimientos se calculó en 14.2 por cada 100 000 habitantes; para 1992 había aumentado a 50.4 (SSA. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, 1992).

En los últimos 40 años la cifra absoluta de muertes ocasionadas por tumores, así como su peso relativo dentro de la mortalidad general, han aumentado. La mortalidad debida a todo tipo de tumores o neoplasias malignas presenta desde 1922 una tendencia ascendente, lo mismo sucede con otros padecimientos crónico-degenerativos. Este comportamiento difiere de la mayoría de las enfermedades infecciosas, cuya frecuencia ha ido franco descenso. Todo lo anterior señala un cambio que atraviesa el País en su patrón epidemiológico. La tasa de mortalidad por tumores apta en 1992 rebasa el triple de la que se registraba en 1922 y su peso relativo muestra mayores incrementos durante las últimas dos décadas (Cuadro 1).

Entre 1980 y 1992 se observó un incremento de la mortalidad por tumores, cuya tasa pasó de 41.8 a 50.4 por cada 100 000 habitantes; sin embargo, mientras el patrón de mortalidad aumentó menos de 20% la incidencia de dichos padecimientos en el total de muertes ascendió de 6.5% a 10.7%. Las cifras anteriores ilustran la disminución del total de muertes y gradual incremento en el número de defunciones por Cáncer. Esta situación tiende a perpetuarse debido al envejecimiento de la población y a la desaparición de las infecciones como principales causas de muerte (SSA, s. F. Cuadro 2).

¹⁹ BOLETÍN OFICIAL DE LA O.S.P., La Lucha contra el Cáncer, P. 535-536.

CUADRO 1

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR TUMORES , 1922-1992

Año	Volumen	Tasa (1)	Peso relativo (2)
1922*	2058	14.2	0.6
1930*	2413	14.6	0.5
1940	5440	27.7	1.2
1950	8655	32.4	2
1960	13481	38.6	3.3
1970	19349	40.1	4
1980	28106	41.8	6.5
1990	42603	51.1	10.1
1991	41985	49.1	10.6
1992	43692	50.4	10.7

(1) Por cada 100 000 habitantes.

(2) Con respecto al total de defunciones.

(*) Para 1922 y 1930 solo incluye malignos.

Fuente: INEGI/SSA.

Considerando todos los grupos etáreos, los tumores de traquea, bronquios y pulmón constituyen la primera causa de muerte en el País. El carcinoma Cérvicouterino continúa ocupando el tercer lugar en la clasificación general y el primero entre los grupos de 25 a 64 años.

En cuanto al comportamiento del Cáncer Cérvicouterino por grupos de edad, el número de casos notificados empieza a incrementarse a partir de los 20 años, alcanza su piso máximo alrededor de los 40 y disminuye después de los 60. Esta tendencia se observa tanto en los datos de 1985 como en los de 1989.

Si se considera la incidencia del Cáncer Cérvicouterino por entidad federativa, durante 1992 la mayor cifra correspondió al estado de Morelos y después el Distrito Federal.

CUADRO 2

DEFUNCIONES GENERALES Y DISTRIBUCION PORCENTUAL POR TUMORES, 1980-1992

Año	total def.	tasa (1)	tumores Def.	Peso rel. (2)
1980	434379	646.8	28106	6.5
1981	424269	616.2	29714	7
1982	412345	584.5	31295	7.6
1983	423403	572.3	32416	7.8
1984	410550	555.3	33459	8.1
1985	414003	547.5	36229	8.8
1986	400079	517.6	37327	9.3
1987	406102	514.4	38746	9.5
1988	412987	512.5	40826	9.9
1989	423304	515.1	42017	9.9
1990	422803	503.7	42603	10.1
1991	411131	481.6	43439	10.6
1992	409814	427.3	43692	10.7

(1) Por cada 100 000 habitantes

(2) Con respecto al total de defunciones.

Fuente: INEGI/SSA.

La magnitud del Cáncer Cérvicouterino en 1995, ocupa 3er. lugar entre las neoplasias malignas que causan defunciones en la población general; 1er. lugar como causa de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres; 1 er. lugar como causa de morbilidad por neoplasias malignas y el 21.5% de todas las neoplasias malignas diagnosticadas.”²⁰

“El Cáncer Cérvicouterino sigue ocupando en México el primer lugar como causa de mortalidad y constituye un problema de salud Pública. Su frecuencia ascendente revela la necesidad de ampliar la cobertura de los programas nacionales de Prevención y Detección Oportuna.

²⁰ OLAIZ, Gustavo, PARES, Patricia, Cáncer, Un encuentro con el futuro Epidemiológico, P. 15-25.

Se ha demostrado los beneficios de la aplicación del estudio citológico de Papanicolaou, que es un método de elección para la prevención y detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino; dentro de sus ventajas se incluyen: ser un método sencillo, inocuo, económico, eficaz y aplicable a grandes volúmenes de población.

Los factores de riesgo para el Cáncer del cuello uterino es el subdesarrollo y la pobreza, las cuales predominan en amplios sectores de nuestro País, la educación limitada y patrones culturales exponen a la mujer a estos factores de riesgo que explican la alta mortalidad.

El Cáncer Cérvicouterino es una enfermedad progresiva que se inicia con lesiones denominadas displasias que responden al tratamiento médico de primer nivel de atención en 85% de los casos. Al cáncer inicial in situ le toma de 10 a 20 años convertirse en cáncer invasor. El objetivo del programa de detección oportuna es descubrir en sus etapas iniciales las displasias ya que la única forma de reducir la morbimortalidad del padecimiento.”²¹

²¹ CISNEROS DE CARDENAS MT, Mortalidad por Cáncer de la Mujer Mexicana, P. 301-305.

2.4. Factores Sociales que influyen en el Cáncer Cérvicouterino

“Los cambios en la estructura social, en el desarrollo económico y en la evolución de los Países se reflejan en el estado de salud de los habitantes.”²²

“El nivel de salud de una población expresa los resultados de la acción de los diversos factores que tienen influencia en su mantenimiento y en la producción de la enfermedad, de los defectos físicos y de los traumatismos, en la duración de la vida, en la fertilidad y el bienestar físico y mental de la población.”²³

“En la etiología del Cáncer Cérvicouterino intervienen múltiples factores: son predisponentes el nivel socioeconómico bajo y el incremento de la edad; el temprano inicio de la vida sexual, la presencia anterior de dos o más parejas sexuales, la edad temprana en el primer embarazo, tres o más partos precedentes, el tabaquismo, higiene deficiente, infecciones, etc. Dentro de los factores sociales encontramos la edad, religión, raza, factores socioeconómicos, ocupación, estado civil, tabaquismo, escolaridad, etc.”²⁴

2.4.1. Edad

“Es un determinante más importante en los índices de mortalidad y morbilidad de casi todas las afecciones.

En las afecciones crónicas tienden aumentar con la edad mientras que la relación de edad con enfermedades infecciosas agudas es menos consistente.

La edad de mayor incidencia del cáncer de cuello oscila entre los 40 y los 60 años aunque por término medio predomina entre los 45 y 55 años.

²² BARQUIN CALDERON, Manuel. Op. Cit. P. 413.

²³ HERNAN, San Martin, Salud y Enfermedad, P. 46.

²⁴ EPIDEMIOLOGIA SSA, Compendio Registro Histopatológico de Neoplasias en México. P. 131-132.

2.4.2. Religión

Varias comparaciones internacionales han creído demostrar diferencias según religión. Las mujeres judías y musulmanas exhiben un riesgo menor de cáncer del cérvix, situación que fue atribuida a la circuncisión del esposo. Con respecto a judías se sabe que son esposas más fieles que en otros grupos humanos y además, por razones religiosas, se observa la abstinencia sexual durante parte del ciclo menstrual. De un modo más general, estos grupos evitan las relaciones pre y extra-maritales. En cuanto a musulmanas, ha sido difícil examinar grupos de mujeres. Cuando se ha realizado, por ejemplo en India, la prevalencia encontrada ha sido mucho más alta que la supuesta, hasta de un caso de cada 50 examinadas (Wahi, 1969).²⁵

2.4.3. Raza

“El cáncer Cérvicouterino es más frecuente en mujeres negras que en blancas. Pero podría ser un problema de nivel socioeconómico, de promiscuidad sexual y de cuidados higiénicos, más que propiamente de raza. También se ha visto mayor incidencia de este carcinoma entre las mujeres estadounidenses de raza caucásiana que entre las indias de Nuevo México.

2.4.4. Factores socioeconómicos

El Cáncer es más frecuente en mujeres de baja condición económica, lo que estaría en relación con las condiciones de vida y con los hábitos higiénicos y coitales. También es probable que este relacionado con las condiciones de sexualidad de estos grupos de población, donde las relaciones sexuales son más precoces, la promiscuidad es mayor y el número de embarazos más elevados; se relaciona también con la deficiente asistencia obstétrica en estas mujeres y la falta de tratamiento adecuado de las laceraciones cervicales.

La pobreza afecta a la utilización de los servicios de asistencia médica por una variedad de razones. Además de disponer de menos recursos naturales y restringido acceso a la asistencia médica, el pobre tiende a no utilizar los servicios preventivos disponibles. La motivación para buscar tal

²⁵ ARMIJO ROJAS, Rolando, Op. Cit. P. 132.

cuidado supone un interés por la salud y por los futuros problemas sanitarios. Encuestas sobre necesidades percibidas entre los pobres urbanos, muestran que probablemente tales como el empleo y vivienda son tan abrumadores que las necesidades sanitarias tienden a tener una prioridad relativamente baja.

La relación entre posición económica y cuidado sanitario puede ser identificada claramente.

2.4.5. Ocupación

Como las personas pasan una parte considerablemente de sus vidas trabajando en condiciones muy diferentes, no es sorprendente que las experiencias relacionadas con la ocupación puedan ejercer un profundo efecto en la salud y contribuyan a grandes diferencias en mortalidad.

2.4.6. Estado Civil

Se ha observado repetidamente en los últimos siglos que el estado civil se asocia con el nivel de mortalidad en ambos sexos. Los índices de mortalidad por enfermedades más específicas y por todas las causas combinadas, han variado de mínimos a máximos en el siguiente orden: casados, solteros, viudos y divorciados. Aunque la mejor salud de los casados puede atribuirse en parte al apoyo psicológico y físico proporcionado por el cónyuge, el registro sanitario más favorable puede que no se deba enteramente a los efectos de estar casados.

En la mujer el estado civil también puede relacionarse con la salud por diferencias en la exposición sexual, embarazo, parto y lactancia. Estos factores etiológicos difieren en importancia relativa entre las diferentes enfermedades.

En el cáncer Cérvicouterino, es más común en las mujeres casadas que en solteras, la experiencia sexual temprana y múltiples compañeros parecen factores decisivos.²⁶

²⁶ MATEU ARAGONES José M., Op. Cit. 55-58.

2.4.7. Tabaquismo

“El tabaquismo ha sido identificado como la causa prevenible más importante de enfermedad y muerte en la sociedad moderna y se encuentra involucrado como agente etiologico en muy diversas patologías, entre estas el Cáncer.

Se considera que el tabaco es una de los agentes más nocivos para la salud del ser humano, señalándose que un individuo fumador de 35 años tiene 33% de riesgo de morir por causas asociadas al tabaco.”²⁷ “Este se asocia a lesiones precursoras “displasias” y al cáncer, la nicotina se ha encontrado en secreciones vaginales de las fumadoras lo que indica también la presencia de hidrocarburos carcinógenos.”²⁸

2.4.8. Factores Culturales

“Esta denominación se aplica a un conjunto de personas, que tienen en común una o varias características como lugar de nacimiento, raza, religión, hábitos dietéticos, etc; esas características se han asociado en la frecuencia de ciertas enfermedades. Esas variaciones pueden ser reales, a consecuencia de estructuras genéticas distintas, a diversos modos de vida a conductas, ocupaciones, etc; pero pueden ser apenas aparente debido a divergencias en métodos de diagnóstico y en accesibilidad o utilización de servicios médicos.

En algunas oportunidades se encuentran esos factores mezclados con étnicos y culturales, como sucede con la frecuencia de algunos cánceres. La religión contribuye a formar grupos homogéneos; tal como sucede con los judíos, cuyo integrantes tienen ciertas características comunes por ejemplo: circuncisión, hábitos dietéticos, preferencias por ciertas ocupaciones, etc.

²⁷ ALCANTARA RODRIGUEZ, Virginia, Factores de Riesgo para el Cáncer, P. 6.

²⁸ SECRETARIA DE SALUD, Op. Cit. P. 11.

2.4.9. Escolaridad

El nivel educativo y la inteligencia individual tienen relación con el conocimiento de los peligros específicos de la enfermedad y con la manera en que pueden ser evitados. El temperamento individual determina, en gran parte la decisión de ignorar la información disponible o de actuar de acuerdo a ella.

2.4.10. Tamaño de la Familia

El tamaño de la familia se asocia con clase social, siendo más comunes las familias numerosas entre los pobres. En estas familias, especialmente si son pobres, los hijos pueden estar en desventaja, porque muchas personas han de compartir los limitados recursos de la familia. La actual tendencia hacia una reducción del índice de natalidad y familias menos numerosas tienen importantes consecuencias para los cambios en el estilo de vida, y por consiguiente, los cambios en la salud.”²⁹

2.5. Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino

“La lucha contra este grupo de padecimientos se ha beneficiado con el desarrollo de diversos procedimientos de detección, de buen éxito sobre todo en el caso del Cáncer Cérvicouterino.”³⁰

“En las neoplasias malignas, el Cáncer Cérvicouterino, representa la primera causa de muerte en la población femenina. Esta tendencia se ha mantenido desde hace varios años afectándose en mayor proporción la población femenina de 40 a 60 años; para reducir la mortalidad por esta neoplasia se ha demostrado la efectividad del diagnóstico temprano con la prueba de detección Papanicolaou. Desarrollada en 1930 introducida ampliamente en 1940, es aplicada como prueba de tamizaje en México, esta prueba se realiza de forma rutinaria en las unidades de salud incorporadas al Programa de Detección y Control de cáncer Cérvicouterino (DOCACU).

²⁹ MAUSNER, Judith, Epidemiología, P. 52, 93.

³⁰ BARQUIN CALDERON, Manuel, Op. Cit. P. 422.

La introducción por Papanicolaou del estudio del exudado cervicovaginal (citología exfoliativa) para determinar la presencia de formas citológicas anormales, abrió una nueva era del desarrollo de los estudios de detección que recibió desde un principio general aceptación y reconocimiento a su eficacia, permitiendo asegurar que mientras más pronto se establece un diagnóstico mayor es la tasa de supervivencia. Este procedimiento es verdaderamente sencillo e inocuo. Los programas de detección temprana debe asegurar hasta donde sea posible, la aceptación del examen, para lo cual es necesario informar de la importancia del Cáncer del cuello uterino y las bondades de la citología cervical, a fin de lograr su aceptación por todos los sectores, subrayando la necesidad de atender esta prueba con regularidad y no sólo por una ocasión o esporádicamente.

Se ha comprobado que la incidencia del Cáncer del cuello uterino aumenta con la edad es más frecuente en la mujer con vida sexual activa y cuyo inicio se realizó a temprana edad, multiparas, promiscuas y de clase social baja, así como otras diferencias relacionadas con factores culturales y geográficas.

Lo anterior debe completarse con un examen ginecológico, que incluya inspección, palpación bimanual, abdominal y rectovaginal. La idea sobre la que se sustenta tanto la detección como el tratamiento precoz de la enfermedad es sumamente sencilla, no obstante lo cual el lograr resultados satisfactorios es en ocasiones relativamente difícil; porque la mujer no asiste con regularidad a realizarse exámenes que se pueda detectar a tiempo el cáncer y esta asiste cuando los síntomas son visibles en su salud, cuando la enfermedad esta muy avanzada ya no se puede hacer nada.

2.6. Objetivo del diagnóstico precoz

El objetivo a cubrir es el descubrimiento de las lesiones más precoces es decir, de las alteraciones puramente intraepiteliales que presentan ya anomalías arquitecturales y alteraciones celulares propias de los carcinomas.

2.7. Importancia de la detección oportuna

La importancia social del problema del cáncer radica en el hecho de ocupar hoy en día el primer lugar como causa de muerte en la mujer. Ello depende fundamentalmente de la circunstancias que la mayoría de pacientes llegan a consulta habiendo traspasado ya los límites de operabilidad. De ahí la trascendencia del diagnóstico precoz, puesto que todas las estadísticas están de acuerdo en que el porcentaje de curaciones absolutas, que es de 100 por 100 en la fase preinvasora, disminuye del 70 u 80 por 100 en los casos de grado II a un máximo de 25 por 100 en el grado III.

2.8. Diagnóstico precoz del carcinoma cervical

El perfeccionamiento de las técnicas para alcanzar la ansiada meta de un diagnóstico realmente precoz, que pueda llevarnos al descubrimiento de las lesiones preclínicas, comienza con la introducción por Hinselman (1924) de la coldoscopia, método exploratorio que permite estudiar “en vivo” las modificaciones del cuello uterino. Directamente relacionado con el examen histológico debe considerarse el estudio de la citología vaginal, técnica introducida por Papanicolaou y Traut que permite el examen de las células descamadas del cuello uterino. La citología vaginal constituye una exploración extraordinariamente sencilla que ha permitido su empleo en grandes masas de población. Por ello significa, sin lugar a dudas el mejor método de “screening” o rastreo del carcinoma inicial o de aquellas lesiones que, en el sentir de la mayoría, son consideradas como precursoras del mismo.

El valor de estas técnicas de diagnóstico precoz que se acaba de mencionar es preciso señalar que el diagnóstico de seguridad no puede realizarse más que con una biopsia. No cabe duda que la citología vaginal y la coldoscopia son los mejores medios para iniciar el rastreo del carcinoma y para controlar la evolución de las lesiones, pero esto no significa en modo alguno que haya que prescindir del estudio histológico o renunciar a la búsqueda de nuevos caminos.

La trascendencia de esta evolución de conocimientos radica en el hecho que los programas organizados para la detección y diagnóstico de las lesiones premalignas y del carcinoma incipiente constituyen la mejor prevención posible tanto para cada mujer en particular como para la colectividad en general.

2.9. Métodos Utilizados para el Diagnóstico Precoz

El afán de mejorar los resultados obtenidos en el diagnóstico precoz del carcinoma de cuello uterino ha llevado a la introducción de muy diversas técnicas. Sin embargo aparte de que el diagnóstico definitivo viene dado solamente por la biopsia, dos métodos se han impuesto en los últimos años: la colposcopia y la citología exfoliativa.

2.9.1. Colposcopia

Desde 1924 Hinselmann insiste que es un elemento indispensable de la exploración ginecológica por su gran interés en las lesiones del cuello. La finalidad primitiva fue el diagnóstico precoz del cáncer de cuello gracias a la visualización de imágenes patológicas que escapan a la visión simple. En los primeros años sus trabajos estaban bajo la influencia del descubrimiento de las leucoplasias, diagnósticos que hasta la introducción del colposcopio se hacía muy raramente. Hinselmann amplió el campo de las leucoplasias porque no sólo considero como tales todas las placas blancas del cuello, sino que además, añade otros tipos: la base (ground) y el mosaico (felderung), identificables sólo con el colposcopio y todas ellas relacionadas con el carcinoma. Para el estudio colposcópico se ha ido ampliando extraordinariamente, aunque tardó mucho tiempo en ser generalmente admitido, en especial fuera de los Países de habla alemana. Hoy en día gracias a los trabajos de Mestwedt, de Glatthaar, etc., la colposcopia se ha convertido en una exploración indispensable en la propedéutica del cáncer de cuello. El reconocimiento de los epitelios atípicos se hace gracias al estudio del relieve, la opacidad, la vascularización, las irregularidades de la superficie y las pequeñas hemorragias al contacto.

El inconveniente principal de la colposcopia radica en la exigencia de una adecuada preparación del médico, que debe incluir, por lo menos, un conocimiento esquemático de la histología normal y patológica del cuello. Para unas personas sea el método una pérdida de tiempo que esta exploración comporta; pero para un colposcopista entrenado no requiere, en la mayoría de los casos, más de 2-5 minutos (Palmer). Mestwedt afirma, por el contrario, que la colposcopia no sólo no hace perder tiempo sino ganarlo, por cuanto permite aclarar rápidamente ciertos aspectos macroscópicos dudosos.

2.9.2. Colpomicroscopia

Esta exploración introducida por Antoine y Grünberger en 1947, significa otro avance importante al utilizar para el estudio directo del cuello uterino aumentos mayores que la colposcopia.

El colposcopio utilizaba el principio de la lupa de disección, pero había un deseo latente de llegar a emplear un microscopio intravaginal. El empleo del microscopio de luz incidente (se debe a Pick que primero en Viena 1937 y luego en Estados Unidos 1938), examina tejidos vivos teñidos o sin teñir.

La principal finalidad de la colpomicroscopia es el diagnóstico del cáncer por la observación de los tejidos a aumentos que permiten el estudio de la estructura celular. Es muy atractivo el poder realizar el diagnóstico directamente sobre el mismo cuello en lesiones todavía precoces, pero no hay que perder de vista que con el microscopio de luz incidente no puede examinarse más que el estrato superficial y no se puede juzgar el grado de invasión en la profundidad. Esta limitación y los inconvenientes derivados de la compleja metódica han determinado su casi total abandono en la práctica ginecológica, exceptuando ciertas clínicas como la de Walz, que siguen fieles a ella.

2.9.3. Citología Cervicovaginal

A partir del descubrimiento del ciclo estral de los roedores, efectuado en 1917 por Stockard y Papanicolaou, se fue perfilando un nuevo método

exploratorio que recibió su plena confirmación con los estudios de Papanicolaou y Traut completados en 1943.

La difusión de la citología, gracias a la facilidad de obtener las muestras adecuadas y la posibilidad de su lectura posterior por un especialista capacitado, ha sido más rápida y amplia, siendo hoy en día el método más utilizado en la práctica clínica como técnica de detección del cáncer.

Desarrollado principalmente por Papanicolaou, Ayre, Wied, Patten, Koss, es unánime la opinión acerca de su importancia en el diagnóstico de las lesiones completamente asintomáticas o no discernibles clínicamente. Las características morfológicas y estructurales de las células exfoliadas permiten establecer una estrecha correspondencia con las alteraciones histopatológicas del cuello uterino.

Sin embargo, aunque la citología no podrá constituir nunca un criterio definitivo y el diagnóstico final recaerá en la biopsia, no cabe duda que el reconocimiento de atipias celulares malignas es decisivo. Basta en aquellos casos de carcinomas diagnosticados precozmente gracias a un examen citológico para conceder esta técnica todo el valor que realmente tiene en la detección del cáncer genital incipiente, tanto más cuanto que una de sus mayores ventajas radica en la inocuidad del método y en la facilidad de realización, lo que permite repetir el estudio cuantas veces sea preciso.

2.9.4. Biopsia de Cuello

La biopsia es el único método que permite una plena seguridad diagnóstica y es al mismo tiempo el preconizado desde más antiguo (Ruge y Veit, 1882). Su valor viene realizado en lo que se refiere al cuello uterino por la circunstancia de ser éste un órgano fácilmente accesible y que se puede manipular sin excesivo riesgo. Pero en su contra el hecho de ser más o menos traumatizante y no poder repetirse con cierta prodigalidad.

Las discusiones más enconadas radican en la conveniencia de practicar pequeñas biopsias o conizaciones de cuello. La pequeña biopsia tiene la ventaja de poder practicarla sin objeciones por parte de la paciente y de modo rápido y ambulatorio, pero para que sea segura es necesario que vaya

guiada por la exploración colposcópica.

Existen ciertos hechos que le restan valor:

- 1- posibilidad de una toma desplazada,
- 2- inaccesibilidad para la pinza de biopsia de las lesiones de localización alta y
- 3- imprecisión sobre el grado de invasión en el resto del cuello uterino.

La conización constituye el método más seguro para el diagnóstico de las lesiones atípicas o inicialmente invasoras, pero es siempre traumatizante y requiere hospitalización, siendo relativamente frecuentes las complicaciones en especial las hemorrágicas, que obligan en muchas ocasiones a poner puntos para lograr la hemostasia. Ello obliga, a restringir el número de conizaciones, lo que redundaría en perjuicio de la seguridad diagnóstica global.

En conjunto, con la biopsia puede llegarse a un diagnóstico definitivo con un alto porcentaje de seguridad. Pero hay que insistir en la necesidad del estudio ulterior de la pieza operatoria que puede modificar con frecuencia el diagnóstico final de la lesión en esencial en los casos límites de displasia severa.”³¹

2.9.5. Normas establecidas para la Toma del Papanicolaou

“Por la alta certeza diagnosticada, especificidad, sensibilidad, bajo costo y facilidad de aplicación el estudio citológico sigue siendo el método más eficaz para la Detección Oportuna de Cáncer en cuello uterino.

Norma publicada en el Diario oficial de la Federación (20 de agosto de 1986), para su aplicación en el Sector Salud.

³¹ MATEU ARAGONES, José M., Op. Cit. P. 5-6, 10-13.

2.9.6. Técnica de la obtención de la muestra

La paciente será instruida para no realizarse ducha vaginal o de otra manera no asearse la vagina y no tener relaciones sexuales 24 horas antes de obtener el espécimen. La muestra no será realizada durante la menstruación, si es posible. El espécimen será obtenido tempranamente durante el examen antes de usar cualquier lubricante o tinción, tales como el lubricante en gel para examen bimanual, o ácido acético para colposcopia.

Una espátula de madera es insertada y rotada para muestras celulares de la unión escamocolumnar completa, con un cepillo pequeño se usará para obtener células endocervicales, ya que este es superior al palo de algodón y espátula para este propósito. Las muestras células quedan diseminadas uniformemente sobre un portaobjetos y fijado inmediatamente.”³²

“La sensibilidad del método citológico es de 98% (falsos negativos), este porcentaje está supeditado por una parte a la técnica empleada para la obtención de la muestra, y por otra parte a la capacidad de interpretación del citólogo y citotecnólogo.

Intervalo apropiado para la prueba:

La sociedad Americana del Cáncer recomienda que las mujeres obtengan un examen inicial de citología cervical y examen pélvico cuando inician con vida sexual activa o al alcanzar los 18 años, se recomienda anualmente, pero después de 3 o más exámenes anuales consecutivos, con muestras satisfactorias y resultado normal, la frecuencia es dejada a la discreción del médico, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que las pacientes con alto riesgo continúen realizándose la prueba anualmente.”³³

³² LAURELL Asa Cristina, Op. Cit. P. 12.

³³ SECRETARIA DE SALUD, Op. Cit P. 24-25.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer Cérvicouterino ha constituido un problema para la salud en la mujer, ciertos aspectos asociados al proceso de desarrollo socioeconómico contribuyen a las cifras ascendentes de mortalidad.

“Toda enfermedad es un fenómeno que tiene orígenes sociales; factores sociales que influyen en su evolución y consecuencias no sólo para el individuo sino también para la sociedad. Esta situación, sin embargo no es uniforme; ciertas enfermedades tienen mayor significación social que otras, debido a sus características epidemiológicas, a su etiología, a su capacidad de difusión en la población, a su gravedad individual a la tendencia a producir incapacidades e invalidez, al gasto que ocasionan, la influencia sobre la producción, etc. De tal modo que si bien toda enfermedad es un acontecimiento con repercusión social, las enfermedades adquieren mayor o menor importancia social en relación, a su asociación con los siguientes factores: tasa de morbilidad, cronicidad de la enfermedad, el tipo y gravedad de la incapacidad que deja la enfermedad, herencia, etiología y la forma como la sociedad provee a la población de servicios de protección de la salud y de los tratamientos de la enfermedad es un factor que puede agravar o disminuir la importancia social de una enfermedad. Los cambios en la estructura social, el desarrollo económico y la evolución de País se refleja el estado de salud de los habitantes.”³⁴

“En México las principales causas de enfermedades están relacionadas a factores sociales, una de las más importantes por su frecuencia es la alta mortalidad por Cáncer Cérvicouterino, dado que es una enfermedad que puede ser detectarse a través del examen del Papanicolaou ya que con esta prueba se puede detectar a tiempo.

La edad, religión, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, tabaquismo, escolaridad, número de hijos, actividades recreativas, número de integrantes de la familia, tareas del hogar, la desidia y la vergüenza ante el médico, determina la poca colaboración de muchas mujeres en la toma de decisión para la realización del examen del Papanicolaou.

³⁴ BARQUIN CALDERON, Manuel, Sociomedicina, P. 4-5.

“Muy recientemente Pauli señala que la gran influencia del nivel educacional de la persona, pues las diferencias de porcentajes de mujeres que acuden a las revisiones varían ampliamente según hayan recibido estudios medios o superiores o solo hayan asistido a la escuela.”³⁵

³⁵ MATEU ARAGONES, José M., Cáncer de Utero, P. 54.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer Cérvicouterino ha constituido un problema para la salud en la mujer, ciertos aspectos asociados al proceso de desarrollo socioeconómico contribuyen a las cifras ascendentes de mortalidad.

“Toda enfermedad es un fenómeno que tiene orígenes sociales; factores sociales que influyen en su evolución y consecuencias no sólo para el individuo sino también para la sociedad. Esta situación, sin embargo no es uniforme; ciertas enfermedades tienen mayor significación social que otras, debido a sus características epidemiológicas, a su etiología, a su capacidad de difusión en la población, a su gravedad individual a la tendencia a producir incapacidades e invalidez, al gasto que ocasionan, la influencia sobre la producción, etc. De tal modo que si bien toda enfermedad es un acontecimiento con repercusión social, las enfermedades adquieren mayor o menor importancia social en relación, a su asociación con los siguientes factores: tasa de morbilidad, cronicidad de la enfermedad, el tipo y gravedad de la incapacidad que deja la enfermedad, herencia, etiología y la forma como la sociedad provee a la población de servicios de protección de la salud y de los tratamientos de la enfermedad es un factor que puede agravar o disminuir la importancia social de una enfermedad. Los cambios en la estructura social, el desarrollo económico y la evolución de País se refleja el estado de salud de los habitantes.”³⁴

“En México las principales causas de enfermedades están relacionadas a factores sociales, una de las más importantes por su frecuencia es la alta mortalidad por Cáncer Cérvicouterino, dado que es una enfermedad que puede ser detectarse a través del examen del Papanicolaou ya que con esta prueba se puede detectar a tiempo.

La edad, religión, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, tabaquismo, escolaridad, número de hijos, actividades recreativas, número de integrantes de la familia, tareas del hogar, la desidia y la vergüenza ante el médico, determina la poca colaboración de muchas mujeres en la toma de decisión para la realización del examen del Papanicolaou.

³⁴ BARQUIN CALDERON, Manuel, Sociomedicina, P. 4-5.

Pregunta de investigación:

¿Existen factores sociales que influyen de manera importante en la decisión de la mujer para realizarse el examen del Papanicolaou y estos pueden ser analizados para reorientar la atención de Enfermería en Educación para la Salud?

4. OBJETIVOS

- Identificar los factores sociales por lo que no asisten las mujeres a realizarse la prueba del Papanicolaou.
- Analizar cuales de los factores son importantes en la Educación para la Salud con respecto a realizarse la prueba del Papanicolaou.
- Proponer estrategias de Atención de Enfermería en promoción de la Salud para la prevención del Cáncer Cérvicouterino.

Pregunta de investigación:

¿Existen factores sociales que influyen de manera importante en la decisión de la mujer para realizarse el examen del Papanicolaou y estos pueden ser analizados para reorientar la atención de Enfermería en Educación para la Salud?

4. OBJETIVOS

- Identificar los factores sociales por lo que no asisten las mujeres a realizarse la prueba del Papanicolaou.
- Analizar cuales de los factores son importantes en la Educación para la Salud con respecto a realizarse la prueba del Papanicolaou.
- Proponer estrategias de Atención de Enfermería en promoción de la Salud para la prevención del Cáncer Cérvicouterino.

5. JUSTIFICACION

El Cáncer es una enfermedad que se presenta más frecuente en la segunda mitad de la vida aún cuando no es privativo de ella. El hecho parece estar relacionado con el tiempo que necesitan los factores cancerígenos para acumularse y producir el trastorno celular que estimulará la multiplicación atípica de las células.

La importancia social del problema de Cáncer radica en el hecho de ocupar hoy en día el segundo lugar entre las causas de muerte, ello depende fundamentalmente de las circunstancias que la mayoría de pacientes llegan a la consulta habiendo traspasado ya los límites de operabilidad. De ahí la trascendencia del diagnóstico precoz.

Esta tendencia se ha mantenido desde hace varios años afectándose en mayor proporción la población femenina de 40 a 60 años, para reducir la mortalidad por esta neoplasia se ha demostrado la efectividad del diagnóstico temprano con la Prueba de Detección Papanicolaou.

El Cáncer ha sido en las últimas décadas un problema que principalmente ataca a las mujeres por múltiples factores y se ha comprobado que la incidencia del Cáncer Cérvicouterino aumenta con la edad.

“En los últimos años ha sido sin duda el notable incremento de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas como las del corazón, los tumores malignos y diabetes mellitus, es evidente que antes de los años 50s ocupaban en los primeros lugares enfermedades infecciosas como diarreas y enteritis. Los tumores malignos en 1940 y 1950 ocupaban el decimocuarto y decimoprimeros lugares respectivamente, en la siguiente década pasan bruscamente para el sexto lugar, para continuar esta tendencia y llegar a situarse en el segundo lugar en 1990.”³⁶

³⁶ PERFILES ESTADISTICOS No. 7 Tumores, P. 11.

En nuestro País el Cáncer Cérvicouterino ocupa el tercer lugar como causa de muerte por neoplasias malignas y el primero en el sexo femenino. Ocurre en mujeres de 40 años y más, aunque su presencia empieza a ser importante una o dos décadas antes, ya que a partir de los 25 años la tendencia es rápidamente ascendente.

Al realizar este estudio se pretende identificar los factores sociales que influyen directa o indirectamente en la salud de la mujer, también nos permite conocer como el nivel de vida influye en la toma de decisión para realizarse el examen del Papanicolaou, esto ayudará a que la población femenina tome conciencia de la importancia de valorar un examen de Papanicolaou para su bienestar.

La solución de los problemas no son sencillos hay demasiados factores sociales que influyen en la población femenina y estos pueden ser prevenibles. Los esfuerzos para mejorar los niveles de salud de la población deben integrarse con una política social y económica total para mejorar el nivel de vida de la población y para asegurarle el goce pleno de la salud y el bienestar social.

La actividad principal de enfermería se centra en la conservación de la salud mediante la asistencia primaria. Esta valora los problemas que existen en la comunidad, la que de alguna manera ayuda a buscar alternativas de solución, la que actúa dependiendo de las circunstancias en que se encuentra la población, no impone sino que concientiza a la población para tomar decisiones con respecto a su salud.

La enfermera juega un papel muy importante dentro de la comunidad, la relación es muy estrecha entre paciente-enfermera, que llega a tener un respeto y confianza de la misma gente, ya que al ayudar a satisfacer necesidades básicas se compromete atender esos problemas dentro de sus posibilidades.

La educación se basa en promocionar, prevenir y cuidar la salud del individuo, esta busca programas que logren tener un impacto importante en la sociedad, tal es el caso del Cáncer Cervicouterino para disminuir la incidencia en la población femenina.

El análisis de los factores sociales que influyen en la detección oportuna del Cáncer Cérvicouterino ayudará a enfermería a generar un plan de atención mejor, creciendo en lo que a prevención se refiere y con ello coadyuvará a la estructuración de programas en servicios o bien a implementar estrategias de mayor trascendencia.

6. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Factores Sociales:

Conjunto de causas que afectan a una sociedad determinada no sólo individual sino colectivo.

Cultura:

Aspectos de la sociedad que influye conocimientos, creencias, costumbres, dentro de una comunidad.

Religión:

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales de una persona, que influye en su manera de actuar y vivir.

Estado civil:

Rol social que se le asigna a una persona dentro de la comunidad.

Ocupación:

Emplearse en un trabajo o tarea con o sin remuneración económica.

Tabaquismo:

Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco, que causa daño a la salud.

Escolaridad:

Nivel de conocimientos de una persona, que influye en su pensar.

Actividades Recreativas:

Son actividades que en la vida diaria, que gusta de hacer ya sea por pasatiempo, por conocer dicha actividad o por tener un dinero extra.

Vergüenza ante el Medico:

Pena o timidez que le tiene una persona a un desconocido que le vea su cuerpo.

7. CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES

Variable	Indicador	Ponderación	Tipo	Escala de medición	Cálculo	Fuente	Uso
Factores Sociales	Edad	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-45	cuantitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X edad}}{\text{Pob Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cuantitativo
	Religión	Católica Protestante Judía Evangélica Mormón Otro	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X relig.}}{\text{Pob Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Estado Civil	Casada Unión libre Divorciada Viuda Madre soltera	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X E. C.}}{\text{Pob Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Ocupación	Estudiante Hogar Empleada Trab. por su cuenta	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob X ocup.}}{\text{Pob. Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Tabaquis	Si No	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X Fum.}}{\text{Pob. Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
Factores Culturales	Escolar	NoSabe Ly E. Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otro	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X Esc.}}{\text{Pob Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo

	Número de hijos	1-2 3-4 5-más	Cuantitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X Int.}}{\text{Pob. Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cuantitativo
	Número de integrantes de familia	2-4 5-7 8-10 11-más	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X N. I.}}{\text{Pob. total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Tareas del hogar	con ayuda sin ayuda	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X T. H.}}{\text{Pob. Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Vergüenza ante el medico	SI NO	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X V. M.}}{\text{Pob. Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo
	Atención hacia el paciente	Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal	$\frac{\text{Pob. X A. P.}}{\text{Pob Total}} \times 100$	Encuesta	Análisis cualitativo

8. METODOLOGIA

8.1. Diseño de Estudio

Se utilizo un diseño de estudio denominado transversal a partir de una muestra aleatoria de la población femenina del hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

8.2. Universo

El universo de estudio es la población femenina de 15 a 45 años, que asistio al Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

8.3. Muestra: Cálculo y Selección

Para el estudio se contó con 200 mujeres que es de carácter muestral para la cual se estableció un 95% de confianza, la máxima variabilidad y un error del 5%.

Se aplicó la fórmula finita e infinita para obtener la muestra en estudio.

8.4. Criterios de Inclusión

Toda mujer que lleve una vida sexual activa y que no se haya realizado el examen del Papanicolaou entre 15 -45 años.

8.5. Criterios de Exclusión

Toda mujer que no ha tenido relaciones sexuales, embarazadas, puerperas, diagnosticadas por cáncer, no cumplan con la edad requerida y las que se niegan a contestar el cuestionario.

8.6. Selección de las Fuentes de Información, Métodos de Recolección y Diseño de instrumento.

Fuente de información a través de libros, artículos de revista, estadísticas (sirve para comparar tiempo y lugar del Cáncer en el País), el método de recolección por fichas bibliográficas, el diseño de instrumento se

hará de acuerdo con lo recabado acerca del tema. Para la entrevista será con cuestionario que se aplicará directamente a cada mujer seleccionada.

El cuestionario incluye los siguientes puntos:

- Ficha de identificación
- Antecedentes patológicos personales
- Factores sociales
- Factores culturales (ver anexo 2)

8.7. Plan de Análisis Estadístico

Edición de los datos: se verifico que todos cuestionarios sean llenados correctamente sin que falte alguna pregunta.

Reducción de los datos: será mediante cuadros y tablas de frecuencia simple.

Los datos obtenidos se procesarán en el programa estadístico de EPINFO.

Se procedió a realizar un análisis de la información obtenida mediante frecuencia simple de las distintas variables de interés y también se utilizo Métodos Cualitativos.

8.8. Presentación de Resultados

La información obtenida se analizo bajo un enfoque social. Por tablas de frecuencias simples y graficas de los datos más significativos.

9. ORGANIZACION

Se solicitó permiso a las autoridades competentes del Hospital Materno-Infantil de Tlahuac, para la realización del proyecto de tesis "Identificar Factores Sociales que influyen en la realización del Examen del Papanicolaou para reorientar la Atención de Enfermería en la Educación para la Salud", y ser desarrollado como opción de titulación para sustentar el Examen Profesional y obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Se llevo a cabo del 31 de abril al 15 de mayo de 1998, de lunes a viernes de 8 hrs a las 13 hrs, por un lapso de 15 días, a partir de la autorización en el Hospital.

En el momento de hacer la invitación para que participen en la investigación que se llevó a cabo en el Hospital Materno-Infantil de Tlahuac se indicó que toda información captada sería absolutamente confidencial y solamente la persona responsable y el hospital tendrían acceso a ella.

La población seleccionada fue a partir de 15-45 años, se tomó solamente la que asistió al Hospital Materno Infantil de Tlahuac, por alguna atención por consulta externa, medicina preventiva, en sala de espera.

10. PRESUPUESTO

El material que se utilizará es el siguiente y su costo es:

MATERIAL	COSTO
Lápices	\$ 20.00
Hojas	\$150.00
Plumas	\$ 7.00
Copias	\$330.00
Impresión	\$400.00
Clips y grapas	\$ 15.00
Disket (2)	\$ 40.00
Uso de Computo	\$200.00
Viáticos	\$400.00
TOTAL	\$1562.00

II. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO MARZO ABRIL	MAYO	JUNIO
Diseño de Investigación	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////		
Investigación en el H.M.I.T				////////////////////		
Concentración de Resultados					////////////////////	
Análisis de resultados						////////////////////
Presentación de Resultados						////////////////////
Elaboración de Informe.						////////////////////

12. RESULTADOS

12. 1. DESCRIPCION Y ANALISIS

Cuadro 1

Más de la mitad de la población entrevistada es menor de 39 años las que acuden al Hospital por lo que se observa que es una población joven, aunque existe también un 37 % de mujeres mayores de 40 años que no se realizan el examen, por lo que se deduce un mayor riesgo para su salud es necesario concentrar a la población para que se realice la prueba anualmente.

Cuadro 2

Del total de la población el 49.5% solo tiene la primaria, le sigue secundaria con un 26%, las que no saben leer ni escribir con un 11.5% y un 13% corresponde a preparatoria, licenciatura y otro; la población de escasos recursos tiende a no continuar con sus estudios ya que a edades tempranas suelen ayudar a los padres a trabajar para el mantenimiento de la casa como consecuencia influye en la mujer para no dar la importancia debida para realizarse el examen del Papanicolaou.

Cuadro 3

El 84% de la población encuestada tiene una pareja estable y el otro 16% vive con hijos o sola, la pareja no es un factor decisivo para que esta se realice el examen, pero también seria de gran importancia conocer que tanto la pareja sabe del examen del Papanicolaou y si la apoyaría para que se lo realizará.

Cuadro 4

En cuanto a la religión la que predomina es la católica con un 91.5% y el 8.5% corresponde a la evangélica, protestante y otra no especificada, la religión no es factor determinante para que se realice la prueba; aunque se sabe que en el País predomina la religión católica, no influye esta para que la mujer se lo realice ya que de ella depende esa decisión.

Cuadro 5

El 75% de las mujeres que no se realiza el examen contestó que si sabe que es el examen del Papanicolaou, no se hacen esta prueba, por que argumentan el cuidado de los hijos, la molestia fisica de la realización del examen entre otras cosas.

Cuadro 6

Existe un pequeño porcentaje del 6% de mujeres que no se realizan el examen a pesar de tener familiares que han presentado Cáncer Cérvicouterino. Como factor de riesgo es importante valorar el porque de negarse a realizarse el examen del Papanicolaou, que a larga puede disminuir el alto índice de mortalidad entre la población femenina.

Cuadro 7

A pesar de reconocer que es un examen importante para el bienestar de las mujeres hay un pequeño porcentaje del 8.5% que no se lo realizaría, hace pensar en que no basta la información precisa sobre el problema, existe otros factores que son decisivos.

Cuadro 8

Se incluyó el número de integrantes de la familia como factor que pudiera inferir en la decisión de realizar el examen, el cuidado de los hijos, la responsabilidad de las tareas en casa y otros factores influyen en las mujeres para que no se realicen dicho examen; el 50.5% esta integrada de 2-4 personas, el 38.5% de 5-7 personas y un 11% esta integrada por más de 8 personas, aunque argumentan que no tiene con quien dejarlos ya que la consulta es por la mañana, se observa que las familias no son muy numerosas y esta integrada por niños pequeños, nunca los dejan solos en casa por lo peligroso que pueda ser, sin tener una persona mayor quien vea por ellos.

Cuadro 9

Dentro del cuestionario se tomó como parámetros las actividades que ellas mismas describen por lo que se obtuvo lo siguiente: el 66.5% de las mujeres encuestadas tiene una actividad que hacer en sus ratos libres y el 33% no contestó la pregunta, por lo tanto el argumento de la falta de tiempo para hacerse el examen parece no valido.

Cuadro 10

El 82.5% de la población no fuma y el otro 17.5% de la población entrevistada si fuma ocasionalmente sin decir el número de cigarrillos; la cultura influye en la persona para que fume, en el nivel socioeconómico bajo casi no fuman por el alto costo de los cigarrillos, por que saben que riesgo puede ocasionar el fumar, entre otras cosas.

Cuadro 11

El 63% de las mujeres entrevistadas hacen ellas mismas el quehacer del hogar sin ayuda alguna y el otro 37% de la población si tiene alguna persona que le ayuda en las labores del hogar, por lo tanto se puede inferir que la carga de trabajo puede ser un factor para no realizarse el examen.

Cuadro 12

El 33% de las mujeres encuestadas si trabajan y el 67% no trabaja; lo cual pudiera relacionarse con el cuadro 9 en donde un porcentaje no contestó por lo que pudiera interpretarse como que no hay tiempo libre.

Cuadro 13

El total de las mujeres que trabajan son 66 en su frecuencia del cual se tomo el 100% de estas, por lo que se obtuvo lo siguiente que el 37.8% trabajan por su cuenta y el 62.1% son empleadas, el trabajo absorbe todo el día por lo que se considera que la mujer se olvida de su salud sin importar la gravedad de la enfermedad más aún cuando sabemos que es necesario prevenir el Cáncer a través de un examen fácil y sencillo.

Cuadro 14

Del total de la población que trabaja más del 95% de la población su empleo lo cubre en el turno matutino y el resto en el turno vespertino, por lo tanto la mayoría no puede en horario que impone el Hospital, lo que pudiera ser un factor que influye en la realización de dicho examen.

Cuadro 15

El 72.5% de las mujeres entrevistadas contestó que si se haría el examen del Papanicolaou con un medico y el 27.5% prefieren una doctora o enfermera; por pena o vergüenza y no le tiene confianza para que se lo realicen con el medico ya que lo ven como un hombre y no como un profesional de la Salud.

Cuadro 16

Con respecto a la atención el 58% contestó que es buena por que les explican lo que ellas preguntan, el 11% afirmó que es regular y el 3% señaló que es mala porque se tardan en atender y para pasar a consulta más de 3 horas de espera en el hospital, el 28% de la población se negó a contestar la pregunta, por lo que se pudiera inferir que es la primera vez que asisten a dicho hospital.

12.3. ANALISIS CUALITATIVO

Se propuso este método de análisis, porque como factores de riesgo no se puede hacer una comparación entre las mismas preguntas aunque originalmente se consideró hacer razón de momios, pero el analizar los cuadros no era pertinente metodológicamente por lo que se tuvo que recurrir a otros métodos se consideró el tipo de análisis cualitativo, en el cual el propio investigador saca las conclusiones directamente de las observaciones que hace mediante el cuestionario y como este se va desarrollando a través de la entrevista, para que la población tenga confianza a la enfermera para que pregunte todas las dudas que pueda tener con respecto al Cáncer Cervicouterino.

En la búsqueda de la explicación de fenómenos complejos como podría ser la atención médica y la prevención, se han utilizado métodos cualitativos; sin embargo las cifras numéricas por si solas solo reflejan un aspecto. Los métodos cualitativos son una opción par dar una mejor interpretación a resultados que tienen que ver con conductas de Salud por ejemplo.

Una de las premisas de los métodos cualitativos en donde dice que “sólo podrá acceder al conocimiento de la realidad considerando el punto de vista del informante,”³⁷ es por ello que al realizar el estudio se consideró justamente a las mujeres que no se habían realizado el examen del Papanicolaou, a fin de encontrar las razones y los porqués de ello.

Tomando como factor de riesgo el grado de escolaridad, la mitad de la población que no se realiza el examen del Papanicolaou, sólo cuenta con primaria, por el mismo bajo nivel de conocimientos no le toman importancia por lo que les da igual asistir a consulta para hacerse una revisión anual.

El 75% de esta misma población tiene una pareja estable, sabiendo que al tener relaciones sexuales a una edad temprana es factor de riesgo que pueden ocasionar cáncer, la mujer no le da la importancia ya que tiene otras actividades más importantes, que cuidar su Salud, la cultura influye en la mujer para que esta busque pareja a una edad relativamente joven.

³⁷ NIGENDA, Gustavo, Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública, P. 21.

El 25% de las mujeres entrevistadas no conocen que es el examen del Papanicolaou y de éstas el 8.5% contestó que no se lo harían, aún conociendo el riesgo continúan con la negativa de no realizarlo aunque se les haya explicado.

Las frecuencias y porcentajes, se encontró en mujeres que no se han realizado el examen del Papanicolaou, que la familia está integrada normalmente por niños menores de 5 años; en general se ve una comunidad joven, aunque existe un 37% de mujeres mayores de 40 años. Por otro lado hay un alto porcentaje de integrantes de la familia con menos de 7 personas, hace pensar que es difícil que la mujer asista al hospital para realizarse dicho examen por que no tienen con quien dejar a los niños; la mujer al contraer matrimonio solo se dedica al esposo, hijos, hogar y va hacer difícil que ella busque personas de Salud para orientarla en cuanto a la misma.

Un 44.5% de las actividades que realiza la población es el cuidado de los hijos le dan prioridad y todo lo demás queda en segundo plano. Esta población, el 63% son de escasos recursos por lo que ellas mismas hacen las labores del hogar.

Existe un 33% de la población femenina que ayuda al sostenimiento de la casa por lo que tiene que trabajar fuera, para poder sobrevivir y tiene que distribuir su tiempo para realizar las labores del hogar, de las cuales la mayoría trabaja por la mañana.

La mayoría de las mujeres que no se han realizado el examen dijeron que no tenían vergüenza con el médico, que les da igual con enfermera o doctora, pero no van por que argumentan el cuidado de los hijos, el horario de atención, el trabajo, etc., se podría decir que se les da pena y creo que es una razón más para no asistir a realizar dicho examen, la mujer no está consciente que tan importante es realizarlo, aunque fuese una vez al año se podría prevenir y no hubiera tanta mortalidad de Cáncer Cérvicouterino en el País.

12.3. DISCUSION

En la investigación realizada se encontró que en la población femenina el estilo de vida influye, para que se realicen el examen del Papanicolaou, la población es joven, el nivel cultural es bajo, ya que más de la mitad sólo cuenta con primaria y secundaria. En cuanto a la religión ésta no influye en la mujer para que se lo realice porque de ella depende tomar esa decisión.

Aunque existe un alto porcentaje de mujeres que si conocen que el examen del Papanicolaou no se lo realizan para su bienestar, aún sabiendo que hay antecedente de Cáncer Cérvicouterino la mujer no se lo realiza ya sea por ignorancia, pena, vergüenza, desidia o porque la amiga comentó que es muy doloroso y no van, también por que tardan mucho en dar los resultados o se traspapelan y no regresan para saber si salieron bien de dicho examen.

La familia juega un papel importante dentro de la vida de la mujer, tiene que realizar diversas actividades dentro del hogar como el quehacer, lavar, planchar, cuidar a los niños, atender al esposo, etc., esto influye para que no asista al hospital para realizar dicho examen, la mayoría de los niños son menores de edad y no tiene con quién dejarlos, esto imposibilita a la mujer a cuidar su Salud, solo asiste al hospital cuando esta enferma o embarazada. Si la mujer contrae matrimonio no recibe ninguna ayuda por parte de sus familiares ella misma tiene que atender al esposo, niños y hogar, aunque las familias no son muy numerosas la mayoría la integran los niños y esto hace difícil a la mujer asistir a los Servicios de Salud.

Por otra parte la mujer que trabaja no tiene descanso ya que tiene que llegar a cuidar a los niños, atender al esposo, hacer las actividades de la casa, etc., más aún si la ocupación es de tiempo completo le absorbe todo el día, y esto hace que no tenga tiempo para ella misma.

En cuanto a la atención por parte de los servicios que se dan dieron buena referencia, no solo en planificación familiar sino en general, aunque se quejan que se tardan mucho para la consulta, también la atención que da Enfermería es buena pero existe personal (no todas las enfermeras) no tienen buen trato hacia los pacientes particularmente en urgencias. Las

mujeres que no contestaron la pregunta acerca de la atención es la primera vez que asisten al hospital.

Dentro del cuestionario hay una pregunta en referencia al conocimiento de examen del Papanicolaou, se les explicó en una plática muy breve y concisa de lo que se trata este examen y que beneficios puede tener en su Salud, se canalizaron al servicio de Panificación Familiar para que se les realizará dicho examen, aunque también preguntaban si era doctor no pasaban por les daba pena, mejor se esperarían hasta que regresara la doctora.

En general la mujer es muy accesible en cuanto a la entrevista, hicieron preguntas en referencia a los servicios que presta el hospital y también comentaron que si se podrían dar temas de interés general no solo de Cáncer sino de otras enfermedades.

Durante los días en que se realizó la entrevista a las mujeres que asisten al hospital, se observó que no se dio ninguna plática de Cáncer Cérvicouterino ni de otras patologías que pudieran ser de gran interés a la población en general, ya que allí es donde se concentra la población para la consulta externa y por que van a recoger a sus pacientes que están hospitalizados, solo se dan las charlas en hospitalización.

Es necesario fortalecer la eficiencia y efectividad de este examen que es de vital importancia para la Salud de la mujer, esto lleva a dar promoción a la Salud, el papel de la enfermera es ese evitar la incidencia al Cáncer, disminuir el porcentaje de Morbi-mortalidad que cada día es más elevado el número de casos.

La enfermera juega un papel importante en la sociedad, si van a un hospital las personas a ella se dirigen, en un consultorio particular igual, así se pueden dar muchos ejemplos, en donde ella es esencial para la comunidad. Utiliza sus conocimientos y sus habilidades para ayudar a los individuos que enfrenten problemas relacionados con su salud en la vida diaria, el mantener la salud es esencial para la enfermera que al dar promoción, prevención y cuidado ayuda a solucionar necesidades que tiene la población.

Al manifestar sus problemas la enfermera busca la manera de como ayudar a resolverlos, la decisión debe basarse en un plan que combine metas de la misma población en el cual se fomente la salud.

La meta de enfermería es ayudar a los individuos a conservar y restaurar la salud. Es un camino difícil ya que las metas y los objetivos, pueden ser a largo plazo, buscar la manera de como llegarle a la gente, es decir integrarse a una comunidad, en donde se involucre con los problemas existentes y buscar soluciones o alternativas que ayuden a conservar la salud.

13. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La industria y la urbanización creciente han contribuido a problemas de salud en la vida del ser humano, el ritmo agitado ha creado alteraciones en la estructura familiar. La relación con otros individuos determina en gran parte muchas de sus necesidades básicas, ya que ellos mismos toman decisiones en el modo de vivir y actuar dentro de la sociedad.

La salud y la enfermedad no son constantes son estados que continuamente cambian dentro de una comunidad. La forma en que una persona considera la salud y la enfermedad determina las medidas que tome para proteger, mejorar y cuidar su salud.

El estado socioeconómico y el grado de educación influye en la manera en que perciben su salud los individuos, esto trae como consecuencia de buscar atención para su salud. También la influencia que tienen las costumbres, tradiciones y normas en una sociedad, esta muy marcado con la conducta de los individuos por esto se estudio al individuo en un contexto social en el cual estan inversos los factores sociales y culturales.

El individuo no suele pensar en su salud, sin embargo la mayoría sabe cuando esta funcionando a su máximo nivel mental, físico y social cada persona interpreta su estado de salud y enfermedad, según su perspectiva particular. Los factores sociales influyen de manera directa hacia la población, el análisis de los datos obtenidos nos proporciona resultados que se reafirmaron, que la población lo toma como algo sin importancia ya que le dan más valor a otras cosas que a su propia salud.

La forma de vida de cada familia es diferente ciertos factores influyen como son el estado socioeconómico, la religión, la escolaridad, la edad, etc., puede tener un impacto importante. Los problemas de Salud están relacionados directamente con el estilo de vida de la mujer no suele pensar en su salud, sin embargo las costumbres y tradiciones de la sociedad influyen con respecto a la Salud para tomar medidas necesarias para promover y proteger su Salud.

El papel tradicional de la mujer en la sociedad es el hogar, estar al pendiente de la educación y crianza de los hijos, administrar el tiempo para todas las actividades que realiza en la casa, el esposo sólo se dedica al sostenimiento económico y la mujer tiene que vigilar el bienestar integral de la familia con respecto su Salud.

Dentro de la familia define su papel ya que ella rige a todos los integrantes para llevar una buena relación interfamiliar. El empleo y la educación son dos principales componentes en la mujer para sacar adelante esa responsabilidad que tiene con los hijos y la sociedad.

Ahora la mujer forma parte de la fuerza laboral para ayudar al ingreso familiar para mejorar el nivel de vida, actualmente esta no solo se queda en casa sino busca oportunidades para llevar un ingreso más y busca también el bienestar de los hijos pero se olvida de algo muy importante que es su Salud.

El progreso de la mujer tiene su precio el de ser madre, esposa y trabajar fuera de casa por el alto costo de la vida, esto lleva a pensar que descuida su Salud sin saber que cuando los hijos la necesiten más, ella no podrá continuar con el ritmo de trabajo que esta acostumbrada, por que no hubo atención oportuna por parte de ella ya que puso tantos obstáculos para realizarse un simple examen que ahora se convierte en Cáncer Cérvicouterino.

El hábito y el comportamiento de la población femenina influye en la aceptación de programas de Salud que ayuden a mejorar el nivel de vida de la mujer. Como personal de Salud podemos ayudar con medidas de prevención a la población para lograr una Salud óptima.

La observación directa hacia la comunidad nos lleva a proporcionar programas que ayuden a mejorar el modo de vida, al estimar los conocimientos, actitudes y el cuidado de la Salud que tiene la población, nos guía a tomar una resolución al problema existente. Esto nos lleva a continuar con un modelo de atención al cual contemple las necesidades de la población femenina.

Una propuesta para reorientar la atención de Enfermería es promoción para la Salud.

De primera instancia es propiciar la consultoria de Enfermería para la Salud de las mujeres y al niño, en donde el pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia en Servicio Social podría constituir como recurso humano, dando atención directa: como el control de la población, seguimiento de casos, la concentración de información que apoye investigaciones posteriores de Enfermería el modelo pretende encausar en trabajo comunitario.

La consultoria de enfermería es en base a:

- Educar a la población femenina de la importancia de realizarse el examen del Papanicolaou y toma de muestra.
- Promover y fomentar la asistencia de la mujer en los distintos Servicios de Salud que presta el hospital.
- Horario accesible para la población que trabaja.
- Participación directa del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, Paciente y Medico en programas que la comunidad solicite.
- Asegurar el control de casos en el programa que se lleva a cabo.

El papel de Enfermería es de mejorar y obtener beneficios en pacientes sanos y enfermos, mejorando la calidad de la asistencia al valorar, planear, poner en practica y evaluar los servicios que soliciten los pacientes en forma continua.

Al fomentar la salud abarca para toda la vida y es aplicable desde que nace hasta que muere, sin importar la posición socioeconómica, ni cultural de la población.

Los programas de fomento a la salud son herramientas importantes que alientan en la mujer la responsabilidad de cuidar su propia salud y tiene un afecto positivo.

Ella es la única que puede tomar decisiones de las que depende si fomenta o no su propia salud con su estilo de vida conforme más aceptación se tenga en la sociedad **tendra un efecto significativo** en el modo de vida para lograr su bienestar y una salud óptima.

Es aquí donde la enfermera busca estrategias para involucrar a la mujer a cuidar su salud, no sólo ella sino todo el quipo de salud, que apoye a la mujer a ser más responsable en cuanto a su salud.

Es por esto que la distribución sea equitativa de los servicios para el cuidado de la salud es necesario que sean accesibles y completos para todos, con un amplio servicio en promoción, prevención y curativo, si se desea alcanzar el nivel más alto de salud para toda la población estos deben ser aceptables para las personas o no se utilizarían.

Dentro de tantos obstáculos que hubo para poder realizar esta tesis: es primero se busco el tema, ya que al realizar el Servicio Social en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM, la investigación que se llevo a cabo, se estaba procesando la información en la computadora y además fue hecha en Atotonilco, Hidalgo aproximadamente dos meses antes que realizara el Servicio ya que la empresa estaba en huelga aproximadamente desde hacia tres meses por lo que se tuvo que enfocar a otro tema.

Esta investigación se realizo en un Hospital de Salubridad, por lo que se pidio autorización a las autoridades competentes para poder llevar a cabo esta tesis, a los medicos les intereso esta investigación por que no se habia hecho ninguna de este tipo más si Enfermeria lo realizaba y por la tematica que contiene, también tardo aproximadamente 15 días para autorizarla el hospital y se mando también a Dirección General para que la autorizarán y a la fecha no he tenido respuesta de esa autorización, por lo tanto el jefe de Enseñanza me autorizo a hacer la entrevista a los pacientes por medio del cuestionario. Aunque es un Hospital de Materno-Infantil la población no asiste, porque anualmente se lo realizan de 600 a 700 pacientes, es un porcentaje bastante bajo, aunque hay muchos pueblos circunvecinos que llegan a pedir atención medica. aún así no asisten a realizarse el examen del Papanicolaou.

La población que se entrevistó fue muy accesible y cooperadora en cuanto a contestar el cuestionario, también les interesó mucho el tema propuesto para esta investigación y por el interés que tenían algunas personas en realizárselo ese mismo día el examen del Papanicolaou.

BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA RODRIGUEZ, Virginia, FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER, Medicina Preventiva.
- ARMIJO ROJAS, Rolando, EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER, México. 1986 Pp. 185.
- ARMITAGE P. BERRY G., ESTADISTICA PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMEDICA, 6 de. Dogma, España, 1992. Pp. 656.
- ALVAREZ ALVA, Rafael, SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA, Manual Moderno, México. 1991 PP. 391.
- BARQUIN CALDERON, Manuel, SOCIOMEDICINA, 3de., Méndez Editores, México 1992. Pp 826.
- BEAGLEHOLE R., BONITA R., EPIDEMIOLOGIA BASICA, 2de., OPS. Estados Unidos. 1994. Pp. 186.
- CISNEROS DE CARDENAS MT., ESPINOSA ROMERO R., PINEDA CORONA BE., GONZALEZ CAMAÑO A., MORTALIDAD POR CANCER DE LA MUJER MEXICANA, Salud Pública, México. Vol. 29 No. 4 Julio-Agosto. 1987 Pp. 299-312.
- CORTINAS DE NAVA Cristina, CANCER Y AMBIENTE, Bases Epidemiológicas para su Investigación y Control. OPS, OMS. México. 1990. Pp 78.
- CUEVAS TORRES J.J., SANTOS MIRANDA J. A., ONCOLOGIA BASICA, Vector. México 1985 Pp. 663.
- DAWSON Beth, TRAP G. Robert, BIOESTADISTICA MEDICA, El Manual Moderno, México 1995. Pp. 380.
- DICCIONARIO, Ilustrado Purrúa, México. 1994. Pp. 1692.
- Dirección General de Epidemiología SSA., COMPENDIO REGISTRO HISTOPATOLOGICO DE NEOPLASIAS EN MEXICO, Morbilidad y Mortalidad Bienio 1993-1994, tendencia 1985-1994, México Pp. 130.
- Dirección General de Epidemiología SSA, PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL CANCER CERVICOUTERINO, México. 1996.

DUGAS WITTER, Beverly, TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA, ED. 4, Interamericana, México. 1988. Pp. 795.

HERNAN SAN, Martín, SALUD Y ENFERMEDAD, La Prensa Médica Mexicana, 4de. México. 1988. Pp 895.

FOWLER J., SELECCION PARA CANCER CERVICAL. TERMINOLOGIA COMUN CLASIFICACION Y TECNICA, Vol. 93, Febrero 1993. Pp 57-70.

KING M. Imogene, ENFERMERIA COMO PROFESION, Filosofía, Principios y Objetivos, Limusa, México. 1990. Pp. 190.

KGTHLEEN M. Leahy, ENFERMERIA PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD, Prensa Medica Mexicana, México. 1980. Pp. 445.

LAURELL ASA, Cristina, ATENCION A LA SALUD EN MEXICO, Recopilación Academia de la Atención a la Salud en México. ENEO. UNAM. México. 1994 Pp. 190.

LEACH, Chris, FUNDAMENTOS DE ESTADISTCA ENFOQUE NO PARAMETRICO PARA CIENCIAS SOCIALES, ED. Limusa, México. Pp 422.

MATEU ARAGONES, José M., CANCER DE UTERO, Jims. España. 1982. Pp. 516.

MAUSNER, Judith, EPIDEMIOLOGIA, Interamericana, México, 1977 Pp 346.

NIGENDA, Gustavo, METODOS CUALITATIVOS PARA LA INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA, Perspectivas en Salud Pública, México. 1995. Pp. 103.

PERFILES ESTADISTICOS No. 7 TUMORES, series monográficas, México. 1922-1990. Pp. 102.

OPS, TUMORES MALIGNOS, Organización Panamericana de la salud. Vol. 1 1990. Pp. 103-104.

Memorándum de una Reunión de la OMS, INFECCIONES GENITALES POR PAPILOMAVIRUS HUMANOS Y CANCER, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol. 65. No. 6 Abril. 1987. Pp. 120-137.

OPS, LA LUCHA CONTRA EL CANCER, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 113. No. 5 y 6 Nov/Dic. 1992. Pp. 535-538.

OLAIZ Gustavo, PARES Patricia, HERNANDEZ Mauricio, Los retos de la Transición. CANCER. UN ENCUENTRO CON EL FUTURO EPIDEMIOLOGICO, Secretaria de salud. México. Pp. 81.

OVALLE FERNANDEZ, Ignacio, SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS AL AÑO 2000. Siglo Veintiuno, 4ed., México. 1992. Pp. 452.

RESTREPO TRUJILLO, Mauricio, CANCER Y AMBIENTE. Bases Epidemiológicas para su investigación y Control. PSA, OPS, OMS, México. 1990 Pp 90.

Secretaria de Salud PREVENCIÓN DE LOS CANCERES CERVICOUTERINO Y MAMARIO. Manual y Procedimientos. México. 1994 Pp. 36

Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CANCER DEL CUELLO DEL UTERO Y MAMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Enero de 1995. México. Pp. 8.

SOBERON G. KUMATE J., LAGUNA J., LA SALUD EN MEXICO: TESTIMONIOS PROBLEMAS Y PROGRAMAS DE SALUD. Tomo II, Secretaria de Salud. Fondo Cultural Económica. México 1988, PP. 139.

SONNIS, Abraham y Colaboradores, ATENCIÓN DE LA SALUD. Tomo II, El Ateneo. 3ed. México. 1994. Pp. 857.

VERDUZCO SOLIS, C., LOPEZ CERVANTES M., PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA MORTALIDAD POR CANCER EN MEXICO. Salud Pública. México. Vol. 28. No. 5 Sep/oct. 1986. Pp. 453-550.

WONNACOTT H. Thomas, WONNACOTT J. Ronald, INTRODUCCION A LA ESTADISTICA, ed. Limusa, México. 1981. Pp. 515.

A N E X O

CUADROS

Y

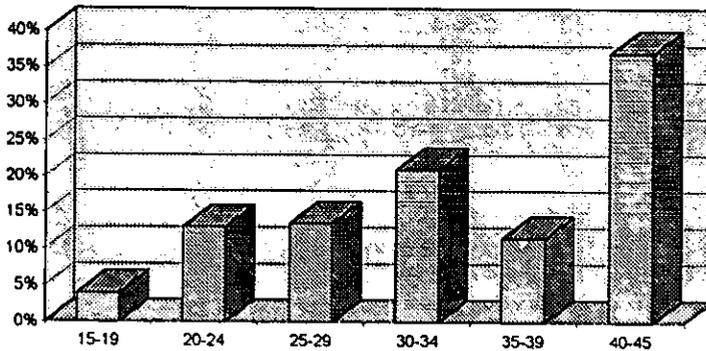
GRAFICAS

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	8	4%
20-24	26	13%
25-29	27	13.5%
30-34	42	21%
35-39	23	11.5%
40-45	74	37%
Total	200	100%

GRAFICA No. 1



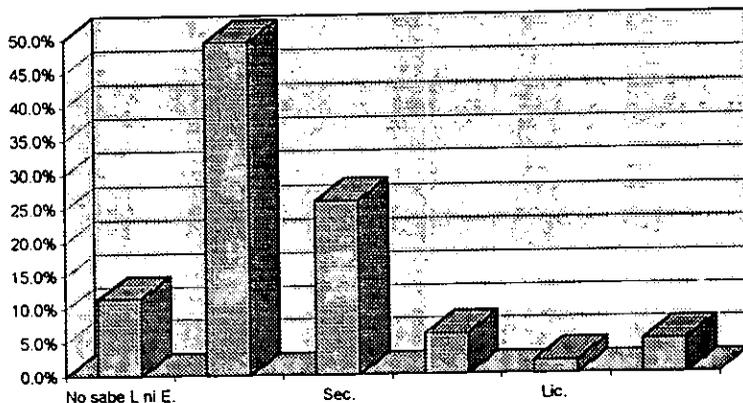
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Grado de estudio:	Frecuencia	Porcentaje
No sabe L. ni E.	23	11.5%
Primaria	99	49.5%
Secundaria	52	26%
Preparatoria	12	6%
Licenciatura	4	2%
Otro	10	5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 2



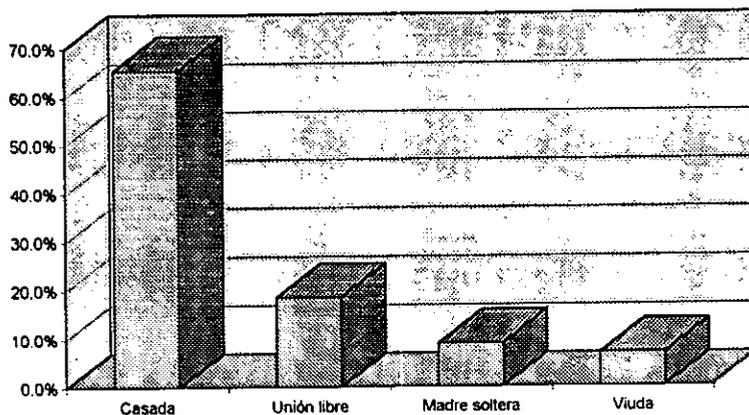
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	131	65.5%
Unión libre	37	18.5%
Madre soltera	18	9%
Viuda	14	7%
Total	200	100%

GRAFICA No. 3



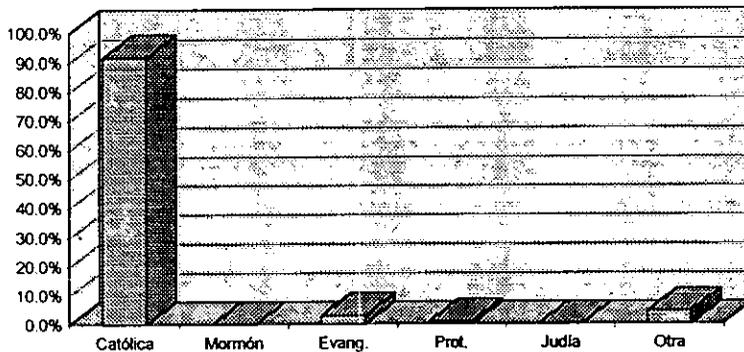
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 4

RELIGION A LA QUE PERTENECEN LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Religión:	Frecuencia	Porcentaje
Católica	183	91.5%
Mormón	0	0%
Evangélica	6	3%
Protestante	2	1%
Judía	0	0%
Otra	9	4.5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 4



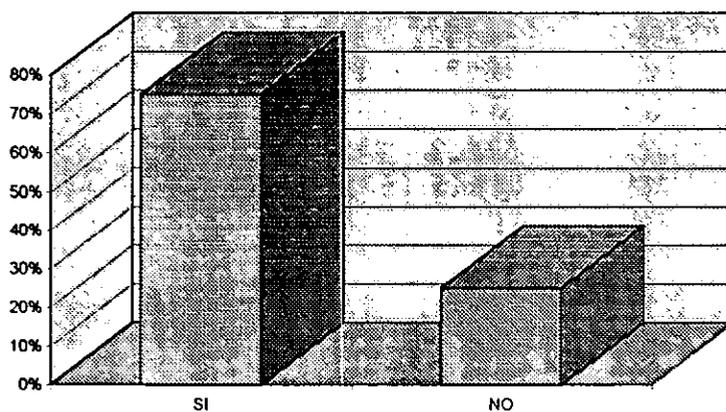
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO ACERCA DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO ESE EXAMEN

Saben que es el examen del Papanicolaou:	Frecuencia	Porcentaje
SI	150	75%
NO	50	25%
Total	200	100%

GRAFICA No. 5



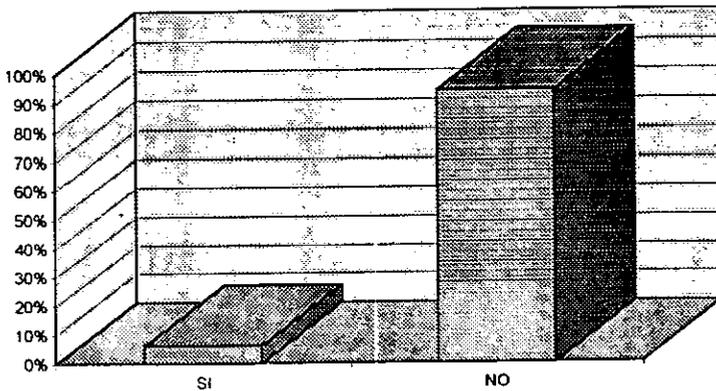
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 6

FAMILIARES DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU QUE PADEZCAN CANCER CERVICOUTERINO

Padecen de Cáncer:	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	6%
NO	188	94%
Total	200	100%

GRAFICA No. 6



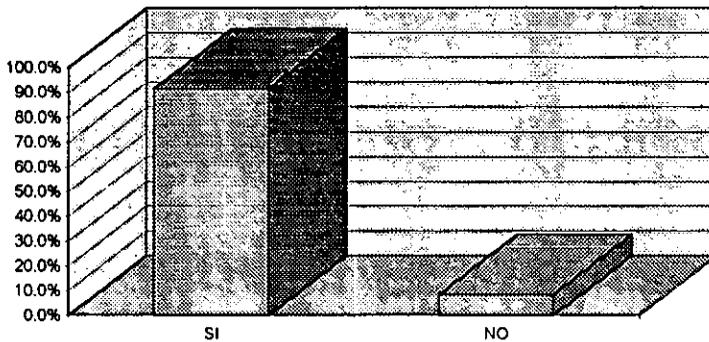
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 7

POR SU BIENESTAR SE HARIAN EL EXAMEN LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Por el bienestar se haria ese examen:	Frecuencia	Porcentaje
SI	183	91.5%
NO	17	8.5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 7



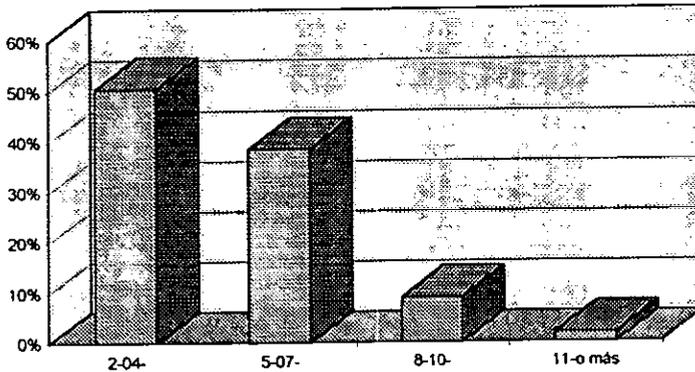
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 8

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Número de integrantes:	Frecuencia	Porcentaje
2-4	101	50.5%
5-7	77	38.5%
8-10	18	9%
11- o más	4	2%
Total	200	100%

GRAFICA No. 8



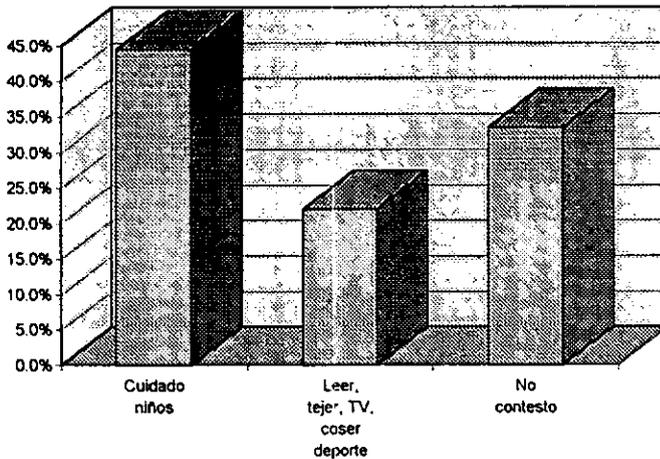
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 9

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Actividades que realizan en su tiempo libre:	Frecuencia	Porcentaje
Cuidado niños	89	44.5%
Leer, tejer, TV, coser, deporte.	44	22%
No contesto	67	33.5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 9



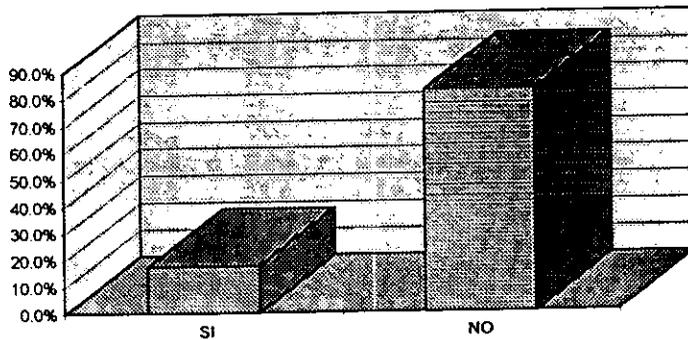
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 10

FUMAN LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Fuman	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	17.5%
NO	165	82.5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 10



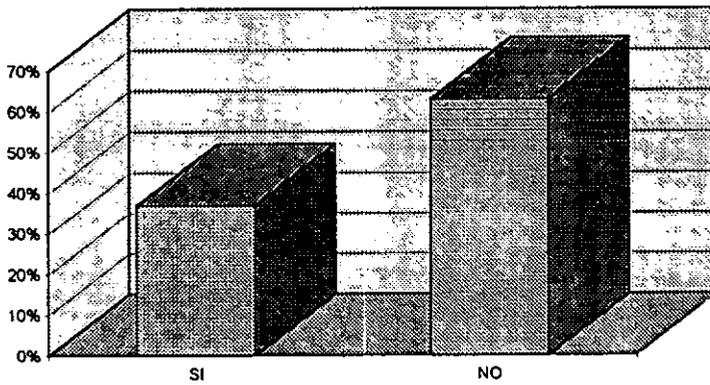
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 11

TIENEN AYUDA EN LAS LABORES DEL HOGAR LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Ayuda en labores del hogar:	Frecuencia	Porcentaje
SI	74	37%
NO	126	63%
Total	200	100%

GRAFICA No. 11



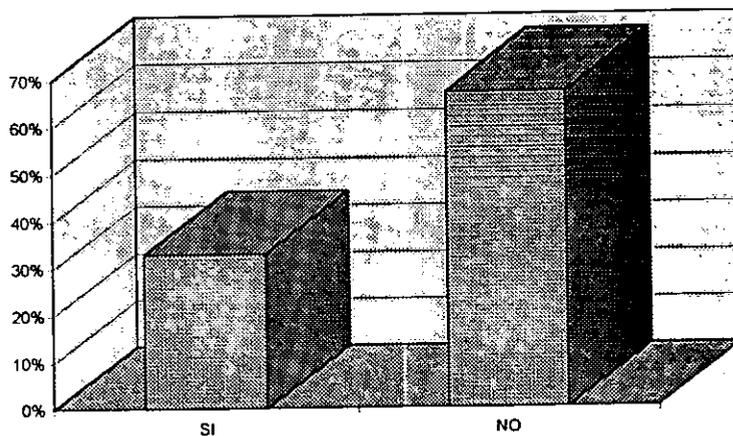
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tlahuac.

CUADRO No. 12

TRABAJAN LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Trabajan:	Frecuencia	Porcentaje
SI	66	33%
NO	134	67%
Total	200	100%

GRAFICA No. 12



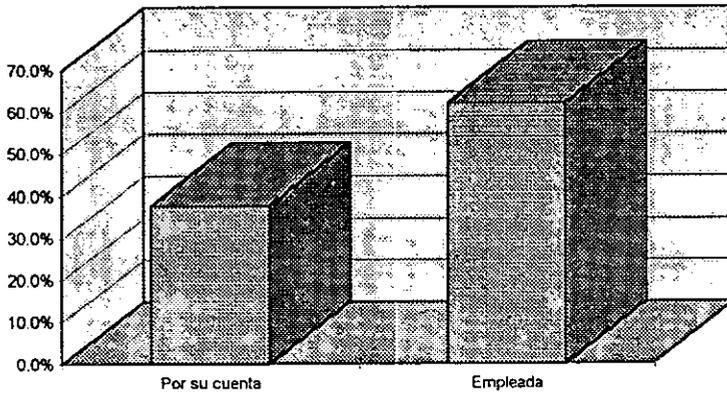
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 13

CATEGORIA DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Trabajan:	Frecuencia	Porcentaje
Por su cuenta	25	37.5%
Empleada	41	62.1%
Total	66	100%

GRAFICA No. 13



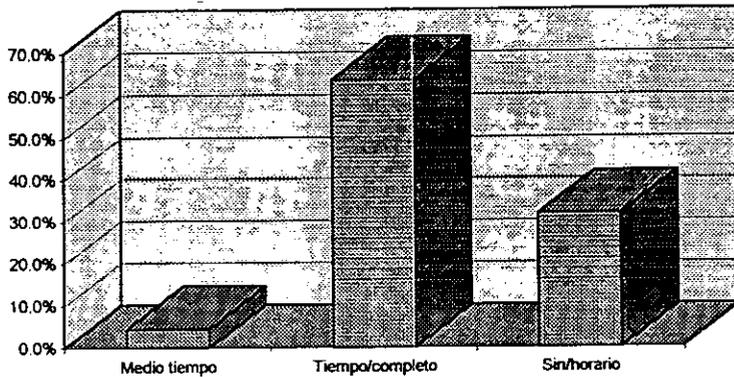
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 14

HORARIO DE TRABAJO DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Horario de trabajo:	Frecuencia	Porcentaje
Medio /tiempo	3	4.5%
Tiempo/completo	42	63.6%
Sin/horario	21	31.8%
Total	66	100%

GRAFICA No. 14



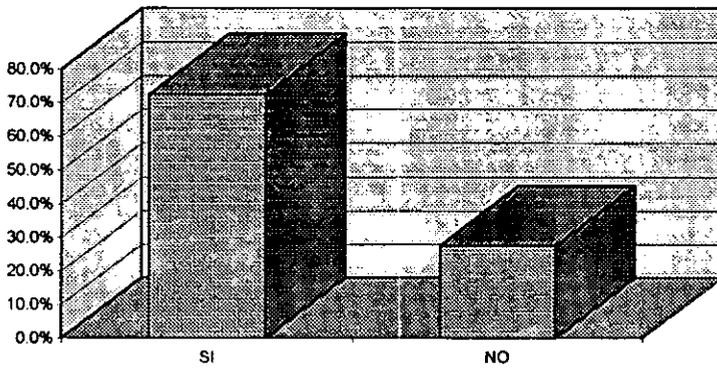
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 15

SE HARIAN EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU CON UN MEDICO LAS MUJERES QUE NO SE LO HAN REALIZADO DICHO EXAMEN

Realización del examen con el medico:	Frecuencia	Porcentaje
SI	145	72.5%
NO	55	27.5%
Total	200	100%

GRAFICA No. 15



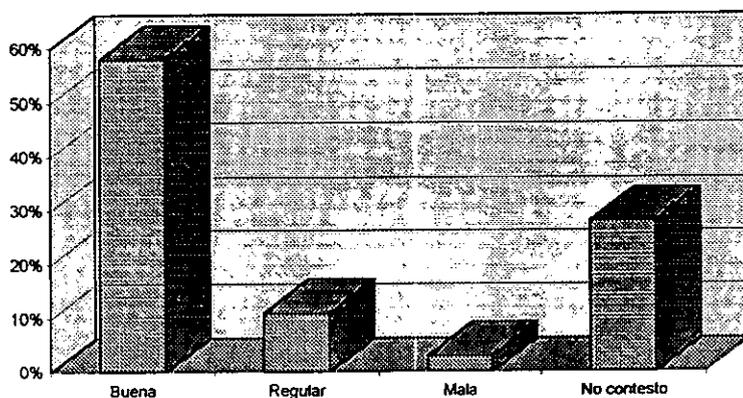
FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital -Infantil de Tláhuac.

CUADRO No. 16

OPINION DE LAS MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

La atención es:	Frecuencia	Porcentaje
Buena	116	58%
Regular	22	11%
Mala	6	3%
No contesto	56	28%
Total	200	100%

GRAFICA No. 16



FUENTE: Encuesta aplicada del 30 de abril al 15 de mayo de 1998, a pacientes del Hospital Materno-Infantil de Tláhuac.

INSTRUMENTO

DE

RECOLECCION

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA
REALIZACION DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU PARA REORIENTAR LA
ATENCION DE ENFERMERIA EN EDUCACION PARA LA SALUD**

OBJETIVO: Identificar los factores sociales por lo que no asisten las mujeres a realizarse la prueba del Papanicolaou.

FECHA: _____

FOLIO _____

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

MENARCA _____ FUR: _____ EDAD IER. EMBARAZAO _____

GESTAS: _____ PARAS: _____ ABORTOS: _____ CESAREAS: _____

MARQUE CON UNA X EN CADA PREGUNTA LA RESPUESTA CORRECTA.

1.- ¿CUANTOS AÑOS TIENE?

15-19 _____

30-34 _____

20-24 _____

35-39 _____

25-29 _____

40-45 _____

2.- ¿GRADO DE ESTUDIO?

NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____

PREPARATORIA _____

PRIMARIA _____

LICENCIATURA _____

SECUNDARIA _____

OTRO _____

3.- ¿ESTADO CIVIL?

CASADA _____

MADRE SOLTERA _____

UNION LIBRE _____

VIUDA _____

4.- ¿RELIGION A LA QUE PERTENECE?

CATOLICA _____

PROTESTANTE _____

MORMON _____

JUDIA _____

EVANGELICA _____

OTRA _____

5.- ¿SABE QUE ES EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

SI _____ NO _____

6.- ¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES TIENE CANCER CERVICOUTERINO?

SI _____ NO _____

7.- ¿POR SU BIENESTAR SE HARIA ESE EXAMEN?

SI _____ NO _____

8.- ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED?

2-4 _____ 8-10 _____
5-7 _____ 11- o más _____

9.- ¿EN SU TIEMPO LIBRE A QUE SE DEDICA?

10.- ¿USTED FUMA?

SI _____ NO _____ CIGARROS AL DIA _____

11.- ¿ALGUNA PERSONA LE AYUDA EN LAS LABORES DEL HOGAR?

SI _____ NO _____

12.- ¿USTED TRABAJA?

SI _____ NO _____

13.- ¿EN QUE?

14.- ¿HORARIO DE TRABAJO?

15.- ¿SE HARIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU CON UN MEDICO?

SI _____ NO _____

EN CASO DE NO CON QUIEN?

16.- ¿EN SU OPINION LA ATENCION QUE HA RECIBIDO AL REALIZARSE EL PAPANICOLAOU ES?

BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

POR QUE? _____

GRACIAS POR SU COLABORACION