



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

"INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PARA LA LIMITACION DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CANCER CERV COUTERINO EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DEL AREA DE AFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD URBANO T-III EL ARENAL"

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

290557

MARTHA ELENA SUAREZ CHAIREZ

NUMERO DE CUENTA 9206974-9

LETICIA ATANACIO AGUILAR

NUMERO DE CUENTA 9220759-0

*Laura Pacheco*

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. ANA LAURA PACHECO ARCE



MEXICO, D. F.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
MAYO DEL 2001  
Coordinación de Servicio Social



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por darnos la fuerza, la voluntad y medios para cumplir esta meta.*

*A la Lic. Enf. Ana Laura Pacheco Arce, por brindarnos su apoyo, conocimientos y experiencia en la realización de esta investigación.*

*Al personal del C. O. U. T. J. J. El Arenal, por su interés y apoyo para que este trabajo fuera llevado a cabo.*

*A las mujeres que contribuyeron a la realización de este proyecto.*

*A nuestros hermanos y amigos que siempre nos tuvieron paciencia y cariño en el impulso por lograr nuestras metas.*

## DEDICATORIA

*A nuestros padres, porque con gran esfuerzo, entereza y valor nos han educado e impulsado para continuar en este camino.*

*Atte. Leticia,  
Martha.*

## CONTENIDO

	Páginas
Introducción.	7
<b>I.- Fundamentación del tema</b>	<b>9</b>
Planteamiento del problema	9
Problema.	9
Justificación.	9
Objetivo	10
<b>II.-Metodología</b>	<b>10</b>
Variable independiente y dependiente	10
Indicadores	10
Tipo de estudio	11
Universo	11
Población	11
Muestra	11
Criterios de inclusión y exclusión	12
Técnicas e instrumentos de investigación	12
Fuentes de información	12
Métodos de recolección	12
Recursos humanos, materiales y financieros	13
Aspectos éticos	13
<b>III.-Marco teórico</b>	<b>14</b>
1.-Definición de la disciplina de Enfermería	14
1.1Perfil académico del egresado de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México	15
2.-Conceptos y teorías que abordan el proceso salud enfermedad de la mujer	17
3.-Factores que influyen en la salud de la mujer	19
4.-Riesgo, Factores de riesgo, e indicadores	21
5.-Utilidad e importancia del enfoque de riesgo	23
5.1.-Concepto del enfoque	23
5.2.-Medidas de riesgo	23
5.3.-Diferencia de riesgo	24
5.4.-Riesgo relativo	24
5.5.-Riesgo Atribuible	26

5.6.-Riesgo Atribuible Poblacional	26
5.7.-Aplicación de enfoque de riesgo	26
6.-Atención a la Salud en México	27
6.1.-Niveles de atención a la salud	28
7.-La salud pública en México	28
7.1.-Funciones de la salud pública	29
7.2.-Intervenciones del Lic. en Enfermería en la salud pública	30
7.3.-Educación para la salud	30
7.4.-Promoción a la salud	32
7.5.-Modelo de promoción a la salud	32
8.-El derecho a la salud de la mujer	36
8.1.-Ley General de Salud	38
-Artículo 110	38
-Artículo 111	38
-Artículo 112	38
8.2.-NOM-014SSA2-1994 Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención y tratamiento y control del cáncer cervicouterino	39
8.3.-Acuerdo por el que se decreta el comité Nacional para la prevención y control de cáncer cervicouterino	41
8.4.-Decreto por el que se establece la cartilla Nacional de Salud de la mujer	41
9.-Principales causas de mortalidad en México	42
9.1.-Mortalidad y morbilidad de la mujer adulta joven en México	43
9.2.-Programa Nacional de Salud	44
-Programa de salud reproductiva	44
10.-Antecedentes de cáncer cervicouterino	45
10.1.-Anatomía y fisiología del cuello uterino	45
10.2.-Patología	48
10.3.-Factores de riesgo	53
10.4.-Epidemiología	55
10.5.-Aspectos preventivos	56
<b>IV.-Interpretación y análisis de los datos</b>	<b>58</b>
<hr/>	
<b><u>V.-Intervenciones y sugerencias de acción del Lic. en enfermería y obstetricia de acuerdo a la valoración de los riesgos para la prevención y detección oportuna de Ca. Cu. en mujeres de 20 a 45 años que acuden al C. S.U. T-III El Arenal</u></b>	<b>99</b>
<hr/>	
Glosario	104
Anexo	107
Bibliografía	115

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro No 1</b>	“mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal en la Delegación Azcapotzalco México D.F.”	58
<b>Cuadro No.2</b>	Relación de la edad de IVSA con algunos factores de riesgo Para el cáncer cervicouterino en mujeres de 20 a 45 que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Del. Azcapotzalco México D.F. 2000 Cuadros de comparación cuadro 2	61 66
<b>Cuadro No.2-A</b>	Resultado de la valoración de riesgo en relación con la edad de IVSA con los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, el número de parejas sexuales, higiene sexual, infecciones vaginales y paridad	66
<b>Cuadro No. 3</b>	Relación de la higiene sexual con el número de parejas sexuales, circuncisión de la pareja e infecciones vaginales como factor de riesgo para el Ca. Cu.de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco México D.F. 2000 Cuadros de comparación cuadro 3	69 73
<b>Cuadro No.3-A</b>	Resultado de la valoración de riesgo, en relación con Las prácticas de higiene sexual Análisis de riesgo	73
<b>Cuadro No. 4</b>	Relación entre la ocupación y la asistencia a consultas de detecciones de las mujeres de 20 a 45 años en estudio que acuden al C.S.U. T-III El Arenal	76
<b>Cuadro No.4-A</b>	Resultado de la valoración de riesgo en relación con La ocupación y consultas de detecciones en las mujeres de 20 a 45 años de C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000 Cuadro de comparación del cuadro 4	78 78
<b>Cuadro No.5</b>	Relación entre los antecedentes de cáncer con: conocimiento de los factores de riesgo para cáncer cervicouterino, realización de papanicolaou y la utilización de hormonales en las mujeres que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco México D.F. 2000 Cuadro de comparación cuadro 5	80 84
<b>Cuadro No.6</b>	Relación entre el nivel de estudios con la edad de IVSA, número de parejas sexuales, conocimiento de los factores de riesgo de Ca. Cu., y realización del papanicolaou en las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal	86
<b>Cuadro No.7</b>	Mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U.T-III El Arenal en relación a las acciones higiénico sexuales, presencia de infecciones vaginales y realización del papanicolaou México D.F. 2000	94

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1	Mujeres de 20 a 45 años del C.S.U. T-III "El Arenal"	59
Gráfica No. 2	Relación de edad de IVSA con el número de parejas de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III "El Arenal" México D.F. 2000	62
Gráfica No 3	Relación de IVSA con la realización de actividades de higiene sexual en mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	63
Gráfica No 4	Relación de la edad de IVSA con la presencia de infecciones vaginales en las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	64
Gráfica No 5	Relación de IVSA con el número de embarazos en las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III "El Arenal" México D.F.2000	65
Gráfica No 6	Relación entre la práctica de higiene sexual con el número de parejas de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco México D.F. 2000	70
Gráfica No 7	Relación entre el hecho de tener higiene sexual con parejas circundadas de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	71
Gráfica No 8	Relación existente entre la realización de prácticas de higiene sexual con la presencia de infecciones vaginales de la población estudiada	72
Gráfica No 9	Porcentaje de las mujeres de 20 a 45 años que acuden a consultas de detecciones en relación con la ocupación en el área de afluencia al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	77
Gráfica No10	Porcentaje de mujeres de 20 a 45 años que conocen los factores de riesgo para cáncer cervicouterino en relación con sus antecedentes familiares oncológicos en el C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	81
Gráfica No11	Porcentaje de mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. El Arenal y conocen sus antecedentes familiares de cáncer en relación a la realización del papanicolaou	82
Gráfica No 12	Porcentaje de mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal y tienen antecedentes familiares de cáncer y su impacto en la utilización de hormonales, México D.F. 2000	83

Gráfica No 13	Edad de inicio de vida sexual activa de la población en estudio de acuerdo a los conocimientos adquiridos en el nivel de estudios del C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	87
Gráfica No 14	Número de parejas sexuales de acuerdo al grado de estudios alcanzado en la población femenina de 20 a 45 años que corresponden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	88
Gráfica No 15	Influencia del grado de estudios con el conocimiento de los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino en la población estudiada del C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	89
Gráfica No 16	Asistencia a realización de la prueba de papanicolaou en relación con el nivel de estudios de la población femenina de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000	90
Gráfica No 17	Influencia de la edad de la población estudiada en la realización de prácticas de higiene sexual	95
Gráfica No 18	Frecuencia de infecciones vaginales en relación a la edad de la población estudiada en el C.S.U. T-III El Arenal Azcapotzalco, México D.F. 2000	96
Gráfica No 19	Frecuencia en la toma de papanicolaou de acuerdo a la edad de la población estudiada en el C.S.U. T-III El Arenal, Azcapotzalco México D.F. 2000	97

## INTRODUCCION

En México el cáncer cérvico uterino representó en 1997 la tercera causa de mortalidad en mujeres de 25 a 34 años y la segunda en mujeres de 35 a 44; siendo por tal motivo considerado como uno de los principales problemas de salud pública que afecta al país, y para el cual se han decretado un sinnúmero de acciones para favorecer la detección y al mismo tiempo la prevención oportuna.

Durante la realización del servicio social en los Servicios de Salud Pública del D.F., pudimos observar que pesar de la gran difusión sobre la prevención de éste padecimiento en los medios de comunicación; y los programas de salud llevados a cabo encontramos que la promoción a la salud por el personal de enfermería no ha sido basada en las necesidades reales de la población ni en los factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino existentes en las mujeres.

Con la presente investigación pretendemos definir las intervenciones del Lic. en Enfermería y Obstetricia en la valoración de los riesgos, por medio de un estudio descriptivo, observacional y transversal, en la población femenina de 20 a 45 años pertenecientes al área de afluencia del Centro de Salud urbano T-III "El Arenal", correspondiente a la jurisdicción Sanitaria Azcapotzalco, México D.F. iniciando esta con la detección de los factores de riesgo de mayor prevalencia en la zona, mediante la utilización del enfoque de riesgo, apoyándonos en un cuestionario de valoración, que fue llenado con carácter confidencial, voluntario y con previo conocimiento de la investigación por 561 mujeres que acuden y pertenecen al área de afluencia del Centro de Salud entre 20 y 45 años, obteniendo una muestra de 400 mujeres que accedieron a contestarlo y cumplían con los criterios de inclusión.

Para la elaboración de estas encuestas nos basamos en un marco teórico que nos muestra los conocimientos básicos que un profesional de enfermería debe tener y dominar para llevar acabo sus actividades tanto en su vida diaria como en la realización de sus funciones como profesional de la salud. Es así que las encuestas fueron aplicadas de forma directa con el apoyo y colaboración de la directora y jefa de enfermeras del centro de Salud; una vez obtenida la muestra procedimos a realizar la valoración de los riesgos concentrando en primer lugar los datos en fichas simples (ver anexo) que nos permitieron el manejo rápido y adecuado de los datos al llevar acabo la contabilidad de estos. Una vez vaciado el total de las cédulas en las fichas se prosiguió con la relación de las variables y sus indicadores utilizando los cuadros de doble entrada de la teoría del riesgo, encontrando por medio de estos la incidencia de los factores en la población y, así como los daños que pueden evitarse si estos llegarán a controlarse plasmándolo en el impacto que esto tendría en la población; posteriormente se realizaron los cuadros de presentación de los datos, así como los cuadros de comparación y esquematizaciones gráficas que nos facilitaron el análisis para planear las intervenciones de una manera específica. Con la ayuda del el modelo de promoción a la Salud de Nola Pender, mediante su lectura y análisis, pudimos llegar a una conclusión general y al establecimiento de propuestas para la intervención tanto al futuro profesional de enfermería, como al área docente, y sobre todo al personal que labora en el centro de Salud.

Estas intervenciones se brindan de manera general y abierta, para que puedan ser modificadas y adaptadas a cada aspecto del programa de salud de la mujer de acuerdo al tipo de población al que vayan a ser dirigidos, con el fin de no globalizar en factores que son de gran importancia en la planeación de estrategias de educación y promoción para la salud.

Quedando organizada la investigación de la siguiente manera en el primer capítulo la fundamentación del problema, donde observaran que no existe una hipótesis precisamente porque diversos estudios específicamente médicos han dado a conocer las posibles causas (factores de riesgo) que desencadenen el padecimiento, pero la presente investigación tiene el fin de observar la preponderancia de esos factores, para poder actuar eficazmente como anteriormente se menciona por medio de promoción a la salud.

En el segundo la metodología de la investigación incluyendo las técnicas e instrumentos de investigación. En el capítulo III encontramos el marco teórico donde se abordan puntos relacionados con la profesión de enfermería, con el proceso salud enfermedad de la mujer y factores de riesgo que influyen en la misma además de la medida de riesgo; la salud pública en México específicamente la educación y promoción a la salud; el derecho a la salud de la mujer en donde se incluye la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino y todo lo relacionado con la patología.

En el Capítulo IV se concentra la interpretación y análisis de los datos para posteriormente en base a esta valoración de riesgo pasar a las intervenciones y sugerencias que van dirigidas no solo al Lic. en enfermería sino también al personal docente y; especialmente al personal que labora en el centro de Salud (enfermería) para iniciar la promoción de comportamientos saludables que limiten los factores de riesgo para Ca. el Cu. y otros padecimientos, así mismo como dejar esta investigación como antecedente para futuras investigaciones, o para su seguimiento desde otro punto de vista.

## **I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En México actualmente se vive una transición epidemiológica donde se padecen enfermedades infecciosas como enfermedades crónico-degenerativas y estas a su vez suelen encontrarse en una sola población, tal es el caso del cáncer cérvico uterino que representó una de las principales causas de mortalidad en mujeres de 25 a 34 años, siendo en 1997 la tercera causa de muerte y en mujeres de 35 a 44 años el segundo lugar, esto condicionado por diversos factores, dentro de los cuales uno de los más importantes es la educación para la salud. Por tal motivo, se hace necesaria la intervención integral del licenciado en Enfermería y Obstetricia en la valoración de los factores de riesgo dentro de dichas etapas de vida con el fin de brindar una atención que favorezca la detección y limitación de los factores de riesgo dentro del primer nivel de atención.

### **PROBLEMA:**

La valoración de los factores de riesgo para el cáncer cervico-uterino en mujeres de 20 a 45 años, ¿favorecen la limitación de las intervenciones de enfermería que a largo plazo limiten la aparición del padecimiento?

### **JUSTIFICACION**

Durante la realización del servicio social dentro de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, se observó que en las mujeres de 20 a 45 años existen factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino, con lo que se logró deducir que la educación para la salud, no ha sido basada en las necesidades reales de la población, por consiguiente la presente investigación pretende definir las intervenciones del Lic. en Enfermería y Obstetricia iniciando con la valoración de los riesgos del padecimiento antes mencionado, para posteriormente con brindar una atención integral que favorezca su detección oportuna y por ende la limitación de estos.

## OBJETIVO

Valorar conforme a la teoría de riesgo algunos de los factores que la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico uterino señala favorecen la aparición del padecimiento, en la población del C.S.U. T-III El Arenal.

Delimitar las intervenciones en la promoción de comportamientos saludables para la limitación de factores de riesgo del Cáncer cérvico uterino en las mujeres de 20 a 45 años.

## II. METODOLOGÍA

### VARIABLES

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Los factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino en mujeres de 20 a 45 años.

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Limitación del cáncer cérvico uterino.

### INDICADORES:

#### Variable Independiente

- Edad
- Paridad
- Edad del 1er embarazo
- No. de Parejas sexuales
- Cirugías gineco obstétricas
- Abortos
- Circuncisión en la pareja
- Infecciones vaginales
- Lesiones vaginales
- Higiene sexual
- Higiene personal y de la pareja
- Utilización de hormonales orales e inyectables.
- Antecedentes familiares de cáncer
- Obesidad

#### Variable Dependiente

- Información
- Escolaridad.
- Realización del papanicolaou
- Ocupación
- Consultas de detección
- Tabaquismo

## TIPO DE ESTUDIO

### Descriptivo, observacional y transversal

**Descriptivo:** porque pretende generar conocimientos relacionados con las intervenciones de enfermería en la promoción a la salud, con base en la valoración de los factores de riesgo, con el fin de contribuir a la prevención del padecimiento.

**Observacional:** Porque la observación directa e indirecta de los factores de riesgo nos permitirá establecer las intervenciones que el personal de enfermería debe realizar para la prevención, así como para la limitación en la aparición del padecimiento a largo plazo.

**Transversal:** porque este se realiza durante un solo corte de tiempo y en una situación dada, pretendiendo sin embargo que sea retomado posteriormente, para un mayor impacto.

## UNIVERSO

Población femenina de 20 a 45 años de la Delegación Azcapotzalco.

Colonias: Arenal, La raza, porvenir, Del gas, Victoria de las Democracias, Tlatilco, Prohogar, San Fco. Xocotitla, Patrimonio Familiar, Aguilera

## POBLACIÓN

Mujeres de 20 a 45 años que vivan dentro del área de jurisdicción del Centro de Salud T-III "El Arenal" y acudan por algún servicio médico al mismo.

## MUESTRA

De acuerdo al censo poblacional realizado por el departamento de epidemiología y medicina preventiva del C.S.U. T-III El Arenal para el año 2000 se estimó que asiste una población de 32,229 personas desde menores de un año, hasta mayores de 85 años encontrado que el 42.86 % (13813) de esta población se encuentra entre los 20 y 45 años, en donde el 22.01% (7092) son mujeres, así esta población la dividimos en 12 meses del año de forma equitativa, dándonos un total de 8.33% (591) mujeres por mes, que fueron encuestadas, teniendo que de estas sólo el 5.64% (400) se encuentran dentro de los criterios de inclusión y 2.69% no cumplía con estos criterios.

Por lo que en el presente estudio la muestra fue de 400 mujeres que contestaron adecuadamente el cuestionario de valoración de riesgo.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Mujeres de 20 a 45 años de edad con vida sexual activa, que vivan dentro del área de afluencia, acudan al Centro de Salud y deseen contestar el cuestionario.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Mujeres sin vida sexual, menores de 20 años y mayores de 45 años de edad que vivan fuera del área de afluencia al centro de salud, que no acudan y que no deseen contestar el cuestionario.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **FUENTES DE INFORMACION**

Libros, Internet, artículos de revistas, tesis, estadísticas, cuestionario de riesgos.

### **MÉTODOS DE RECOLECCION**

Entrevista con cuestionario.

El cuestionario para la valoración de los riesgos se elaboró tomando en cuenta los diversos factores de riesgo reproductivo asociados con el cáncer cervicouterino, este consta tanto de preguntas abiertas como cerradas, las primeras nos permitieron conocer datos personales que pudieran influir en el padecimiento y que nos ayudan a una identificación de algunos casos de riesgo para su canalización y tratamiento específico. Las preguntas cerradas que en su mayoría eran de afirmación o negación o de respuesta opcional en cuanto a algunas manifestaciones clínicas, nos permitieron agrupar los datos para llevar a cabo el análisis de los resultados.

Las primeras 6, contenían datos personales de identificación, las siguientes 10 corresponden a los antecedentes gineco obstétricos, además se cuestionó sobre la realización del papanicolaou y en estas, en caso de tener una respuesta negativa serían solo 2 preguntas, pero en caso de ser afirmativa, aumentaba a 5; el siguiente rubro de preguntas contenía información sobre la presencia y factores de riesgo para las infecciones vaginales siendo 8 en total, de las cuales 5 eran cerradas y 3 abiertas, posteriormente se tenían 3 preguntas sobre lo que es higiene durante el acto sexual; finalmente las últimas preguntas nos brindan un conocimiento sobre la existencia de factores que por su importancia aumentan o disminuyen el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino.

Los cuestionarios fueron realizados y aplicados por los responsables de la investigación con el fin de brindar una orientación específica ante las dudas que de este pudieran surgir.

## RECURSOS

Asesora de Tesis Lic. en Enf. Ana Laura Pacheco

Recursos humanos: Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia:

Atanacio Aguilar Leticia

Suárez Cháirez Martha Elena

Jefe de Enfermeras del C.S.U.T-III El Arenal :

Enf. Ma. Candelaria Flores Torres,

Recursos Materiales: libros, hojas, lápices, gomas, Equipo de computo, copias fotostáticas, clips, grapas.

Recursos financieros: Solventados por las pasantes

## ASPECTOS ETICOS

De acuerdo al artículo No. 17 del la Ley General de salud, en materia de investigación para la salud según el D.O.F. 6 Enero de 1987, esta investigación se considera sin riesgo, debido a que el estudio emplea técnicas y métodos de investigación ( documental retrospectivos, cuestionario de valoración), en los que no se realiza ninguna intervención o modificación de las variables de los individuos que participan en estudio, considerando así que:

-Las mujeres encuestadas participaron en el estudio con pleno conocimiento y aceptación, ya que son parte de la población perteneciente al Centro de Salud.

-Se garantiza el carácter confidencial de su participación; la información proporcionada por cada mujer se usara exclusivamente para proceso de datos.

-Cada mujer tiene derecho a decidir su participación en el estudio contestando el cuestionario o negarse a contestarlo.

-Cada mujer tiene derecho a solicitar una explicación sobre el propósito del estudio o realizar preguntas específicas derivadas de este.

-El investigador tiene la obligación de describir con detalle la naturaleza del estudio y cada mujer utiliza su derecho de participar o rehusarse a esto, en función a los beneficios de la investigación.

-Los investigadores aclaran que la participación de las mujeres fue estrictamente voluntario y que estuvieron concientes que rehusarse no afectaba de ninguna manera.

### III. MARCO TEORICO

#### 1.-DEFINICIÓN DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Enfermería profesional es mucho más que una lista de actividades efectuadas por enfermeras. Esta imagen de enfermería es incompleta y no contribuye a clarificar el verdadero sentido de nuestra profesión. Doris Grinspun menciona la siguiente definición de enfermería: "Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud".

Especificaremos los conceptos incluidos en la misma.

-Enfermería es ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

-Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad bio-psicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

-Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a moverse hacia un estado de salud.

Además la definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de Enfermería: persona (uno o más seres humanos), entorno (mundo único de cada persona), enfermería y salud; estos conceptos han sido articulados como el metaparadigma de Enfermería por primera vez en 1984 (Fawcett).

Si la enfermera entiende y engloba estos conceptos logrará identificarse y dar una asistencia que realmente necesita el individuo, familia y/ o comunidad. Agregando que la profesión debe fundamentarse con bases de conocimiento profundo.

Este conocimiento profundo incorpora los cuatro tipos de conocimiento identificados inicialmente por Carper en 1978.

Estos son el conocimiento empírico, estético, personal y ético.

-Conocimiento Empírico: se refiere al conocimiento científico. Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar. Incluye procesos descriptivos, exploratorios y prescriptivos.

-Conocimiento estético se refiere a todo aquel conocimiento expresado a través del arte de enfermería. este tipo de conocimiento no ha sido bien vinculado y es transmitido de enfermera a enfermera a través de métodos de observación.

-Conocimiento personal: se refiere al conocimiento de uno mismo. Carper dice que mientras más la enfermera se conoce a sí misma, mejor podrá conocer a otras personas. Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Conocimiento Ético: se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos. Este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente y abogacía.<sup>1</sup>

Todos estos conocimientos nos proporcionan habilidades de conectarnos, o vincularnos, con las personas en el contexto de su mundo único (persona-entorno-enfermera), para brindar atención de salud adecuada y reconocimiento de un rol propio.

Además la profesión intenta afirmarse procurando desmarcarse de la influencia médica, adquirir el sello de una formación superior, adoptar la imagen de marca de la investigación.

En relación del papel de enfermería en la investigación

La difusión del quinto informe OMS del Comité de Expertos de cuidados de enfermería empezó a abrir camino a la idea de que la investigación no sólo era algo posible y deseable, sino que era recomendable para el desarrollo de los cuidados de enfermería y de la enfermería: una profesión consciente de sus deberes debe hacerse preguntas que hagan suscritas investigaciones, debe estar dispuesta a permitir investigaciones relativas a su actividad, y pasar a la práctica el objeto de sus investigaciones.<sup>2</sup>

La aplicación de la investigación en enfermería sigue siendo uno de los terrenos menos explorados por lo que el profesional tiene un gran campo, el cual enriquecería la profesión y se vería observada en la atención que brinda.

## **1.1 PERFIL ACADEMICO DEL EGRESADO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

El egresado de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a la gran mayoría, proponiendo e impulsando las transformaciones que deriven en una sociedad más sana, justa y democrática.

Para cumplir con sus responsabilidades profesionales, el Lic. en Enfermería se caracteriza por su capacidad para lo siguiente:

Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para conocer los factores que han determinado la práctica real de enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.

Comprender los factores socioculturales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud enfermedad para priorizar los problemas de salud en relación con la estructura de sector salud, las políticas y las estrategias de acción para definir su participación dentro del equipo de salud.

Interpretar, críticamente los programas de salud a nivel nacional estatal y municipal para evaluar la participación de enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo, su función

<sup>1</sup> Pacheco Arce, Sociedad, salud y enfermería, p. 223-225

<sup>2</sup> OMS: Comité d' experts des infirmiers cinquième, Genève 1966

real y posible en los tres niveles de atención, su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.

Para participar, multiprofesional e inter profesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que puede resolverse, mediante tecnología y metodología, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

Aplicar los métodos clínicos y epidemiológicos con enfoque social para conocer y delimitar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos; así mismo diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento del nivel de salud y del bienestar.

Aplicar acciones preventivo terapéuticas de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto riesgo, mediano y bajo riesgo, con base en un criterio anticipatorio al daño potencial a la salud en función de revestir o limitar la evolución de los procesos patológicos en el ámbito hospitalario, comunitario y de asistencia social.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementan el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

Sistematizar el estudio clínico integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración, orgánico-funcional, durante diversas etapas de la vida.

Elaborar juicios clínicos que permitan la toma de decisiones acerca de la atención específica de enfermería que debe proporcionarse al paciente o cliente para contribuir con las cuatro ramas troncales de la medicina y las diversas especialidades.

Proporcionar atención obstétrica a la paciente de bajo riesgo perinatal.

Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud.

Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad con el fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud.

Aplicar los conocimientos de docencia participando en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos.

Distinguir los aspectos legales.

Actuar en la práctica con estabilidad emocional, valores éticos y principio humanístico.<sup>3</sup>

## 2.-CONCEPTOS Y TEORIAS QUE ABORDAN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LA MUJER

El concepto de salud y enfermedad a simple vista son fáciles de definir ya que superficialmente entendemos la salud como un bienestar subjetivo donde nos permite realizar actividades normales y cuando se presenta un malestar, dolor, angustia o incapacidad funcional lo consideramos enfermedad, por lo que a continuación analizaremos varios conceptos de salud y enfermedad.

Existe una definición de salud que ofreció la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la reunión de Alma-Ata en 1978, que la menciona como "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social importantísimo en todo el mundo"<sup>4</sup>.

El hombre es una entidad bio-psico-social, sin embargo la definición se considera un tanto imprecisa e incluso utópica. Sobre todo al señala que es un "estado", esto denota una condición estática, y la realidad se trata de una situación dinámica y de ajuste constante con los diversos factores que de alguna manera pueden alterarla.

Según la OMS, si no existe completo bienestar no hay salud. Esto es indiscutible; por ejemplo una persona que recibe alguna noticia desagradable podrá en ese momento entristecerse, perder el apetito o enojarse; en consecuencia no se encontrará en completo bienestar mental, pero eso no quiere decir que esté enferma, se trata de una respuesta que puede valorarse como normal, si esta concuerda con el estímulo recibido. Si la respuesta fuera exagerada o muy inferior a lo esperado, estaría en un rango de anormal o por lo menos así lo consideraríamos.

Mientras tanto un concepto ecológico de salud nos dice que esta no es una condición biológica de determinadas características, sino que varía en relación con el ambiente físico, químico, psíquico y sociocultural. Es decir, no se puede concebir la salud en valores absolutos, porque está en continuo ajuste con los cambios del ambiente. Lo importante es que en esta interacción hombre-ambiente la calidad y la intensidad de la respuesta del organismo sean adecuados a los estímulos del ambiente para mantener el equilibrio tanto en el medio interno como en el externo. La salud, en consecuencia es una situación de equilibrio dinámico con el ambiente funcionando, el organismo al óptimo de su capacidad. Es decir no sólo con mantener un ajuste con el medio sino que además este permita que el hombre pudiera manifestarse en el óptimo de su capacidad<sup>5</sup>.

En cuanto al concepto de enfermedad la OMS considera la enfermedad como la presencia de alteraciones que afectan al funcionamiento del cuerpo. Para poder hablar de alteraciones necesitamos disponer de un criterio de lo que es normal. A nivel de alteración

<sup>4</sup>, OMS- UNICEF, Informe final de la conferencia de atención primaria de salud, Alma-Ata URSS 1978.

<sup>5</sup> M. Sánchez et al, Elementos de salud pública, 1994.

patológica se entiende de por normal lo más frecuente en encontrar en individuos que no tienen enfermedad, o cuya probabilidad de enfermarse corresponde a norma general de la población.

Otra posición acerca de esta definición es :

el concepto ecológico, donde la enfermedad es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar; es decir es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura o función del organismo.<sup>6</sup>

Por otra parte la concepción de la salud desde un enfoque social, nos hace ver como el hombre es un ser dinámico en cualquier situación que se analice: biológica, psicológica o social, lo que lleva a considerar la salud- enfermedad como un proceso dentro del cual se da una interacción continua de elementos contradictorios, cuya resultante es el ser humano concreto, real, histórico, que vive en sociedades específicas, donde se dan relaciones sociales de producción e ideológicas concretas. lo que determinará su estado de salud- enfermedad, y más aún su forma de comprenderlo.<sup>7</sup>

Esto nos lleva a concluir que no existen estados absolutos de salud o de enfermedad, sino procesos dinámicos, complejos en los cuales los factores biológicos de daño y recuperación quedan insertados en la vida social, que es donde se comprende, determina y actúa sobre el proceso, de acuerdo con las leyes propias de todo fenómeno social.

Es entonces como la mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad, no está dada por el estudio de la apariencia en los individuos, sino por el proceso que se da en la colectividad humana. Entendiendo por el proceso salud enfermedad de la colectividad al modo específico de como se da en grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad, manifestándose empíricamente por una parte en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por otra, en las maneras específicas de enfermar y morir.<sup>8</sup>

Como una forma de concluir esto, tenemos que la definición no puede llevarse a cabo de manera individual ni universal, ya que una definición óptima incorpora las perspectivas y necesidades individuales como también las colectivas . Es también importantes entender que una persona puede definir la salud de una manera distinta de acuerdo a tiempos o circunstancias cambiantes.

---

<sup>6</sup> Higashida Hirose, Ciencias de la Salud, p. 6

<sup>7</sup> Pacheco, Ana Laura , Contextualización del proceso salud y enfermedad desde la perspectiva de las ciencias sociales, Antología, p. 13

<sup>8</sup> Pacheco, Ana Laura, op. cit. p. 59

### 3.-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LA MUJER

El nivel de salud no solo de las mujeres sino de la comunidad está condicionado por factores sociales , económicos, biológicos , ecológicos, psicológicos, culturales y políticos.

En el curso de la vida, la conjugación de estos factores determina que el individuo se mantenga sano o que enferme. La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos de que dispone el organismo no puede mantener en equilibrio dinámico con el medio.

En el presente capítulo mencionaremos como influyen los factores de riesgo en la salud de la mujer adulta-joven.

**Factores socio-económicos:** El proceso salud-enfermedad depende principalmente de la estructura socioeconómica, por lo cual la patología del subdesarrollo y de las familias pobres tienen su origen , sobre todo en las condiciones de depresión socioeconómica en que viven.

Múltiples estudios han demostrado que las causas que originan las diferencias en el nivel de salud entre las poblaciones de distintos países y entre los diferentes grupos de un mismo país, son las mismas causa que producen las diferencias entre el nivel de desarrollo económico.

Las tasa de morbilidad, mortalidad y letalidad son más altas en las clases pobres que en las ricas, lo que se explica principalmente en términos de estructura económica.

La mujer al integrarse al campo de trabajo, se convierte en persona económicamente activa y al mismo tiempo desempeña el papel de ama de casa, esto repercute en su salud, ya que no presta atención a su auto-cuidado.

**Factores culturales:** En los problemas de salud a los factores económicos se suman los culturales, se sabe, que en ocasiones los patrones culturales y las creencias contribuyen al agravamiento de los problemas de salud.

El comportamiento del hombre en primer término está encaminado a satisfacer sus instintos y necesidades biológicas pero el ambiente sociocultural en realidad condicionan ese comportamiento, al grado en que muchas ocasiones su conducta derivada de la presión social puede no ser favorable a la satisfacción de esos instintos. Hay personas que disponiendo de ciertos recursos para tener una buena alimentación, limitan sus gastos en este sentido para emplear esos recursos en comprar artículos superfluos como vestir a la moda, comprar automóvil etc. que son productos que le significan, en una sociedad de consumo, prestigio social.

Algunas de nuestras poblaciones , se caracterizan por su alto sentido religioso y de superstición, lo que saben en relación con la salud y la enfermedad muchas veces son conceptos que no están sustentados en criterios científicos, sino en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, pero que en su mayoría no se apegan a la verdad. Las causas de las enfermedades muchas veces son atribuidas a castigos divinos o a fenómenos sobrenaturales. El comportamiento de esas poblaciones tiene que estar condicionado por las creencias que posean. Actualmente, la información constante que se recibe por los medios de comunicación social, principalmente a través de radio, televisión y cine, están influyendo en la formación de hábitos y costumbres de la población, desapareciendo los tradicionales e incorporando nuevos, generalmente relacionados con el consumismo, música y canciones extranjeras. Poco cambio positivo se observa, comparativamente en el comportamiento de los hábitos en cuanto a la salud y la enfermedad, en virtud de que la información y orientación que recibe la colectividad en lo referente a la salud es mínima, se utiliza sólo en forma esporádica, mientras que en el aspecto mercantil se emplean en forma intensiva y extensiva.

Un pueblo entre mayor nivel educativo tiene, mejor es su conocimiento sobre la salud y la enfermedad y más adecuado será su comportamiento en relación con estos fenómenos, lo inverso también es cierto.

Desde luego el nivel educativo y los patrones culturales también están ligados al sistema socioeconómico de los países.

El conocimiento de los patrones culturales es muy importante para interpretar la conducta de la población en relación con la salud y la enfermedad.

#### Estructura de la familia

En las últimas décadas hubo grandes cambios en la estructura familiar y en la relación entre los sexo. Entre esos cambios se puede mencionar el menor tamaño de las familias y la mayor inestabilidad familiar evidenciada por tasas de separación y divorcio, más alto el incremento de las relaciones sexuales prematrimoniales y el comienzo más temprano de las mismas; el aumento de las uniones consensuales y de los embarazos precoces, la incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor proporción de familias donde el padre como la madre tienen trabajos fuera de sus casas.

#### Papel del estado

En los últimos años se ha visto una transformación del papel del estado, que en muchos casos, acompañado a una creciente ola de privatizaciones de empresas públicas, se está desligando de las funciones de proveedor de servicios de educación, salud, seguridad social y vivienda.

La crisis económica por parte del estado y de las organizaciones financieras internacionales ha sido la introducción de programas llamados de ajuste estructural como resultado se ha limitado seriamente el gasto público en el área social ha afectado especialmente en sus grupos más vulnerables, como son las mujeres, los niños y las familias de más bajos ingresos.

La mayor entrada de las mujeres en el mercado laboral, que ha aumentado en los últimos años duplica efectivamente su jornada de trabajo, ya que este fenómeno no se traduce en un reordenamiento real de las tareas y responsabilidades en el hogar. al mismo tiempo la mayor participación de las mujeres en la industria implica también mayor riesgo ocupacional, en especial para las embarazadas. La disminución del empleo en el sector formal de la economía conduce a una mayor participación de las mujeres en el sector informal de la economía (mujeres dedicadas al comercio) y también al mayor tiempo dedicado a actividades no remuneradas.

A comienzos de la década de los 90's América Latina vivía en situación de pobreza sobre todo en las zonas urbanas, coinciden con situaciones de mayor acumulación de riquezas en núcleos relativamente pequeños de población. La pobreza afecta en forma negativa a la formación, estructura, funciones de la familia y, por ende, la salud y el bienestar de las mujeres. En este sentido los programas de ajuste económico influyen desproporcionadamente sobre las mujeres, las que, en términos generales, son las últimas en recibir protección laboral recursos económicos.

Aunque tradicionalmente el ingreso familiar era fundamentalmente la responsabilidad de los hombres, la mayor participación laboral y social de las mujeres está modificando paulatinamente esta situación lo que influye sobre la situación de las mujeres y sobre la redención del papel y de las responsabilidades de los distintos miembros de las familias.

## Educación

La educación de las mujeres es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las mujeres que han recibido educación durante varios años tiende a:

- \*Casarse a mayores edades, estimada en un promedio de cuatro años más que las mujeres sin educación.
- \*Tener familias más pequeñas y a usar métodos modernos de regulación de la fecundidad.
- \*Tener o demandar cuidados prenatales y atención técnica durante el parto.
- \*Hacer uso más amplio de los servicios de salud.
- \*Tener acceso a trabajos con mejores salarios.

Ser más respetadas por sus esposos y a intervenir más en las decisiones familiares.

Otros beneficios para las mujeres que reciben buena educación son el aumentar su autoestima y de exponer las nuevas ideas que les permiten darse cuenta que tienen derechos, opciones y posibilidades de ejercitarlos en su beneficio. La educación tiene un importante papel informativo que capacita a desarrollar conductas saludables y de auto-cuidado. Por ello la falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud, así como la existencia y métodos para la regulación de la fecundidad.

## Aspectos demográficos

La composición urbana rural de la población es otro factor demográfico que tiene influencia sobre la salud, la fecundidad y la mortalidad, ya que son por lo general mayor en las zonas rurales. Ya que en estas poblaciones la falta de los servicios básicos, como lo es la educación, los recursos económicos y la falta de fuentes de trabajo provoca la emigración a las grandes ciudades; con la idea de mejorar su nivel de vida. Esto provoca crecimiento poblacional que arrastra otros problemas socio-económicos, que afectan no solo la salud de la mujer sino de la población en general. El alto número de solteras entre las mujeres que emigran hacia las ciudades, refleja las oportunidades limitadas en las zonas rurales. En gran número de casos, los empleos remunerados de las mujeres emigrantes se caracteriza por los bajos salarios y la escasas o nula accesibilidad a servicios sociales y de salud; esto quiere decir que ellas no asisten a consulta médica y su condición educativa no favorece a su auto-cuidado.

## 4.-RIESGO, FACTOR DE RIESGO E INDICADORES

### Riesgo

Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquello acontezca, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos.

### Factor de riesgo

Un factor de riesgo es una característica circunstancia detectable en individuos o en grupos asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse en ambos casos.

Según John M. Last, el término factor de riesgo menciona connotaciones distintas:  
a) un atributo o exposición que se asocia a la probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico (enfermedad), este atributo no necesariamente constituye un factor causal.

b) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad, para evitar confusión debe ser referida como factor de riesgo modificable.

Los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores, son observables o identificables. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, comportamiento, sociales, culturales, económicos, relacionados con la atención a la salud.

## **Indicadores del nivel de vida**

El nivel de vida, se refiere al nivel de bienestar social de las comunidades considerando, el grado de satisfacción de las principales necesidades humanas. Es necesario tener presente que los factores que intervienen en la vida de la comunidad en la realidad funcionan como inter-dependiente, y para poder interpretar algún aspecto de la vida de la población hay que tener los que tienen influencia directa o indirecta en el nivel de vida.

El Grupo de Expertos de la Comisión de las Naciones Unidas definió el nivel de vida como las condiciones reales en que vive un pueblo.

El Grupo aprobó los siguientes componentes o indicadores para la medición del nivel de vida:

1. Salud (como inclusión de las condiciones demográficas)
2. Consumo de alimentos y nutrición.
3. Educación.
4. Empleo y condiciones de trabajo.
5. Vivienda.
6. Seguridad social.
7. Vestido.
8. Esparcimiento y recreo.
9. Libertades humanas.
10. Ingresos y gastos.
11. Comunicaciones y transportes.<sup>9</sup>

El aspecto económico es fundamental en el nivel de vida todos los indicadores mencionados tienen relación con el factor económico. Una familia puede tener un buen ingreso y al mismo tiempo un mal nivel de vida, porque los recursos no se emplean para el bienestar social o familiar, sino en acciones intrascendentes a perjudiciales. El nivel de vida corresponde al nivel de desarrollo económico y social, y expresa los esfuerzos y los logros alcanzados en el bienestar a la población.

---

<sup>9</sup> Dr. Sánchez Rosado, M.S.P., Elementos de Salud Pública, p. 15-16

## 5.- UTILIDAD E IMPORTANCIA DEL ENFOQUE DE RIESGO

### 5.1 - CONCEPTO DEL ENFOQUE DE RIESGO

“El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de las personas, las familias y las comunidades basada en el concepto de riesgo”. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades, tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y de morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece una gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo necesario; solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud.<sup>10</sup>

Esto quiere decir que los cuidados no son igualitarios. No todos los problemas de salud son iguales por lo cual se logrará un mayor impacto si se controlan preferentemente los problemas más críticos de salud.

No toda la población tiene los mismos problemas, pues estos no se distribuyen en forma homogénea. Por lo tanto se logrará mayor impacto si en los subgrupos más afectados, los problemas se controlan preferentemente en los individuos que tienen mayor riesgo.

### 5.2 - MEDIDAS DE RIESGO

En el cálculo de riesgo se recomienda tener en cuenta los siguientes puntos:

- 1.-Antes de realizar ningún cálculo debemos estar seguros de que el diseño de estudio es adecuado para el cálculo de la medida de riesgo que se desea calcular.
- 2.-El riesgo es una probabilidad, la cual puede calcularse de diversas maneras.
- 3.-Las tablas de contingencia son un instrumento muy útil para el cálculo de riesgo pero no el único. Si realiza cálculos a partir de tablas de contingencia, es recomendable que comprenda el significado de cada cálculo, en vez de aprender de memoria fórmulas sin saber su significado intrínseco. Si comprende los cálculos de probabilidad, podrá calcular riesgo y riesgos relativos independiente de la orientación de la tabla.<sup>11</sup>

Las medidas de riesgo más utilizadas son las siguientes:

- Diferencia de riesgo
- Riesgo relativo
- Riesgo atribuible
- Riesgo atribuible poblacional

<sup>10</sup> Díaz A. El enfoque de riesgo y la atención materno infantil, p. 7

<sup>11</sup> Alvarez Cáceres, Rafael, El método científico en las ciencias de la salud, p. 90

### 5.3 - DIFERENCIA DE RIESGO

La diferencia de riesgo es la diferencia entre la probabilidad de padecer una determinada enfermedad en el mismo periodo de tiempo entre dos grupos o poblaciones de individuos. Habitualmente una de las poblaciones esta expuesta a un determinado factor y la otra no, a fin de dilucidar si la presencia del factor aumenta o disminuye la probabilidad de padecer la enfermedad. Si la probabilidad de padecer la enfermedad es mayor en población expuesta al factor, este es un factor de riesgo respecto a la enfermedad estudiada. La diferencia de riesgos indica la diferencia de probabilidades de padecer la enfermedad de una población respecto de la otra.

Si los riesgos han sido calculados estudiando la población de referencia entera, los riesgos calculados son exactos y la diferencia de riesgos también independientemente de que sea grande o pequeña.<sup>12</sup>

### 5.4 - RIESGO RELATIVO (RR)

Mide el exceso de riesgo para un daño dado en las personas expuestas al factor de riesgo, comparado con los que no lo están.

El cálculo del RR se puede lograr fácilmente, utilizando los valores de una tabla modelo como la de la fig.1. En esta tabla, se incluyen, en la primera fila el total de los individuos expuestos al factor de riesgo, y en la segunda los no expuestos. En la primera columna se ubican los que padecieron el daño y en la segunda los que no la padecieron.<sup>13</sup>

### FACTORES DE RIESGO

		DAÑO		
		SI	NO	
SI	A verdaderos positivos	B falsos positivos	A + B Total de expuestos	
NO	C falsos negativos	D verdaderos negativos	C + D total de no expuestos	
	A + C total con daño	B + D total sin daño	A + B + C + D N	

fig. 1

<sup>12</sup> Alvarez C. *ibidem* p. 90

<sup>13</sup> Diaz A. *op. cit.* p. 9

Cada casilla de la figura se identifica con las siguientes letras.

A: Corresponde a presencia de factor y de daño (verdaderos positivos).

B: Corresponde a presencia de factor y ausencia de daño (falso positivo).

C: Corresponde a la ausencia de factor y presencia de daño (falsos negativos).

D: Corresponde a la ausencia del factor y ausencia de daño (verdaderos negativos).

A + B = Corresponde al total de individuos no expuestos al factor de riesgo.

C + D = Corresponde al total de individuos no expuestos al factor de riesgo.

A + C = Corresponde al total de individuos con daño.

B + D = Corresponde al total de individuos sin daño.

A + B + C + D = Corresponde al total de individuos estudiados.

El riesgo relativo mide la diferencia por cociente entre la probabilidad de padecer el daño que tienen los expuestos al factor de riesgo (P1) y los no expuestos (P2) (figura 2).

**Factor de riesgo**

**Daño**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	A	B	A + B
<b>NO</b>	C	D	C + D

Fig.2

$$P1 = \frac{a}{a+b}$$

$$P2 = \frac{c}{c+d}$$

$$RR = P1/P2$$

$$OR = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$$

Incidencia del daño entre los que tienen el factor.

$$RR = \frac{\text{Incidenca del daño entre los que tienen el factor.}}{\text{Incidenca del daño entre los que no tienen el factor.}}$$

Incidenca del daño entre los que no tienen el factor.

## 5.5 - RIESGO ATRIBUIBLE (RA)

Mide el porcentaje de la incidencia del daño que se reduciría en el grupo expuesto al factor si este fuese neutralizado. El RA puede ser definido como la diferencia entre la probabilidad de tener el daño de los que están expuestos al factor y la probabilidad de los que no lo están. Es decir, es la diferencia de probabilidad atribuible a la exposición al factor y se expresa como P1 - P2.

$$RA = \frac{\text{tasa de incidencia en el grupo con el factor de riesgo} - \text{tasa de incidencia en el grupo sin el factor de riesgo}}{P1 \text{ menos } P2}$$

## 5.6 - RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL (RAP)

Mide el porcentaje de la incidencia del daño que se reduciría en la población si el factor fuese neutralizado.

$$RAP\% = \frac{F\% (P1-P2)}{p \text{ (general)}}$$

## 5.7 - APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo requiere para su correcta aplicación el cumplimiento de los siguientes pasos:

Selección de los problemas prioritarios de salud sobre los que se volcarán preferentemente los esfuerzos.

Seleccione los subgrupos en donde los problemas prioritarios de salud más se concentran.

Selección de los factores de riesgo de padecer los problemas prioritarios de salud. Los factores pueden ser de interés a nivel.

a) Poblacional (factores de alta frecuencia en la población que imponen acciones a nivel de cada comunidad). En este nivel se ubica fundamentalmente los factores socioeconómicos y culturales.

b) Individual (factores de baja frecuencia en la población que permiten identificar un número pequeño de individuos del total -no más del 20%- para concentrar en ellos acciones diferenciadas). En este nivel se ubican fundamentalmente los factores biológicos referidos a edad, nutrición, patologías, etc. Esta selección de factores tomará en cuenta lo mencionado anteriormente en cuanto a fuerza de asociación con el daño (RR), incidencia posibilidad de identificación, de control e impacto poblacional de ese control (Riesgo atribuible en la población, RAP).

-Elaboración de instrumento de predicción de riesgo. El sistema de notación o puntaje tiene por objeto la clasificación de los individuos o grupos en distintas categorías de riesgo; las notas más altas corresponde a un mayor riesgo con respecto a la evolución considerada. El método más sencillo consiste en atribuir, basándose en la experiencia obtenida, un número de puntos determinado a cada característica.

El sistema de notación debe ser de una simplicidad tal que permita ser usado en forma rutinaria, sin gran consumo de tiempo y por personal que normalmente brinda la atención.

Debe ser representativo de la realidad, basada en el estudio de los problemas de salud y de los factores de riesgo de la población determinada en la que va aplicarse.

-Estrategias de intervención. El enfoque de riesgo contribuye un método de trabajo de carácter esencialmente preventivo y es el fundamento epidemiológico de la regionalización del cuidado de la salud.

La utilización del enfoque de riesgo en la atención a los problemas de salud, basado en el principio de dar cuidados diferenciados según sus necesidades y en la posibilidad de seleccionar individuos o grupos según grado de riesgo, implica la formulación y aplicación de estrategias de intervención orientadas preferentemente a:

a) Aumento gradual de cobertura asta llegar a un alcance total (por el sistema de servicios de salud) con el fin de poder identificar aquellos individuos o grupos de población que aun siendo minoritarios, concentran el mayor número de resultados no deseados y que con coberturas menores pueden no tener acceso fácil a los servicios de salud.

b) Reasignación de recursos según grados de riesgo para dar cuidados básicos a los individuos y grupos de bajo de riesgo y concentrar cuidados especiales en los de alto riesgo.

c) El sector salud tiene una doble responsabilidad: directa, de controlar los factores relacionados con su área de actuación y la de promover la intervención concertada con otros sectores.

d) Participación de la comunidad y del personal de salud local en el estudio de los problemas y en la solución de los mismos.

## 6.-ATENCIÓN A LA SALUD EN MEXICO

A pesar del desarrollo de los servicios médicos, es indudable que en la actualidad grandes sectores de la población no cuentan con la atención médica.

Muchas de las comunidades rurales y aun de las urbanas atienden sus enfermedades mediante la llamada medicina tradicional, porque sus patrones culturales los mantienen arraigados a criterios terapéuticos empíricos o porque no cuentan con recursos para acudir a la medicina moderna o porqué carecen de estos servicios; lo que sin menospreciar el valor que pudiera tener esta medicina, los mantiene al margen de los adelantos y beneficios de la medicina actual.

Tradicionalmente, la atención médica del hospital es casi en su totalidad para la curación o rehabilitación; escasa importancia tiene la medicina preventiva.

En apariencia existe en México exceso de médicos y otros profesionales de la salud, la realidad es que proporcionalmente a los índices de este personal de que disponen los países industrializados, se esta muy debajo de ellos. Además la distribución de estos profesionales es muy mala, por su elevada concentración en las grandes ciudades. Es decir, no hay en realidad exceso de esos profesionistas en relación a las necesidades de la población, lo que hay es

incapacidad del sector salud para absorberlos e incapacidad económica de la población para pagar los servicios médicos.

Dentro de la estructura de la atención médica se observa que las áreas marginadas urbanas y las zonas rurales que presentan más frecuente y graves problemas de salud son los que paradójicamente tienen menos servicios.

La medicina privada, como es lógico, se dedica preferentemente a la restauración de la salud; el médico presta poca atención a los aspectos preventivos.

En los países subdesarrollados los gastos del sector público para la atención médica curativa son muy elevados en comparación con los de carácter preventivo.

La atención médica en nuestro país se proporciona a través de los siguientes sistemas: seguridad social, asistencia pública y atención privada.

Dentro de la atención privada, hay que incluir la medicina tradicional, a las que acude un porcentaje significativo de la población, sobre todo en el medio rural.

El sistema de seguridad social incluye a la atención médica como prestaciones. A través de este sistema tienen atención médica, los obreros mediante el IMSS, los empleados del Gobierno Federal mediante el ISSSTE y los miembros del ejército y de la Armada a través de los servicios médicos de las Secretarías correspondientes. La Secretaría de Salud proporciona servicios a la población que no tiene acceso a la seguridad social, ni a la atención privada. Servicios asistenciales, como los del Departamento del D.F. IMSS-COMPLAMAR (Coordinación General de los Planes de Áreas Marginadas Rurales).

## 6.1 - NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD

En la actualidad el sistema de salud se divide de acuerdo a la personalización del servicio que prestan, esta se divide en tres:

El primero se refiere al primer contacto de la población con los servicios de salud que solo disponen de recursos limitados, pero se estima que puede resolver los problemas de salud. Este nivel tiene básicamente carácter promocional, educativo, de protección específica. Se realiza vigilancia epidemiológica, detección oportuna de enfermedades crónicas, planificación familiar, etc. así como la referencia de pacientes al segundo nivel o al tercer nivel de atención.

El segundo nivel, es que atiende los problemas no resueltos en el primer nivel; cuentan con mayores recursos de diagnósticos y terapéuticos para padecimientos no muy complejos y que pueden requerir hospitalización. Cuentan con las especialidades básicas de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna.

El tercer nivel comprende a hospitales e institutos que tienen recursos sofisticados para la atención de casos complejos, no resueltos en el segundo nivel, cuentan con super-especialidades y además realizan importantes labores de docencia e investigación.

## 7.- LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

La salud pública, se refiere a la salud de la colectividad. Aquí el interés se centra en la salud de la población, no a la del individuo en particular.

Se han expresado muchas definiciones de salud pública, la más completa es la de Winslow que dice: "La salud pública es el conjunto de ciencias y artes encaminadas a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la

eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad, mediante:

- El saneamiento,
- El control y erradicación de enfermedades,
- La educación para la salud,
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades,
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo, que el ser humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud y a la longevidad".<sup>14</sup>

La intervención de la población para que sea de mayor eficacia, necesita que se organice en forma organizada, y no solo de manera individual o aislada, ya que existe una enorme influencia de los que los rodean, así como de las condiciones socioeconómicas, culturales y del ambiente físico.

Las creencias de la población en relación con la salud y la enfermedad son factores muy importantes, no sólo para actuar en el mejoramiento de las condiciones de salud, sino inclusive para la utilización adecuada de los recursos establecidos.

## 7.1 -FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

La salud tiene funciones directas e indirectas; las primeras se refieren a la a las labores que se dirigen a la población, y las segundas, aunque están relacionadas con dichas labores, no se benefician de manera inmediata a la población.

Las funciones directas son:

1. Promoción de la salud: educación para la salud, nutrición.
2. Protección de la salud: Control o erradicación de enfermedades, saneamiento.
3. restauración de la salud: atención médica.
4. Rehabilitación.

Las indirectas comprenden: investigación, legislación, administración, desarrollo de recursos humanos, estadística.

De las funciones directas, la promoción corresponde a la prevención; las cuales son necesarias impulsar por tratarse de acciones de evitar la enfermedad, que debe ser la conducta más importante del equipo de salud, sin menospreciar el hecho de que siempre habrá que elaborar programas de atención médica y rehabilitatorias. De hecho la presencia de un enfermo significa el fracaso de la prevención así como la presencia de un individuo incapacitado que

---

<sup>14</sup> Sáchez Rosado, op. cit. p. 7

requiere rehabilitación, significa en el fracaso de la prevención y fracaso de la restauración de la salud.<sup>15</sup>

## **7.2 - INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA EN LA SALUD PÚBLICA**

La enfermería es una profesión, que en interacción con otras profesiones del área, prestan servicio a la sociedad para el fomento a la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades.

La profesión de enfermería cubre acciones en cada uno de los niveles de atención en los campos de la salud pública, la atención y asistencia médica, y la asistencia social.

En el campo de la salud pública, enfermería realiza actividad en la comunidad, familia o individuo, identificando los problemas de salud, para poder realizar actividades de promoción a la salud, la comunidad se concientiza de los problemas encontrados y minimizarlos, para mejorar su salud.

Dentro de la promoción para la salud se busca ayudar a la población a mejorar sus hábitos de vida tomando en cuenta sus creencias, religión y costumbre, para lo que el individuo debe concientizar su estado de vida actual y su capacidad para favorecer conductas saludables.

Otras actividades es la participación en la erradicación de enfermedades como infección de vías respiratorias, infecciones gastrointestinales, además del programa de vacunación universal, planificación familiar, Detección Oportuna de Cáncer cérvicouterino en donde se realizan actividades de prevención, promocionando que se realicen el estudio (papanicolaou), control del embarazo y así mismo vigila el crecimiento y desarrollo del niño. Detecta diversos padecimientos y canaliza a los enfermos para atención médica, inicia tratamientos indicados y hace seguimiento de los casos .

Además realiza actividades administrativas, docentes, técnicas e investigación en los diferentes programas que se llevan acabo en el primer nivel de atención.

La enfermera tiene un cometido y una oportunidad única en los cuidados sanitarios de las mujeres; proporcionar información y servicios que fortalezcan la prevención, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la salud de las mujeres.

## **7.3 - EDUCACION PARA LA SALUD**

### **Concepto**

“La educación para la salud, o educación sanitaria, comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la

---

<sup>15</sup> Sánchez Rosado, op. cit. p. 10

salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva. Comprende de los procesos que se establecen en forma formal e informal.”<sup>16</sup> La educación formal comprende de las actividades educativas que se imparten de manera planeada, organizada y sistémica para alcanzar ciertos objetivos. La educación informal es la que reciben las personas a través de sus vivencias diarias en relación con el ambiente en que se desenvuelven. El conocimiento y las experiencias que cada población tenga con respecto a la educación para la salud son factores que intervienen en el comportamiento de la misma, ante el proceso salud enfermedad. Sabemos que las actitudes de la población en educación para la salud esta condicionada a los problemas socioeconómicos, culturales. Como cada población es diferente e incluso cada familia las actividades de educación deben concordar con la realidad de dicho grupo. Por ejemplo no sería muy adecuado, aconsejar a una familia de bajos recursos el consumo diario de proteínas de origen animal, lo más prudente sería concientizarla de la importancia de esta y proporcionarle otras opciones para mejorar su alimentación; sin perder importancia que ese problema deriva de la estructura económica de nuestro país.

En los grupos marginados donde no se cuenta con servicios de salud, donde la prioridad es satisfacer las necesidades básicas, que además enferman con más frecuencia, este problema debe resolverse primeramente por nuestro gobierno, seguidamente de la participación de la salud pública para concientizar a estos grupos de su bienestar.

La educación formal tiene una responsabilidad en la transmisión de conocimientos y formación de conductas positivas con la promoción, protección y restauración de la salud, es decir, como preceder en la vida diaria para conservarse sano y que conducta se debe seguir ante la enfermedad. Pero además incluyen los hábitos, costumbres de los individuos en las conductas que tomen ante la salud.

La educación para la salud una de las acciones más importantes dentro de la salud pública, además de que nos evitaría un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo, lograr restauración de la salud en el menor tiempo.

El desarrollo de una enfermedad depende de la constitución del individuo, de su estado nutricional, del comportamiento ante la salud, de los factores del medio en que se desarrolla.

La deficiencia en la educación sanitaria determina que el impacto de los programas de salud sean insuficientes, costosos y de poca duración. Aunque el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una escasa participación de la población y un mal aprovechamiento de los servicios. El rendimiento de los servicios de primer nivel es muy bajo, y también lo es el índice de ocupación de los hospitales de segundo nivel; lo cual es paradójico, porque las comunidades tienen muchas necesidades de atención médica y, por otro lado, existen servicios que se aprovechan muy poco.

Ante esta situación, es indudable la necesidad de incrementar la educación para la salud, tanto para lograr el efectivo auto-cuidado de la misma, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes.

### **Procedimiento en educación para la salud**

Los primeros procedimientos que se siguen en la educación para la salud se pueden agrupar en los tres siguientes:

1. individuales.

---

<sup>16</sup> Sánchez Rosado, *ibidem* , p.139

2. grupales.
3. medios de comunicación social.

### **Aspectos generales a considerar por el educador para la salud**

El educador para la salud debe tomar en consideración los siguientes puntos:

- A) Conocer al individuo familia o población.
- B) Determinar los recursos que puede utilizar en la enseñanza.
- C) La educación para la salud debe ser una acción programada con metas precisas y en apoyo a situaciones concretas.

El educador para la salud tiene un campo amplio de acción, puesto que puede participar en todos los niveles de acuerdo con las siguientes funciones generales:

- 1.- Investigación del problema y de recursos;
- 2.- Elaboración y difusión de normas;
- 3.- Planeación de programas;
- 4.- Promoción y ejecución de programas educativos;
- 5.- Organización y trabajo con grupos;
- 6.- Coordinación de recursos;
- 7.- Promoción de la orientación;
- 8.- Asesoría y supervisión de las actividades, particularmente de las que se encomiendan a la población;
- 9.- Información y evaluación de las acciones.

### **7.4 - PROMOCIÓN A LA SALUD**

La Oficina regional de la OMS para Europa había hecho ya un enorme trabajo con la producción de un "documento de discusión sobre el concepto y los principios de promoción a la salud"; que la define como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo mejorar esa salud lo cual se deriva de un concepto de salud que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y por otra cambiar su entorno o afrontarlo. La Salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad.

En la conferencia anual de la OMS, el objetivo de la promoción a la salud consiste en añadir elementos de salud a las políticas públicas, con el fin de crear entornos sanos y hacer más saludable la vida diaria.<sup>17</sup>

### **7.5 - MODELO DE PROMOCIÓN A LA SALUD**

El modelo de promoción en la práctica de enfermería elaborada por Nola J. Pender, la cual se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que menciona que "la auto-eficacia es una forma de auto-conocimiento, siendo un concepto central en la teoría". Según la teoría

---

<sup>17</sup> OMS, OPS Promoción de la Salud: Una antología, publicación científica no. 557.

cognoscitiva social, la percepción cumulativa de eficacia determina predisposición para emprender una conducta dada.

Bandura en combinación con otros investigadores reunieron sus teorías para identificar variables que fuesen determinantes para la conducta del individuo. De esto aparecieron ocho variables que a continuación se señalan:

1. La intención: la persona ha hecho un compromiso para realizar la conducta.
2. Las restricciones medioambientales: ninguna condición externa o circunstancia existente hecha hará imposible que ocurra una conducta.
3. La habilidad: las personas tienen las habilidades necesarias para realizar la conducta.
4. Anticipación a los resultados: la persona cree que las ventajas (beneficios) de realizar la conducta pesan más que las desventajas (costos); la persona tiene una actitud positiva, hacia realizar la conducta.
5. Las normas: la persona percibe más presión social para realizar la conducta que para que no la realice.
6. La auto-norma: la persona percibe actuación de la conducta como más consecuente que incoherente con su auto-imagen.
7. La emoción: la reacción emocional de la persona al realizar la conducta es más positiva que negativa.
8. La auto-eficacia: la persona percibe que el o ella tienen las capacidades para realizar la conducta bajo varias circunstancias diferentes.<sup>18</sup>

El modelo de promoción a la salud apareció como una columna para la integración y perspectiva de factores de comportamiento que influyen en la conducta social. Ofreciendo una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales que impulsen al individuo para entender en conductas hacia el perfeccionamiento de su salud.

El modelo de promoción a la salud no incluye al miedo o amenaza como fuente de motivación para la conducta de salud. Aunque se han mostrado amenazas inmediatas a la salud para motivar la acción, las amenazas a un futuro distante tienen la misma fuerza motivadora. Así los modelos orientados a la anulación de la conducta de salud son de utilidad limitada motivando estilos de vida saludables globales en personas jóvenes y de madurez temprana, así como en otros individuos que por las razones variadas se perciben invulnerables a la enfermedad.

El modelo de promoción a la salud es un esfuerzo por mostrar la naturaleza multidimensional de las personas que actúan recíprocamente con su ambiente y su salud. El modelo integra varias estructuras de la teoría del esperanza y valores y la teoría del aprendizaje social (teoría cognoscitiva social), dentro de una perspectiva de la latencia del ser humano, implica funcionar holísticamente.

En cuestión de la teoría del esperanza-valor, muchas concepciones de la conducta o metas se dirigen a incluir la teoría cognoscitiva social basada en el modelo de esperanza valor de motivación humana descrita por Feather, específicamente, una persona se comprometerá en una acción dada y persistirá en esta si la magnitud y el resultado de la acción es de valor positivo y si basado en información disponible y si se toma este curso de acción es probable provocar el resultado deseado. Además los individuos no invertirían sus esfuerzos en metas que, a pesar de ser atractivas, se perciben como imposibles por lograr. La importancia motivadora del valor subjetivo de cambio esta basada en la suposición de que una persona, esté descontenta consigo o con su situación presente en un dominio particular, lo mejor será los premios o beneficios

---

<sup>18</sup> Pender Nola J. Modelo de promoción de la salud, p. 32

asociados con un cambio favorable. La importancia motivadora de la esperanza subjetiva para lograr un cambio con éxito o el resultado basado en el conocimiento anterior de éxitos personales o los éxitos logrados de otros el resultado y la confianza personal en que el éxito del uno será el mismo o mejor al de otros. Este concepto es similar al de auto eficacia en la teoría cognoscitiva social.

### Teoría cognoscitiva social

Presenta un modelo de interacción de causalidad en que los eventos medioambientales, factores personales, y la conducta como son determinantes recíprocos.

La teoría pone mayor énfasis en la auto dirección, autorregulación y auto eficacia de las percepciones. La teoría cognoscitiva social, propone a los seres humanos poseer las siguientes capacidades básicas:

1. La simbolización: procesando y transformando experiencias transitorias en modelos interiores que sirvan como guías para una acción futura.
2. La previsión: son las consecuencias probables que anticipándose a acciones probables y cursos futuros planeados de acción puedan lograr metas valoradas.
3. El aprendizaje codificado: reglas adquiridas para la generación y regulación de conductas a través de la observación sin la necesidad de comprometerse en ensayos y errores prolongados.
4. La autorregulación: normas interiores usadas y auto-evaluadas de las reacciones como medios para motivar y regular la conducta; acordado a crear incentivos para la acción en el medio externo.
5. La auto-reflexión: pensando aproximadamente por un proceso propio del pensamiento y consecuentemente modificándolo.

Dado estas capacidades básicas, la conducta ni es manejada solamente a través de fuerzas internas ni automáticamente es formada por estímulos externos. En cambio, las cogniciones y otros factores personales, la conducta, y los eventos medioambientales son interactivos. La conducta puede modificar cognición de otros factores personales así como el cambio del ambiente. Por otro lado el ambiente puede aumentar o puede reprimir la conducta. Esta causalidad de interacción dinámica

proporciona un ejército rico de posibilidades humanas.

Según la teoría cognoscitiva social, la auto-creencia es formada poderosamente a través de la auto-observación y el pensamiento auto-reflexivo en la influencia humana. Estas auto-creencias incluyen: la auto-atribución, auto-evaluación, y auto-eficacia. La auto-eficacia percibida es un juicio de habilidades de uno para llevar a cabo un curso particular de acción. Las percepciones de auto-eficacia van desarrolladas a través de experiencias en el dominio, del aprendizaje delegado, de la persuasión verbal, y las contestaciones somáticas a las situaciones particulares. La marcada sobreestimación de competencias puede producir fracasos y una marcada baja de estima que puede producir una falta desafío y crecimiento. El juicio de eficacia parece ser muy funcional en aquellos que ligeramente exceden sus capacidades presentes. Tales juicios facilitan tareas exigentes que construyen competencias y confianza. La auto-eficacia es una estructura central en el modelo de promoción a la salud.

El modelo de promoción a la salud esta basado en los siguiente parámetros que reflejan perspectivas en la ciencia del comportamiento:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida a través de lo que ellos pueden expresar como su único potencial de salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad por el auto-conocimiento reflexivo, incluso de la valoración de sus propias competencias.

3. Las personas valoran el crecimiento como positivo e intentan lograr un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
  4. Los individuos buscan regular su propia conducta activamente.
  5. los individuos en su complejidad biopsicosocial actúan recíprocamente con el ambiente, transforman el ambiente progresivamente, transformándose con el tiempo.
  6. Los profesionales de salud constituyen una parte del ambiente interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
  7. En la reconfiguración del auto-comienzo de la persona y su ambiente en los modelos interactivos, es esencial al cambio de conducta.
- estas asunciones dan énfasis al papel activo del cliente, formando y manteniendo conductas de salud y modificándolos en su contexto medioambiental para la conducta de salud.
- El modelo de promoción a la salud se ha usado como una columna para la investigación apuntando a predecir estilos de vida promoviendo la salud en forma global, así como explicando las conductas específicas.
- Logrado un estilo de vida saludable en dominio del comportamiento, debe ser mayor la meta de los individuos de todas las edades.

#### Características individuales y experiencias

Cada persona tiene únicamente características personales y experiencias que afectan sus acciones. Antes de la conducta relacionada se propone una conducta anterior como algo directo e indirecto, efectuando una probabilidad de comprometer a nuevas conductas para la promoción a la salud. El efecto directo de la conducta del pasado en la salud actual, promueve una conducta que puede ser debida a la formación del hábito y puede predisponer a uno para comprometerse automáticamente en la conducta. La fuerza del hábito aumenta cada vez que la conducta ocurre y es mayormente facilitada por la práctica repetitiva de la conducta.

#### Factores personales

En el modelo de promoción a la salud, los factores personales se han categorizado como biológicos, psicológicos, y socioculturales. Los factores biológicos incluyen variables como edad, género, índice de masa corporal, la pubertad, la menopausia, fuerza agilidad, o equilibrio. Los factores psicológicos pueden incluir variables como la autoestima, auto-motivación, competencia personal, el estado de salud percibido y su definición de salud. Los factores socioculturales personales incluyen variables como raza, etnicidad, cultura, educación, y el estado socio-económico.

Los beneficios anticipados de acción son representaciones mentales positivas. La importancia motivadora de beneficios anticipados esta basado en la experiencia personal, delegada de resultados de la experiencia directa según la teoría del esperanza valor, con la conducta o el aprendizaje observacional de otros, comprometidas en la conducta.

#### Barreras percibidas

Barreras anticipadas repetidamente en estudios empíricos para afectar intenciones para comprometerse en una conducta particular y la ejecución real de la conducta. Conductas respecto a la promoción de la salud, pueden ser reales o imaginarias. Estos consisten en percepciones acerca de la indisponibilidad, incomodidad, gasto dificultad, o el tiempo consumido y la naturaleza de una acción particular. La pérdida de satisfacción de dejar conductas e salud perjudiciales como fumar para adoptar un estilo de vida más saludables también puede consistir una barrera.

### El afecto relacionado con la actividad

Los estados de sentimiento subjetivo ocurren antes, durante, y después, de una conducta, y son basados en propiedades del estímulo de la propia conducta. Estas contestaciones afectivas pueden ser apacibles, moderadas, o altas y se etiquetan cognoscitivamente, guardándose en la memoria, asociándose con pensamientos subsecuentes de conducta. Las contestaciones afectivas a una conducta particular consiste en tres componentes: Excitación emocional al propio acto, de una misma acción, o el ambiente en que se toman las decisiones.

### Influencias interpersonales

Según el modelo de promoción a la salud, las influencias interpersonales son cogniciones acerca de las conductas, creencias o actitudes de otros. Estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes primarias de influencia interpersonal en conductas que promueven la salud, son los padres de las familias o hermanos, parejas y promotores del cuidado de la salud. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de otros), apoyo social significativo (estímulo instrumental y emocional) y planeado (aprendizaje delegado a través de observar otros comprometidos en una conducta particular). Estos tres procesos interpersonales se han mostrado para afectar la predisposición de individuos para comprometer su salud, promoviendo conductas en varios estudios relacionados con la salud. Las normas fijas para la actuación, son elementos que los individuos pueden adoptar o pueden rechazar. Las influencias interpersonales afectan la salud, promoviendo una conducta directamente o indirectamente a través de presiones sociales o estímulos para comprometerse en un plan de acción.

Los individuos deben atender a las conductas, y deseos de otros; comprenderlos asimilando en representaciones cognoscitivas relacionadas a conductas dadas. La susceptibilidad a la influencia de otros puede variar gradualmente y puede variar gradualmente y evidentes en la adolescencia.

## 8.- EL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER

La revolución mexicana llegó a su culminación jurídico-político con la entrada en vigor de una nueva carta magna elaborada en 1917.

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos a que nos referimos, se consagró los derechos de las clases populares moviendo al Estado a otorgarles su protección mediante la actuación de sus órganos, y haciendo actores a los desposeídos en un proceso de justicia social. Esta Ley fundamental es hasta nuestros días las que rigen los destinos de México.

Las constituciones de la mayoría de los estados, han añadido a los elementos constitucionales una dimensión programática que las acentúa como proyectos sociales. Esta adición se refuerza en los derechos sociales.

Las disposiciones programáticas de una Constitución sirven de estímulo y guía a los poderes públicos en su diario accionar, y representan la viva esperanza para el pueblo de que algún día serán cumplidas en la práctica. Es por ello que el Estado mexicano, en presencia de un

derecho Constitucional de la magnitud de la protección de la salud, tuvo a bien complementar dicha disposición y expedir un instrumento legislativo que le diera vida plena y articulación estructural, ya que permitir que quedará como una simple declaración constitucional podría considerarse atentatorio a ser humano. En tal virtud, el derecho a la protección a la salud quedo reglamentado en un texto jurídico que permite ver realizada la expresión del poder reformador de la Constitución. Dicho texto se denominó Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación Mexicana de fecha 7 de febrero de 1984, y que entró en vigor el 1 de julio del mismo año.

Como característica principal de esta Ley señalaremos que constituye la base de una serie de programas que estructuran el acceso al cumplimiento del artículo 4 constitucional.

Las Constituciones que han regido a la nación mexicana como Ley Fundamental no han contemplado el concepto de salud, abordando el tema exclusivamente desde el ángulo de la salubridad. Es reciente, por medio de la adición realizada a la constitución vigente de 1917. publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana el 3 de febrero de 1983, que se incluye el derecho a la protección de la salud.

Esta emisión se debe a que, por una técnica constitucional propia de México, la Constitución no contiene en sí definiciones y el derecho a la protección de la salud no fue excepción.

Al no encontrarse definiciones precisas respecto del concepto de salud en el contexto de las constituciones. México optó por seguir de una manera doctrinal el concepto vertido en la constitución de la OMS.

Los aspectos más relevantes del contenido del artículo 4 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos mencionan :

“ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”.<sup>19</sup>

De este artículo es posible derivar los siguientes principios

- El estado asume la rectoría de la política de la salud y su función de coordinar y promover de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la misma.

- Es universal

- Acceso a los servicios de salud.

En el campo del derecho a la protección a la salud, se encuentra la garantía constitucional Consagrada en el artículo 4, se otorga jerarquía constitucional a uno de los derechos contenidos en la declaración Universal de los Derechos Humanos.

El consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República.

Al anunciar el derecho a la protección de la salud, se incluyen los servicios personales de salud (atención médica y preventiva, curativa y rehabilitación), y los de carácter general, o salud pública.

---

<sup>19</sup> OMS-OPS, El derecho a la salud en las américas, p. 355

## 8.1 -LEY GENERAL DE SALUD

Para lograr el efectivo ejercicio del derecho consagrado, un sinnúmero de reformas legales fueron necesarias, para configurar el marco jurídico del derecho a la protección de la salud, que vino a regular de manera general los diferentes aspectos del vasto campo de la salud, y permitió contar con las bases y modalidades para el goce de ese derecho.

Dicha Ley define las finalidades del derecho a la protección de la salud; señala los diferentes servicios de salud que alberga nuestra economía mixta. Siguiendo las tendencias del derecho contemporáneo, la Ley General de Salud "Se compone de normas jurídicas, comprometen la acción del estado" y precisa los servicios Básicos de Salud y el Plan Nacional de Salud las estrategias y acciones prioritarias encaminadas a cumplir los objetivos en materia de Salud y seguridad social.

En la atención a la Salud en México, definida en la Ley General de Salud se distingue tres tipos de servicios, atención médica, salud pública y asistencia social dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

El Programa Nacional de Salud propone una reforma Integral de Sistema Nacional de Salud como elemento sustantivo destaca la formulación de un paquete básico de servicios además el programa propone en 10 objetivos específicos tres fases para la reordenación del Sistema Nacional de Salud, así como las líneas estratégicas para garantizar la salud de todos los mexicanos para garantizar la salud de todos los mexicanos al año 2000.

Dentro de la Ley General de Salud mencionaremos el título séptimo de "Promoción a la salud".

**Artículo 110.** La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar, en el individuos, las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectivo.

**Artículo 111:** La promoción de la Salud comprende:

- I.-Educación para la Salud,
- II.-Nutrición
- III.-Control de los efectos del ambiente en la salud,
- IV.-Salud ocupacional y
- V.-Fomento sanitario.

**Artículo 112.** La educación para la salud tiene por objeto:

- I.-Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, protegerse de riesgos que pongan en peligro su salud.
- II.-Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III.-Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgo de automedicación, prevención de la fármaco dependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud,

prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.<sup>20</sup>

## **8.2 -NOM - 014 SSA2-1994 Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del útero y mamario en la atención primaria.**

En países en desarrollo como México los cambios de estilo de vida producidos en los últimos 50 años han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto para los servicios de salud. Por tal motivo los sistemas de salud deberán responder a este cambio y adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales como el cáncer no sólo para atender la creciente demanda de los servicios por padecimientos neoplásicos, sino cambiar el enfoque en la prestación de los servicios a través del fortalecimiento en la prevención de estas enfermedades.

El Sistema Nacional de Salud en México debe adecuarse al incremento que el cáncer del cuello del útero y mamario ha tenido en los últimos años.

Ante la magnitud del problema, es necesario fortalecer, como estrategia principal, la coordinación de los sectores públicos y privados para afrontar estos padecimientos con mayor eficacia y efectividad. Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en solución de estas enfermedades.

Los beneficios que se esperan obtener de la aplicación de la NOM de Ca. Cu. y mamario son una reducción de la mortalidad y morbilidad, así como de las complicaciones que estos padecimientos generan.

### **1. Objetivo y campo de aplicación:**

1.1 El objetivo de esta norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y mama.

1.2 Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores públicos, social y privado que realicen acciones de prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y mama.

### **Disposiciones Generales**

La atención preventiva de detección citológica son gratuitas en establecimientos oficiales del Sistema Nacional de Salud y debe ser tratamiento médico y quirúrgico oportuno.

---

<sup>20</sup> Ley General de Salud, Ley de salud para el Distrito Federal, p. 21

## Medidas de Prevención

Las acciones de prevención primaria reduzcan la incidencia de la enfermedad a través de educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y auto responsabilidad en individuos, familias y grupos sociales con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de esta enfermedad.<sup>21</sup>

Estas actividades deben ser dirigidas a la población en general, con especial atención a la femenina de mayor riesgo, en relación a los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen en la ocurrencia de la enfermedad y sobre el conocimiento de las técnicas y procedimientos disponibles para la Detección Oportuna de Cáncer , es necesario integrar y capacitar a otros grupos en acciones concretas de educación y promoción mediante la participación activa en la población, ejecución y evaluación de las actividades de prevención.

Es esencial que la educación en salud respecto a la detección sea dirigida especialmente a la mujer para persuadirlas a aceptarla, requiriéndose de un programa coordinado de promoción a la salud que asegure que la población femenina conozca los motivos de la detección, los procedimientos empleados, el significado de los resultados y la eficacia de los tratamientos recomendados.<sup>22</sup>

La información debe proporcionarse de acuerdo al entorno cultural local, con la valiosa participación de mujeres líderes de la comunidad, del personal médico y paramédico de los servicios de salud, así como del magisterio, grupos voluntarios y asociaciones civiles.

La información al sexo masculino es necesario desde el inicio de su madurez sexual por su participación en los factores de riesgo de la enfermedad así como, el impulsar a su pareja para que se realice la detección.

Las actividades d promoción a la salud se debe realizar por los sectores públicos, social y privado a través de los medios de comunicación masiva.

Debe considerarse como factores de riesgo para cáncer cervicouterino

- Ser mayores de 25 años
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años)
- Promiscuidad de la pareja.
- Multiparidad (más de 4 partos)
- Embarazo temprano (antes de los 18 años)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades venéreas
- tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitamina A, C y E
- Nunca haberse practicado estudios citológicos.

---

<sup>21</sup> NOM 014SSA2 1994

<sup>22</sup> NOM, op. cit.

### **8.3 - ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.**

Se crea el comité nacional para la prevención y control del Cáncer cervicouterino y mamario con el objeto de contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad por dichas neoplasias mediante la intensificación de acciones preventivas y de control de factores de riesgo así como el desarrollo de estrategias para su detección oportuna.<sup>23</sup>

Este comité esta integrado principalmente por el secretario de salud y participan en el todas las instituciones de salud, la UNAM e INEGI .

Este comité analiza la normatividad y el cumplimiento de la misma, programa de capacitación al personal para la prevención y control de la enfermedad y promueve la campaña de promoción y establece modelos de investigación de la enfermedad. Entre otras cosas estas son las más importantes.

### **8.4 - DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER <sup>24</sup>**

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 entre sus objetivos el de promover un conjunto de programas y acciones que permitan garantizar a la mujer la plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales y reproductivos.

Que es conveniente que exista, por parte de los prestadores de servicios de salud, un seguimiento más adecuado respecto de la atención que se brinda a las mujeres en edad reproductiva, lo que permitirá detectar oportunamente a la población en riesgo, contar con diagnósticos certeros y en consecuencia, tratar adecuadamente los casos diagnosticados.

Que un seguimiento mejor orientado permitirá que las mujeres tengan un conocimiento más oportuno de su estado de salud, lo que dará por resultado la reducción del grado de riesgo en los diversos padecimientos y enfermedades que principalmente las aquejan, entre los cuales destacan los cánceres cérvico uterino y mamario.

---

<sup>23</sup> NOM, op. cit.

<sup>24</sup> Diario Oficial de la Federación. 6 Octubre 1997

Este instrumento facilita a las mujeres llevar el seguimiento adecuado d su estado de salud, a fin de exigir la atención respectivamente de conformidad con la normatividad aplicable.

## 9.- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO

México es un país preponderantemente urbano, con importantes polos de desarrollo económico y asentamientos humanos considerados de los mas grandes del mundo. Encontrando que para Octubre de 1997, existían aproximadamente 93.7 millones de habitantes, lo que sitúa al país en el Onceavo lugar de entre los países con mayor población del mundo.<sup>25</sup> Encontrando que en lo respectivo a distribución por edad y sexo, existe un balance equilibrado con un 48.7 % de hombres, frente a un 51.3 % de mujeres, en las cuales podemos observar que la edad media se encuentra alrededor de los 22 años. De acuerdo a esto tanto hombres como mujeres desempeñan un papel fundamental dentro del desarrollo del país, aunque entre estos podamos encontrar todavía grandes diferencias sociales, económicas, políticas y culturales que van marcando entre todos y cada uno desigualdad e iniquidad a través del tiempo.<sup>26</sup>

En el México actual, la globalización se considera como un proceso en el cual los fenómenos económicos, sociales, políticos y culturales, adquieren una dimensión universal y en consecuencia, repercuten en todo el orbe, no pudiendo ninguna nación marginarse del impacto de este proceso y sus connotaciones, las cuales no sólo están influyendo en las sociedades latinas, sino también en los individuos de una manera muy rápida al adquirir hábitos de países desarrollados. El proceso histórico de nuestro país, su desarrollo económico y social, así como su ubicación geográfica estratégica, son elementos positivos para que se incorpore al proceso de globalización de las economías con grandes posibilidades de éxito; el reto de transformación de la sociedad mexicana consiste en considerar un modelo de desarrollo que vincule los fines de estabilidad y crecimiento económicos con las prioridades de bienestar social, esto se expresa en la necesidad de reorganizar la actividad económica a fin de superar rezagos acumulados, y las desventajas del subdesarrollo. Es entonces, que todos los tratados comerciales con los diferentes países se encuentran encaminados a combatir la pobreza en un corto plazo y con inversiones moderadas, pretendiendo disminuir la desigualdad social bajo el supuesto de que mejorar las condiciones de vida de la población garantiza a largo plazo, proteger y racionalizar la explotación de los recursos naturales como una medida urgente para la preservación de la vida y la estabilidad político-social; ya que la pobreza, es en última instancia la verdadera causa de muerte de muchos mexicanos. Teniendo entonces que la salud es causa y

efecto del desarrollo del país, y no solo el resultado de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias.<sup>27</sup>

Las estadísticas de morbilidad permiten conocer el comportamiento de la enfermedad en la población, los factores de riesgo existente, la frecuencia y magnitud de los daños por

---

<sup>25</sup> INEGI, Aspectos sociales, Internet p. 1 de 2

<sup>26</sup> INEGI, Mujeres y Hombres en México Programa Nacional de la mujer, 1997. p.1

<sup>27</sup> CONAPO, Individuo y Sexualidad, p. 77

grupo de edad y sexo y son además, el mejor instrumento para facilitar la programación de acciones tendientes a evitar, modificar o limitar daños en el individuo, en la familia y en la comunidad, a través de decisiones adecuadas en torno a la prestación de servicios.

Por tal motivo, con el fin de conocer las causas mas frecuentes de mortalidad en la población, recurrimos al los datos brindados por el INEGI, según los informes de la CONAPO, donde con una tasa de 1/ 1000000 habs. De los 25 a 34 años, encontramos que :

En primer lugar los accidentes tienen una tasa de 38.8, y entre ellos los de tráfico de vehículos de motor tienen un 18.6, en segundo lugar los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona tienen un 23.0, seguidos en tercer lugar por la presencia de tumores malignos con un 11.7, donde 2.2 son leucemias, 1.3 del cuello del útero y un 1.1. de la mama de la mujer, en cuarto lugar encontramos al SIDA con un 10.7 y en quinto las cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con un 8.3.

De los 35 a los 44 años, las 5 principales causas de mortalidad, son:

En primer lugar los accidentes con una tasa de 43.6, donde el 20.6 son accidentes de tráfico de vehículos de motor.

En segundo lugar Los tumores malignos tienen una tasa de 35.4, entre los cuales, los de mayor frecuencia son los del cuello del útero con una tasa de 7.0 y los de la mama de la mujer con 5.4;

En tercer lugar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con un 34.8

En cuarto lugar los homicidios y lesiones inflingidas por otras personas con un 22.8

En quinto lugar, la enfermedades del corazón con un 22.4, donde las isquémicas y tienen un 13.2<sup>28</sup>

## 9.1 - Morbilidad y Mortalidad de la Mujer Adulta Joven en México.

En lo concerniente a la salud de la mujer, tenemos que la organización del trabajo y de la vida social desempeña un papel preponderante de los factores asociados a enfermedades y daños, siendo determinantes los "estilos de vida", que en general corresponden a una forma de comportamiento ligado al consumo de alcohol, tabaco, drogas, alimentación inadecuada, escaso ejercicio fisico, enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y las violencias, así como trastornos mentales o degenerativos, y que a su vez forman parte de la transición epidemiológica en la salud de la mujer necesaria, con la calma necesaria para permitir la adecuación de las políticas sanitarias y poder así planear y transformar los servicios ante los nuevos retos nosológicos que emergen tal como : La Diabetes Mellitus, El Cáncer y Las Enfermedades del Corazón y de los Vasos. Siendo el Cáncer hasta 1997 en la población de 25 a 34 años la tercera causa de muerte, y la segunda en la población de 35 a 44, siendo el cáncer del cuello del útero uno de los que causa mayores estragos en la población femenina, no sólo porque su incidencia y mortalidad ( alrededor de 15 500 casos nuevos y 4500 muertes por año) son muy altas, sino porque la neoplasia se presenta en mujeres relativamente jóvenes en plena actividad económica, muchas de ellas sostén único de sus casas, quienes tienen todavía la responsabilidad del cuidado y educación de sus hijos, niños o adolescentes.

<sup>28</sup> INEGI, Estadísticas Vitales, capitulo mortalidad. Internet. p. 1 de 2

Pero dentro de este sórdido panorama, lo más lamentable es que el cáncer del cuello uterino es una enfermedad totalmente previsible, que asienta en un órgano accesible, presenta una etapa preinvasora larga, periodo en el que cuenta con un método de prevención secundaria, la citología cervical ( Papanicolaou ), que es confiable, sencillo, barato y útil, y fácilmente puede ponerse a disposición de todas las mujeres en riesgo. Con lo cual observamos que hasta 1992, según datos del SISESIM, de las mujeres que acudieron a realizarse la prueba del papanicolaou por sospecha de displasia, un 75.43 % se encuentra entre los 15 y 44 años, mientras que de las que acudieron por sospecha de cáncer cérvico uterino, un 51 % son menores de 45 años, existiendo los porcentajes mayores en ambos casos dentro del periodo comprendido de los 35 a 44 años.

La tasa de incidencia y mortalidad en México hasta 1997 fueron respectivamente de 45 por 100000 mujeres, cifras verdaderamente alarmantes comparadas con los países industrializados. Por tal motivo es de suma importancia que se consideres para las actividades preventivas a las mujeres desde su etapa adolescente, pues es en esta donde frecuentemente se inicia la historia natural de Ca Cu, al coincidir con los factores de riesgo ya conocidos por este mal, con el fin de evitar las lesiones denominadas displasias, que pueden pasar totalmente inadvertidas y no presentar sintomatología, o infecciones ginecológicas y procesos inflamatorios. Gracias a esto, se permite la detección del padecimiento en etapas tempranas, favoreciendo a que el tratamiento sea de manera ambulatoria, de baja morbilidad, barato y con una adecuada vigilancia epidemiológica previene la aparición de la enfermedad invasora, rescatando a estas mujeres de la muerte. importantes en la génesis del Cáncer.

## 9.2 - PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

### PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

Para hacer frente a los retos de fines del milenio y para dar cumplimiento al compromiso suscrito por nuestro país en la Conferencia Internacional de población y desarrollo celebrada en septiembre en 1994 en el Cairo Egipto, en diciembre del mismo año, el entonces secretario de salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente tomó la iniciativa de implantar un programa nacional de salud reproductiva, incluyendo a la planificación familiar como uno de sus pilares fundamentales. En seguimiento a esta iniciativa en 1995, se instaló el grupo interinstitucional de salud reproductiva, a nivel federal conformada por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, el Programa Nacional de la mujer y la Federación Mexicana de ginecología y Obstetricia, así como seis programas de la sociedad civil, los cuales elaboraron el programa de salud reproductiva y la planificación familiar para el periodo de 1995 a 2000, con lo cual México se constituyó en uno de los primeros países del mundo en adoptar las recomendaciones del programa de acción de conferencia del Cairo.

En tanto, por salud reproductiva debemos entender que esta es estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar

de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos con la absoluta libertad para decidir el número de y espaciamiento de los hijos.

La información y presentación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, todos ellos con una clara perspectiva de género.

**Planificación Familiar:** pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que responde a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo, promueve la participación del varón fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescentes para garantizar su salud sexual y reproductiva.

**Salud perinatal:** las acciones de salud perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgo para todas las mujeres, estableciendo estrategias gerenciales tendientes a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad materna y perinatal.

**Salud de la mujer:** este tiene como objetivo fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer, destacando por su importancia los cánceres cervicouterino y mamario. Programas recientemente orientados a efecto de incrementar la detección oportuna y el manejo temprano, para lograr una disminución en las altas tasas de mortalidad para estas causas entre la población femenina.

El componente de Salud de la mujer incluyendo además un programa para la atención del climaterio y de la condición post-menopáusica, cuya normatividad y líneas de acción, están actualmente en elaboración. Todas estas estrategias fortalecidas recientemente por medio de un elemento innovador: la Cartilla Nacional de la mujer, fortalecerá la promoción y el autocuidado de la salud de la mujer, y servirá de apoyo al personal en el seguimiento de la condición de salud de las mujeres mexicanas.

Estas tres intervenciones, forman parte esencial del paquete básico de servicios de salud, al cual toda la población debe tener acceso.

## **10.-ANTECEDENTES DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO**

### **10.1 - Anatomía y fisiología del cuello de uterino**

El cérvix es un segmento cilíndrico y angosto del útero que se continúa con la pared vaginal anterior y suele estar perpendicular a ésta. En general su longitud es de 2 a 4 cm. y ubica con contigüidad con la cara inferior del cuerpo uterino. El punto de unión del cuerpo con el cérvix se llama como istmo y se caracteriza por el angostamiento leve de la luz de la víscera. En sentido anterior, el cérvix está separado del la vejiga por el tejido adiposo, tiene conexiones laterales con el ligamento ancho y parametrio, de los cuales deriva su vasculatura. La porción intra-vaginal inferior del cérvix es un segmento libre que se proyecta en la cúpula vaginal, revestido de mucosa. el cérvix se abre en la vagina por el orificio cervical externo. el conducto

cervical se extiende desde el orificio cervical externo hasta el interno, donde se une a la cavidad uterina.<sup>29</sup>

El cuello uterino esta tapizado, por dos tipos de epitelio, el exocervical, que es plano pavimentoso y, el endo-cervical, que es cilindrico muco-secretor. El sitio anatómico en donde se localiza la unión de ambos epitelios es muy variable, depende de la acción de las hormonas ováricas y a su vez se relaciona con la edad.

El sitio de la unión de estos 2 epitelios se denomina zona de unión escamo-columnar, esta sujeto a cambios constantes relacionados con la acción de las hormonas ováricas, como los estrógenos, que transforman el epitelio cilindrico muco-secretor en epitelio pavimentoso.<sup>30</sup>

El cambio del epitelio cilindrico en epitelio plano se denomina metaplasia.

### Epitelio cervical y vaginal

El epitelio pavimentoso que tapiza al exocérnix y la mucosa vaginal está constituida primordialmente por tres zonas.

-La capa más profunda en la que se presentan los fenómenos constantes de regeneración tienen varias hileras de células basales de las cuales la capa más profunda o capa germinal está constituida por elementos responsables del recambio y, en consecuencia, la integridad de este tejido, por lo que constantemente presenta divisiones celulares y así contribuye al crecimiento del epitelio.

-La capa intermedia, que esta más gruesa, presenta varias hileras de células.

-La capa de células superficiales, ocupan el área más próxima a la cavidad vaginal y esta formada por células aplanadas, poligonales, de núcleo pequeño y picnótico.<sup>31</sup>

El proceso fisiológico de la descamación se presenta al exfoliarse una célula de las capas más superficiales. Aparentemente las uniones desmosómicas desaparecen por acción de enzimas proteolíticas que se activan al presentarse fenómenos de presión desde la profundidad. Esta exfoliación también se propicia por la acción mecánica ejercida por el crecimiento y la renovación del epitelio.

El proceso de crecimiento va unido al proceso de maduración que corresponde al cambio de células profundas inmaduras en células superficiales maduras.

Este proceso de maduración que ocurre de las células profundas hacia las células superficiales, se lleva en un periodo de cuatro días y puede acortarse a 30 o 45 horas con la administración de estrógenos, mientras que la progesterona inhibe la maduración al nivel de las zonas media y alta del epitelio.

### Epitelio Endo-cervical

La mucosa endo-cervical está tapizada por una hilera de células cilíndricas productoras de moco.

Las células descamadas del epitelio cervical o vaginal, tiene una serie de características:

<sup>29</sup> Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología, p. 1037

<sup>30</sup> Alonso, et al. Cáncer Cérvico uterino, p. 3

<sup>31</sup> Alonso, *ibidem*

-Células profundas de reserva: A pesar del papel importante que las células de reserva tienen en numerosos procesos fisiológicos y patológicos de cuello uterino, poco se sabe acerca de su origen y sus funciones, además de ser las responsables de la integridad del epitelio en los procesos de metaplasia y neoplasia. Se sugirió que derivan de células tronco epiteliales que se manifiestan tempranamente en los fenómenos de metaplasia epidermoide en la profundidad del epitelio columnar endo-cervical.

### Células Basales y parabasales

Estas células son las más pequeñas y se localizan en la profundidad del epitelio pavimentoso. Algunos autores las denominan queratinoblastos o prequeratinocitos no diferenciados.

### Células Intermedias

Estas células tienen abundante citoplasma de color azul o "lavanda", el cual bajo la acción de hormonas, especialmente la progesterona, acumulan glucógeno, por lo que el citoplasma se vuelve bulboso, doblado en sí mismo.

Las células intermedias al igual que las superficiales, cuando se les estudia con microscopía electrónica, muestra en el citoplasma numerosos remanentes de fibrillas; a veces hay residuos de retículo endoplásmico rugoso y vacuolas de lípidos, probablemente debido a lipofanerosis; estos hallazgos son compatibles con envejecimiento y muerte celular. También se identifican, sobre todo en las células superficiales, gránulos de queratohialina.<sup>32</sup>

### Células superficiales

Las células superficiales, al igual que las intermedias, son poligonales, de citoplasma rosado o rojizo translúcido. Cuando en el epitelio de origen de estas células hay zonas granulares, en el citoplasma de las células descamadas se identifican gránulos de queratohialino.

Aparentemente la descamación de las células superficiales y de las intermedias se debe, entre otros factores, a la pérdida de los desmosomas. A menudo las células superficiales se descaman aisladamente.

En ocasiones las células superficiales pierden su núcleo, se queratinizan y se transforman en escamas. El hallazgo de escamas en un frotis de cuello uterino es un signo patológico.<sup>33</sup>

## ELEMENTOS CELULARES DE ORIGEN NO EPITELIAL

Un componente común de los extendidos cérvico-vaginales es de las células no epiteliales, como los leucocitos neutrófilos, los histiocitos y rara vez los linfocitos y las células plasmáticas.

Los neutrófilos se observan comúnmente antes y después del ciclo menstrual y al principio de la fase folicular.

---

<sup>32</sup> Alonso, et al, *ibidem*, p.5

<sup>33</sup> Alonso, et al, *ibidem*, p.6

## METAPLASIA

En el cuello uterino el área donde hace colición los epitelios pavimento y cilíndrico se denomina unión escamo-columnar original, e histiológicamente es la unión neta, bien definida. e cambio de estos epitelios es gradual.

Este fenómeno se presenta en las mujeres de edad reproductiva, en las que el epitelio endocervical protruye formando lo que se denomina ectropión o ectopia cervical, o falsa erosión cervical, localizada generalmente en el labio anterior del cérvix.

### Zona de transformación

La metaplasia es un fenómeno extraordinariamente frecuente, sobre todo en determinadas épocas de la vida y bajo ciertas circunstancias. Fundamentalmente es un cambio fisiológico, normal y dinámico, pero en ocasiones se presenta se presenta como consecuencia de estímulos inflamatorios importantes; de hecho Koss señala la gran frecuencia con que se presentan en el estroma de biopsias de las zonas de metaplasia, fenómenos vasculares de inflamación y grandes conglomerados de linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos. Para Patten, la metaplasia corresponden en gran parte a fenómenos de protección.

Este cambio se origina fundamentalmente en el orificio externo del cuello. La transformación del epitelio cilíndrico hacia un epitelio pavimento es paulatino y gradual; sin embargo, puede suspenderse en cualquier momento, por lo que algunas áreas mostrarán fenómenos de metaplasia en estado de inmadurez que alternan con otras maduras. Cuando este fenómeno ya ha ocurrido, se pueden observar islotes de epitelio plano, producto de la metaplasia epidermoide, alternando con el epitelio cilíndrico original, y en ocasiones, estos cambios se presentan también en el epitelio de las glándulas.

En las células de metaplasia inmadura es donde se ha descrito los dos grupos de citoqueratinas que, en condiciones normales, aparecen independientes en los epitelio pavimento exocervicales.

En la medida en que el fenómeno de la metaplasia se completa o madura la mucosa con este fenómeno será totalmente semejante a la del epitelio pavimento original; como el proceso de metaplasia es un fenómeno dinámico, las imágenes morfológicas, tanto citológicas, variarán dependiendo de la fase de la metaplasia, según sea ésta inmadura o madura (esquema 1-2).<sup>34</sup>

## 10.2 - PATOLOGÍA

La historia natural de las lesiones atípicas -displasias y carcinomas in situ- del cuello uterino se ha venido estudiando ampliamente y suele admitirse hoy día que estas lesiones siguen una cierta secuencia a partir de alteraciones de las células de reserva que son el inicio más precoz del comienzo de un carcinoma preinvasor.

La hipótesis del inicio de los fenómenos neoplásicos en la carcinogénesis de los tejidos epiteliales. La hipótesis de Cairns, es la del ajuste de los epitelios en la selección de la historia natural del cáncer, que puede explicar el comportamiento de los tejidos constituidos por células sujetas a crecimiento constante, como lo sería el epitelio del cuello uterino. señala que así como otros epitelios y tejidos, el epitelio cervical normal está compuesto por dos categorías generales

<sup>34</sup> Alonso, et al , ibidem p. 7

de las células: las células madre y las células basales, ambas localizadas en la profundidad del epitelio cervical.

Las células madre son las responsables de la regeneración, constituidas y mantenimiento del epitelio a través de mitosis, por lo que son células inmortales, mientras que las basales, al madurar y evolucionar, serán las responsables de que el epitelio se mantenga completo, creciendo, se llegue a diferenciar y, finalmente, las células maduras desaparezcan al caducar y morir, ya que no tienen la capacidad de reproducirse, por lo que estas células serán mortales.

Para que los tejidos se mantengan íntegros es necesario que durante la vida del ser humano se reproduzcan continuamente las células responsables de esta función, por lo que con tal cantidad de mitosis emerge la posibilidad de que por casualidad se produzca un error genérico o mutación este cambio puede ser inducido por numerosos agentes carcinógenos como virus, sustancias químicas, radiación, con lo que las células que no tenían capacidad de reproducción (células mortales) la adquieren, esto origina una nueva familia de células mutantes que no obedece las leyes del crecimiento y prolifera desordenadamente, por tanto, estas clonas inmortales serán el cáncer.<sup>35</sup>

Estas mutaciones se transmiten a las células hijas dando lugar a una alteración de la morfología nuclear.

Clonas anormales, llegará un momento en que podrán seguir creciendo hasta producir una neoplasia clínicamente aparente. Y así regresando a las alteraciones morfológicas precursoras del cáncer cérvico-uterino invasor, que se presentan en el epitelio del cuello uterino, la aparición de estos cambios en la profundidad del epitelio no necesariamente va seguido del desarrollo completo de cáncer, ya que debe haber otros eventos que sigan a esta promoción y serán los que predominen el desarrollo de la neoplasia.<sup>36</sup>

Suele generalmente estar admitido que las neoplasias cervicales asientan preferentemente en aquella zona del cuello que corresponden al límite entre el epitelio plano y el cilíndrico -unión escamo-columnar o zona de transformación- área muy inestable y sometida múltiples cambios a lo largo de la vida.

Los límites epiteliales que en condiciones estrictamente normales deberían corresponder al orificio externo anatómico no permanecen inalterables, sino que sufren numerosos cambios topográficos a lo largo de la vida. En realidad estas modificaciones comienzan ya antes del nacimiento. Ober y cols. llegan a la conclusión que, a lo largo de la vida, el epitelio pavimentoso tiende avanzar hacia adelante, rechazando en sentido ascendente al epitelio cilíndrico. Por ello en las jóvenes es frecuente el hallazgo de imágenes de ectopia que se extienden más o menos ampliamente sobre la superficie de la portio, mientras que en las mujeres maduras suele observarse, al contrario la penetración del epitelio pavimentoso en el canal cervical.

En la colposcópica se confirma que mientras la ectopia es más frecuente en los primeros decenios, en las viejas predomina ampliamente las imágenes de mucosa original o de zona de transformación antigua. Gran importancia adquiere en estas variaciones topográficas el estado grávido puerperal cuyas modificaciones hormonales determinan un descenso y exteriorización de la mucosa endo-cervical; después del parto los procesos de involución uterina determinan el ascenso de la mucosa evertida.

---

<sup>35</sup> Cairns, J. Mutation selection and the natural history of cancer, nature 1975, p.197-200

<sup>36</sup> Alonso, et al. *ibidem*, p. 74

El ectropión de la mucosa endo-cervical conlleva, por estímulos muy diversos, la transformación del epitelio cilíndrico en poli-estratificado. Esta transformación se produce por metaplasia indirecta gracias a los cambios de potencial de las células de reserva, por crecimiento progresivo hacia la superficie hasta ocupar todo el espesor del epitelio; sólo en pocas ocasiones la célula de reserva es inicialmente atípica y origina directamente un carcinoma in situ.<sup>37</sup>

Los cambios displásicos están constituidos por la multiplicación de células profundas inmaduras con escaso citoplasma y núcleo grande, que al proliferar pierde la polaridad, ya que ha adquirido la posibilidad de reproducirse indiscriminadamente, además habrá numerosa mitosis en estas áreas. La gravedad de las lesiones aumentará en la medida que haya mayor afección del espesor del epitelio.

#### La evolución de estas lesiones.

Las displasias moderadas, graves y el carcinoma in situ, pueden regresar en contadas veces, siendo su conducta más frecuente a la persistencia o la progresión.

-Las displasias leves: alteraciones en la tercera parte inferior del epitelio, conservando las otras, las displasia regresan a menudo espontáneamente.

-Displasia moderada: En este cambio solamente la tercera parte superior del epitelio tendrá caracteres morfológicos normales, o sea en su estratificación y maduración, y las dos terceras partes inferiores estarán sustituidas por numerosas células que se disponen en forma desordenada.

-Displasia grave y carcinoma in situ: La alteración epitelial está en todo el espesor del epitelio. Las células son profundas y de aspecto inmaduro, y se ven desprovistas de citoplasma.

Dependiendo del sitio de origen de la lesión intra-epitelial, el tamaño de las células neoplásicas del carcinoma in situ puede variar dependiendo, por lo que sub-clasifican como carcinoma in situ de células pequeñas, de células intermedias y de células grandes. La invasión se inicia al desarrollar algunas de estas células neoplásicas receptores de lamina que, junto con la liberación de la colagenasa y algunas proteasa, son capaces de penetrar la membrana basal; en estas circunstancias se presenta inicialmente la micro-invasión.

estudios que han seguido a pacientes con displasia o carcinoma in situ han demostrado que traumas como el de una biopsia, o el paso de la cabeza del recién nacido por el canal de parto son suficientes para desprender la zona de patología intra-epitelial, sin que esta desaparición sea necesariamente definitiva.

#### Carcinoma invasor

La historia natural del cáncer cérvico-uterino desde su inicio, circunstancia en la cual es completamente curable, nos provee de un periodo muy valioso de tiempo para poder identificar la enfermedad y ofrecer a las pacientes curación y tratamiento con buena calidad de vida.

El crecimiento y lento y paulatino del cáncer cervical presentan varios periodos:

1. desde el carcinoma in situ y la evidencia de invasión incipiente del estroma.
2. de la invasión incipiente del estroma al micro-carcinoma.
3. Entre el micro-carcinoma y el cáncer clínicamente manifiesto.

<sup>37</sup> Mateu, Aragones J.M., Cáncer de útero, p. 31

## La clasificación del carcinoma del cérvix uterino.

Estadio	Clasificación
0	Carcinoma preinvasor (carcinoma intra-epitelial in situ).
I	Carcinoma estrictamente confinado al cérvix (si ha existido extensión al cuerpo del útero debe omitirse)
Ia	Carcinoma preclínico del cérvix, es decir, sólo diagnosticado por medio del microscopio.
Ia1	Evidencia de invasión estromal, mínima y microscópica.
Ia2	Lesiones detectadas por medio del microscopio, susceptibles de medición. La máxima profundidad aceptada de la lesión es de cinco milímetros, tomada desde la base del epitelio, sea escamoso o glandular de la que se origina. Y una segunda medición, la extensión horizontal no debe exceder siete milímetros. Toda lesión mayor se clasificará como Ib.
Ib	Lesiones de mayores dimensiones que las Ia2, sean o no visibles clínicamente. Las lesiones voluminosas no alteran el estadio.
II	Carcinoma invasor que se extiende más allá del cuello; afecta a los tercios superiores de la vagina o con infiltración parametrial que no han alcanzado las paredes pélvicas laterales.
IIa	Carcinoma invasor que afecta a los dos tercios superiores de la vagina.
IIb	Carcinoma con infiltración de los parametrios, pero que no ha alcanzado las paredes pélvicas laterales.
III	Carcinoma invasor que se extiende a los lados laterales de la pelvis, o el tercio inferior de la vagina, o con hidronefrosis o riñón no funcionando debido al temor.
IIIa	Extensión al tercio inferior de la vagina
IIIb	Extensión a la pared pélvica con o sin hidronefrosis.
IV	Carcinoma invasor que involucra la mucosa de la vejiga urinaria y /o el recto, o se extiende más allá de la verdadera pelvis.
IVa	Invasión a órganos adyacentes.
IVb	Invasión a órganos distantes.

Los síntomas del carcinoma invasor del cuello uterino son múltiples, pero la hemorragia es el más común. Pocas pacientes señalan dolor y secreción vaginal con mal olor.

En estadios clínico más avanzado hay pérdida de peso, debilidad, palidez, edema de miembros inferiores, dolor rectal y hematuria, a veces fiebre y dolor lumbar, síntomas debidos a la infección renal.

En el aspecto macroscópico de las lesiones variará de acuerdo con lo avanzado de la enfermedad; éstas pueden ser desde úlceras necróticas hasta masas tumorales exofíticas que hacen saliente hacia la vagina.

Histológicamente hay varios tipos de carcinoma invasor: el más frecuente es el carcinoma epidermoide ( 90-95%). A este grupo pertenecen las variedades: carcinoma epidermoide queratinizante, carcinoma no queratinizante, carcinoma no queratinizante de células pequeñas y de células grandes.

## **Tratamiento del cáncer cérvico-uterino**

Existen tres clases de tratamiento:

-cirugía

- radioterapia
- quimioterapia

El cáncer se puede extraer utilizando alguna de las siguientes operaciones:

- \*La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- \* La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para la eliminación de células cancerosas.
- \*La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. Se emplea para biopsias pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.
- \* La escisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés)
- \*La histerectomía es una operación en la cual se extrae todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino además del cáncer.
- \*Exenteración Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos,, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga dependiendo donde se haya diseminado el cáncer, junto con el cuello uterino, útero y vagina.

### Tratamiento por estadios

Los tratamientos para cáncer cérvico-uterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

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

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimientos de escisión electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desea tener hijos.

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

- I-a: -Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral.
- Conización.
- Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos.
- Radioterapia.

- I-b: -radioterapia.
- Histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

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

- II-a: -radioterapia
- Histerectomía abdominal total.
- II-b: -Radioterapia.
- ensayos clínicos de nuevas de radioterapia /quimioterapia.

Estadio III y IV podría consistir en: igual que el II-b.

Recidivas: el tratamiento de la recidivas podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto y la vejiga dependiendo el lugar donde se ha diseminado el cáncer junto con el cuello uterino, útero y vagina (exenteración).
2. Radioterapia y quimioterapia.

Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica de quimioterapia sistémica.

### 10.3 - FACTORES DE RIESGO

Los factores que se les asocia una acción carcinogénica al cuello del útero son cervicitis crónica, multiparidad, utilización de hormonas, circuncisión, infecciones por bacterias y virus.

En la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer de cuello de útero se consideran factores de riesgo:

- Ser mayores de 25 años
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años)
- Promiscuidad de la pareja
- Multiparidad
- Embarazo temprano
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades venéreas
- tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Lo más frecuente es que las infecciones cérvico vaginales aparecen por la acción de microorganismos exógenos extraños a la flora habitual de estas áreas que provienen con mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual.

La vagina y el cérvix en condiciones fisiológicas hay numerosos microorganismos comensales además del lactobacilo o bacilo de Doderlain, que viven en equilibrio sin producir cambios anormales, ya que son la flora autóctona de este sitio, si por alguna circunstancia, local o general este equilibrio se rompe, los microorganismos pueden multiplicarse dando lugar a patología inflamatoria.

Las infecciones, al igual que la acción de algunos agentes físicos como cauterización, criocirugía, toma d biopsias, colocación de dispositivo, legrado o también el traumatismo consecutivo al parto, provocan una respuesta local en los tejidos vascularizados del cuello uterino, que es la inflamación.

los cambios inflamatorios se presentan como un aumento del estroma vascularizado, con aparición de numerosos vasos capilares que se tornan hiperémicos; hay gran exudación de líquidos, así como de salida de células inflamatorias.

Estos cambios pueden ser leves o intensos dependiendo del tipo de agresión causal, fundamentalmente cuando se presentan a consecuencia de una infección bacteriana y de la virulencia del microorganismo.

#### Cervicitis aguda

la infección por gonococos es sin duda la causa más frecuente de cervicitis aguda y afecta a las glándulas endo-cervicales, otros microorganismos, como los estreptococos, estafilococos, enterococos y haemophilus vaginalis, también afectan al cérvix.

#### Cervicitis crónica

En 90 a 95% de la mujeres con partos hay algún signo de cervicitis crónica, si bien suele ser mínima, asintomática y ni siquiera evidente. La manifestación clínica más frecuente es la

llamada erosión cervical. Esto implica la pérdida de las capas superficiales del epitelio plano estratificado del cérvix, con la proliferación de los tejidos endo-cervical.

## Hormonas

Los experimentos realizados con animales han demostrado que la administración de estrógenos pueden incrementar la incidencia de cáncer de cuello de uterino en los ratones susceptibles. Hofbauer estima que la estimulación ovárica excesiva en las mujeres multiparas pudiera tener significado etiológico

Ayre cree que el estrógeno es un factor estimulante del crecimiento de cáncer de cuello uterino ya que encontró que el 90% de 50 pacientes con este tipo de cáncer mostraban, mediante pruebas basadas en la cornificación de la vagina u el cuello del útero, estrógenos excesivos en los tejidos. generalmente se acepta que una estimulación prolongada por exceso de estrógenos causa hiperplasia del endometrio.

## Infección por *Gardnerella vaginalis*

Produce lesiones en desmosomas y uniones laxas, debilitando la integridad de la mucosa con lo que propicia el efecto nocivo de otras bacterias.

## *Chlamidia trachomatis*

La infección por este microorganismo esta considerada actualmente como la más frecuente dentro de las enfermedades infecciosas de transmitidas sexualmente.

## Candida

*C. albicans* causa más del 90% de la infecciones por levadura. Las mujeres tratadas con antibióticos de amplio espectro sufre vaginitis candidiásica como resultado de la supresión de la flora bacteriana vaginal normales, por lo que permite la proliferación de los hongos. La función de los anticonceptivos en las candidiasis es tema de polémica, ya que producen alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y aumenta la prevalencia de candida en la vagina.

## *Trichomona vaginalis*

Dentro del grupo de parasitosis genital más frecuente, la tricomona ocupa un lugar importante.

## Virus Herpes Simple

Debido a que el virus Epstein-Barr está asociado con el desarrollo de neoplasias y que la infección por herpes tipo 2 es frecuente en genitales femeninos, se asoció con el desarrollo del carcinoma cérvico-uterino.

## Virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (HPV) tiene importancia por ser una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial, estar asociada con cáncer ano-genital.

Más de 70 tipos de HPV han sido identificados y más de 20 se han asociado con infecciones ano-genitales y se han sub-clasificado de acuerdo con su relación con la NIC y cáncer como de bajo riesgo 6, 11, 45, 56; de riesgo intermedio 30, 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 66; y de alto riesgo 16, 18, 45, 56. Esta relación se establece sobre todo en el HPV-16 y HPV-18 como factores de expresión de las oncoproteínas.

Cuando el DNA viral se incorpora al genoma humano puede iniciarse la evolución hacia una neoplasia.

El HPV se asocia con NIC 10 veces más que en grupos control. La citología negativa pero positiva a DNA de HPV demostró 11 veces más riesgo de desarrollar NIC II-III en los próximos dos a tres años, y las mujeres con HPV-16 y HPV-18 tienen aún más riesgo que aquellas con virus de bajo o intermedio riesgo. Las mujeres con cáncer cervical y pruebas negativas para HPV tienen la mayor mortalidad que las HPV positivas. El HPV-16 se asocia más con cánceres epidermoides y el HPV-18 a los adenocarcinomas y de células pequeñas, lo que indica que el HPV-18 tiene mayor riesgo de neoplasia invasora que los otros tipos.

### Circuncisión

Uno de los primeros en sugerir la falta de circuncisión como un posible factor etiológico fue Handley, quien señala que todos los grupos con una baja frecuencia de cáncer del cuello del uterino (judías, musulmanas), practican circuncisión de su población masculina. Handley (1936), escribió "Se tiene pruebas de que la existencia de fimosis, o falta de esta el descuido en cuanto a la higiene y limpieza sub prepuzial, es una amenaza aun más grave para el sexo femenino que para el sexo en que se originan".

Otros factores de riesgo de los que se sospecha, como la constitución genética y las laceraciones el cuello de útero.

## 10.4 - EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer del cuello uterino constituye un problema importante de salud pública y es el más común en el mundo y la segunda causa de morbilidad y mortalidad, por cáncer en la mujer. Se conocen dos tipos histológicos principales: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y adenocarcinoma.

La mayor parte de las displasia son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 y 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años.

El cáncer cervico-uterino ocupó, en 1997, el tercer lugar de las neoplasias que ocasionan la muerte y constituyó la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de a partir de los veinticinco años de edad en México. El número de defunciones presentaba una tendencia ascendente de 1990 a 1997.

Son escasos los estudios en el país y dentro de las instituciones de salud que describan el comportamiento secular de esta neoplasia, y son mínimos los trabajos que hayan relacionado factores de riesgo con su ocurrencia.

por medio de estudios epidemiológicos se ha demostrado que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de displasias y carcinomas invasores del cérvix es la infección por el virus del papiloma humano y se menciona como cofactores principales la edad de la mujer, las prácticas sexuales de la pareja de la mujer y de menor peso también descritos: la predisposición genética, el tabaquismo, los anticonceptivos hormonales por más de cinco años, algunas enfermedades de transmisión sexual, la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, inmunodeficiencia congénita o adquirida y nunca haberse realizado el estudio citológico.<sup>38</sup>

## 10.5 - ASPECTOS PREVENTIVOS

### Citología

Tradicionalmente se ha recomendado que las mujeres sean sometidas a citología cervical cada año a partir de que inician sus relaciones sexuales. Esta citología debe realizarse al mismo tiempo que la revisión general en su salud, que desde el punto de vista ginecológico incluye la exploración de las mamas y del aparato genital. Todo esto se lleva a cabo en el primer nivel de atención médica. Las mujeres que no han tenido vida sexual tienen bajo riesgo de desarrollar cáncer del cérvix, pero no de mama, ovario y endometrio, por lo tanto la revisión anual es obligada y la recomendación de tomar citología en ellas es cada cinco años a partir de los 35 años de edad.

La historia natural del cáncer cervical indica que se necesitan diez años en promedio para que la neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grado 2, y siete años en promedio para que la grado 3 pasen a neoplasias invasoras (Ca.Cu.). por tanto, la frecuencia anual de la citología resulta exagerada.<sup>39</sup> El reporte canadiense señala que después de tres citologías negativas anuales consecutivas, que descartan los resultados falsos negativos, la prueba debe realizarse cada tres años, aunque sin perder la revisión ginecológica anual en salud.<sup>40</sup>

Lo anterior se justifica con la historia natural de la enfermedad, pero es difícil de cumplir en la práctica, es realizar la citología cervical 1 y 3 años, dependiendo de los factores individuales de riesgo para cáncer de cérvix. Se debe tomar en cuenta la aceptación de la población para la realización de la citología, y si esta es disminuida el intervalo de realización será más largo.

### Técnicas para tomar la citología cervical

La citología para la detección de la neoplasia del cérvix debe tomarse, del cérvix. Esto quiere decir que las tomas del fondo de saco vaginal posterior, tan recomendadas, no tienen ya

---

<sup>38</sup> Lazcano,Ponce, et al. Factores de Riesgo Reproductivo y Cáncer cérvico úterino en la ciudad de México, p. 65-73

<sup>39</sup> Ruíz Moreno, et. al. Papel de la Colposcopia en el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial del Cervix, p. 115

<sup>40</sup> Med. Assoc. Cervical Cancer screening programs. p. 581

ninguna utilidad , en virtud de que las características celulares están muy alteradas por el estancamiento, la acción del pH vaginal ácido y las bacterias normales de la vagina.

Una buena muestra para detección requiere de la toma de células vivas , metabólicamente activas, del ectocérvix y del canal endo-cervical, precisamente en ese orden, con el objeto de rastrear toda la zona de transformación, que es la zona de iniciación de la NIC y de Ca. Cu., y la que sufre desplazamientos importantes a lo largo de la vida.

La toma ecto-cervical debe ser la inicial para evitar la desecación de la mucosa y su posible contaminación con sangre proveniente del canal endo-cervical; se realiza raspando con la espátula, en forma circular, toda la superficie del ectocérvix, a fin de desprender células de toda la zona de transformación: La espátula debe escogerse de acuerdo con la morfología y el tamaño del ectocérvix.

La toma endo-cervical puede hacerse con cepillo o hisopo de algodón; la ventaja de la toma con cepillo es real,, pero su costo lo hace menos recomendable en programas poblacionales. El hisopo de algodón bien utilizado, esto es, si entra en contacto y desprende células de toda la pared del canal, proporciona una muestra adecuada. Una acción indispensable es que la muestra sea, efectivamente, de todo el canal y no sólo de la parte cercana al orificio externo, ya que la unión escamo-columnar, y con ella la zona de transformación, sobre todo en ancianas, puede estar muy profunda.

Ambas tomas deben ser gentiles pero efectivas, esto es, debe desprender células vivas sin provocar sangrado que contamine la muestra y dificulte su lectura.

Recomendaciones generales para la toma de la citología cervical son:

- Tomarla antes de cualquier otra exploración cervical o vaginal.
- Evitar la contaminación de las muestras con cualquier lubricante.
- Tomarla antes de cualquier otro estudio para otra enfermedad, por ejemplo muestra para cultivo de clamidia o gonococo.
- Si existe flujo vaginal que cubra el cérvix, removerlo cuidadosamente con una torunda humedecida de solución salina; si la vaginitis o cervicitis son intensas, debe darse tratamiento y diferir la toma de la citología, lo mismo que si hay sangrado y dificulta el diagnóstico.
- El material obtenido debe aplicarse uniformemente sobre una o dos laminillas, en capa delgada, evitando los grumos y debe fijarse en forma inmediata.
- Si se utiliza fijador en aerosol, arrojarlo desde una distancia de alrededor de 25 a 30 cm para evitar la dispersión del material o destruya por la fuerza.

#### IV. INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

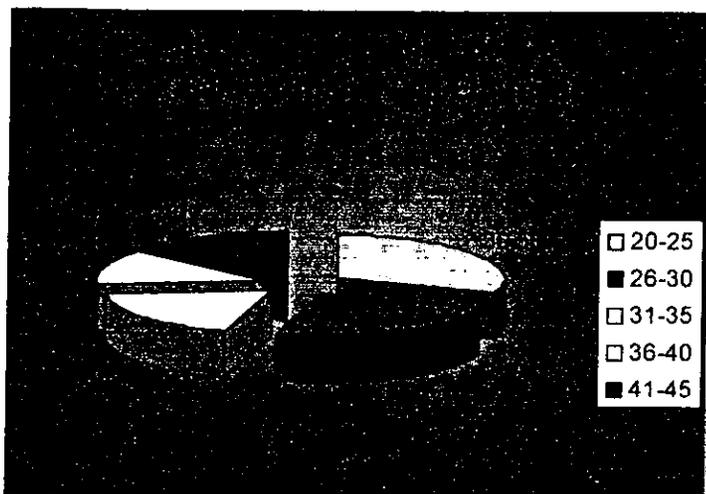
**Cuadro No. 1**

**Mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. TIII El Arenal en la Delegación  
Azcapotzalco México D.F. 2000**

Edad	FC	%
20-25	122	30.5
26-30	96	24.0
31-35	75	18.8
36-40	52	13.0
41-45	55	13.7
TOTAL	400	100.0

**Fuente : Cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años en el C.S.U. T-III El Arenal.**

## GRÁFICA No. 1



Fuente: Misma del cuadro 1

## Análisis de los resultados

En el Cuadro No.1 observamos como de un total de 400 mujeres en edad fértil que contestaron la cédula de valoración de riesgo para el cáncer cérvico uterino, un 30.5% se encuentran entre los 20 y 25 años, un 24% de los 26 a los 30, un 18.8% de 31 a 35, el 13 % se encuentran entre los 36 y 40, y el 13.7 % restante de 41 a 45 años (ver gráficas 1) . Con lo cual comprobamos que la mayor parte de las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud son menores de 30 años (54.5%), lo que las mantiene en una estrecha relación con factores de riesgo predisponentes a cáncer cérvico uterino que de no controlarse, en un futuro, posiblemente puede llegar a desarrollar el padecimiento a consecuencia de la prevalencia de factores de riesgo tales como: el inicio de vida sexual activa (IVSA) a edad temprana, la falta de cuidado en la higiene sexual que nos lleva a desarrollar infecciones vaginales ignoradas y/o mal atendidas, y la probabilidad de tener mas de 3 parejas sexuales sin los debidos cuidados; todos estos factores los encontramos en una constante interacción con el estilo de vida ocupación, grado de estudios, así como con una baja autoestima reflejada en la baja asistencia a consultas de detección, y realización de procedimientos diagnósticos como la prueba de papanicolaou (cuadros del 2 al 8), relaciones que no favorecen a la detección oportuna del padecimiento, o prevención específica de estos daños.

## CUADRO No. 2

**Relación de la edad de IVSA con algunos Factores de Riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal, Delegación Azcapotzalco México D.F. 2000**

IVSA	No PAREJAS				HIGIENE SEXUAL				INFECCIÓN VAGINAL				MULTI PARIDAD			
------	------------	--	--	--	----------------	--	--	--	-------------------	--	--	--	---------------	--	--	--

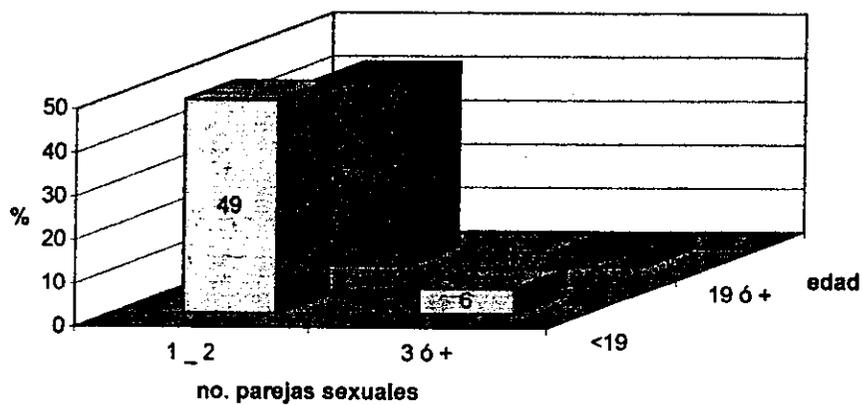
1-2		3 ó +		si		no		si		no		1-3		4 ó +	
	%		%		%		%		%		%		%		%

<b>&lt;19</b>	196	49	24	6	200	50	20	5	146	36.5	74	18.5	157	39.25	63	15.75
<b>19 ó +</b>	169	42.25	11	2.75	169	42.25	11	2.75	115	28.75	65	16.25	145	36.25	35	8.75
<b>TOTAL</b>	365	91.25	35	8.75	369	92.25	31	7.75	261	65.25	139	34.75	302	75.5	98	24.5

**Fuente : Cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal.**

## GRAFICA No.2

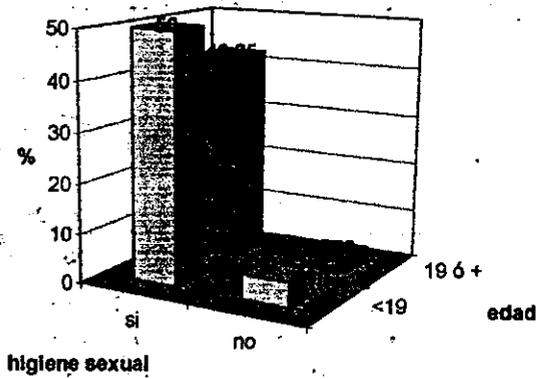
Relación de edad de IVSA con el número de parejas de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U.T-III El Arenal México D.F. 2000



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 2

GRAFICA No.3

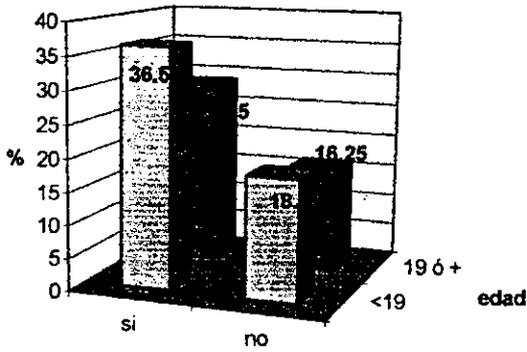
**Relación de IVSA con la realización de actividades de higiene sexual en mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal, México D.F. 2000**



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro 2.

GRAFICA No. 4

**Relación de IVSA con la presencia de infecciones vaginales en las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000**

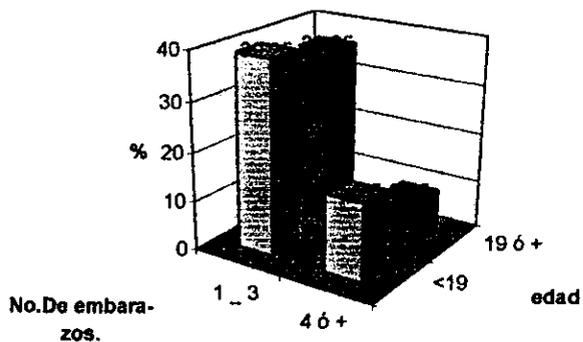


**Infecciones vaginales**

**Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 2**

### GRAFICA No. 5

**Relación de IVSA con el número de embarazos en las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T. III El Arenal México D.F. 2000**



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 2.

**Cuadros de comparación cuadro 2**

**Edad de IVSA**

**≤ 18**

**>18**

<b>Núm.de parejas</b>	<b>Fc.</b>	<b>%</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>
1 - 2	196	89	169	93
3 ó +	24	11	11	7
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100</b>
<b>Higiene Sexual</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>
Si	200	91	169	93
No	20	9	11	7
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

<b>Infecciones Vaginales</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>
Si	146	66.4	115	64
No	74	33.6	65	36
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

<b>Paridad</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>
1 - 3	157	71.4	145	81
3 ó +	63	28.6	35	19
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

**CUADRO 2A**

**RESULTADO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACIÓN CON LA EDAD DE IVSA CON LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO, EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, HIGIENE SEXUAL, INFECCIONES VAGINALES Y PARIDAD.**

	<b>No.de parejas</b>	<b>Higiene sexual</b>	<b>Infec. Vag.</b>	<b>Paridad</b>
<b>RR=</b>	1.66	1.5	1.0	1.47
<b>RA=</b>	.04	.03	.01	.09
<b>RAP=</b>	25.14	21.4	.85	20.20

## ANÁLISIS DE CUADRO No 2

En el Cuadro No. 2, observamos la relación existente entre el IVSA y factores Considerados de alto riesgo para el cáncer cérvico uterino tales como: el número de parejas sexuales, donde encontramos que el 49 % de las mujeres que inicia su vida sexual antes de los 19 años tienen de 1 a 2 parejas sexuales (196), mientras que el 6 % ( 24) dicen haber tenido mas de 2. El 45% (180) restante refiere haber iniciado su vida sexual después de los 18 años, y de estas solo un 2.75 % dice haber tenido mas de 2 parejas (ver gráfica 2). Tales resultados podrían deberse a que la mayoría de las mujeres tienen su primer embarazo casi al inicio de su vida sexual, o en otros casos suelen casarse o vivir en unión libre con la primera pareja sexual. Por lo cual el número de parejas sexuales se relaciona posiblemente con factores culturales como el grado de estudios que más adelante se menciona.

En cuanto a la relación IVSA con Higiene Sexual, encontramos que del 50 % de las mujeres encuestadas que inician su vida sexual antes de los 19 años, solo un 5% dice no realizar prácticas higiénicas previas o posteriores al acto sexual, mientras que del porcentaje que inicia su vida sexual después de los 18 años un 2.75 % no lleva a cabo estas prácticas (gráfica 3). Lo que aparentemente observamos que el 92.25 % de nuestra muestra menciona realizar alguna medida higiénico sexual (Baño completo antes y / o después del acto sexual, así como medidas específicas para la mujer y su pareja , entre ellas el uso de preservativo, duchas vaginales entre otras ) pero estas posiblemente no sean las adecuadas; datos que son complementados con la relación IVSA e infecciones vaginales, en la cual podemos apreciar que la muestra que refiere no padecer infecciones vaginales frecuentes es de un 16.25 % con IVSA después de los 18 años, y un 18.5 % con IVSA antes de los 19 años, mientras que el 65.25 % restante nos indica si haber padecido infecciones vaginales, donde un 28.75 % tienen un IVSA posterior a los 18 años y un 36.5 % antes de los 19.(ver gráfica 4). Esta última relación nos indica un alto porcentaje de mujeres que refieren presentar infecciones vaginales agregando el IVSA a edad temprana se toman como factores de riesgo para cáncer cervicouterino en nuestra muestra.

En la relación IVSA con paridad (gráfica 5), consideramos multiparas a las mujeres con mas de 3 embarazos, factor que consideramos aumenta el riesgo según los avances en el estudio de los factores de riesgo para el cáncer.

Las cifras obtenidas en esta relación nos muestran como de las mujeres con un IVSA antes de los 19 años, un 39.25 % tiene de 1 a 3 embarazos y un 15.75% tiene mas de 3, en tanto que las mujeres que iniciaron su vida sexual después de esta edad, un 36.25 % tiene de 1 a 3 embarazos y un 8.75% ha tenido mas de 3 embarazos Con esto observamos que la multiparidad no se relaciona con IVSA a edad temprana.

Una vez analizadas estas cifras, el análisis de riesgo nos llevo a concluir que la probabilidad de que una mujer tenga mas de 2 parejas sexuales es 1.6 veces mayor en las mujeres que inician su vida sexual antes de los 19 años, con lo que de acuerdo al RA (Riesgo Atribuible)

probablemente 4 de cada 100 mujeres se encuentren en la probabilidad de tener más de 2 parejas sexuales, de no lograr postergar a una edad mayor de 18 años, el inicio de vida sexual activa, en relación al RAP ( Riesgo Atribuible Poblacional) probablemente el riesgo de tener mas de 2 parejas sexuales se encuentra relacionado en un 25.14 % al inicio de vida sexual en una etapa temprana. En cuanto a la relación existente con la higiene sexual podemos decir que el riesgo de que una mujer no lleve a cabo las medidas de higiene necesarias durante sus relaciones sexuales es 1.5 veces mayor en las mujeres con un inicio de vida sexual temprano, que en las mujeres que inician esta después de los 18 años, lo que nos lleva a suponer que de contar con una educación para la Salud impartida por el Licenciado en Enfermería, posiblemente puedan disminuir 3 de cada 100 mujeres que dicen no llevar a cabo este tipo de prácticas de higiene sexual si se lograra cubrir las metas de la educación sexual, con lo cual también podría ser controlada la relación IVSA -Infecciones vaginales, enfocada principalmente a disminuir la probabilidad de lesiones que pueden predisponer a la aparición del cáncer cérvico uterino , tales como el VPH y otro tipo de infecciones de transmisión coital, , debido a que el hecho de padecer infecciones vaginales , se encuentra relacionado en un .83% al inicio de vida a edad temprana, con lo cual podría disminuir en 1 de cada 100 mujeres la aparición de dicho riesgo.

En cuanto a la multiparidad , encontramos que el riesgo de que una mujer tenga mas de 3 embarazos aumenta 1.47 veces mas si el IVSA sé lleva a cabo antes de los 19 años, lo cual tiene razón puesto que el riesgo de multiparidad (mas de 3 embarazos) relacionado al IVSA a edad temprana en un 20.20%,con lo cual podríamos decir que si este pudiera ser postergado a una edad mayor de 18 años, probablemente el número de mujeres con mas de 3 hijos disminuiría en 9 de cada 100 mujeres .

Así finalmente en el cuadro comparativo podemos observar con claridad como el IVSA antes de los 19 años en la población estudiada, representa un factor predisponente para que incremente el porcentaje de la prevalencia de factores de riesgo como promiscuidad ( mas de 3 parejas esto bajo la probabilidad de que sean llevadas o no a cabo las medidas de higiene sexual necesarias), la higiene sexual, presencia de infecciones vaginales y la multiparidad (ver cuadro de comparación 2)

CUADRO No. 3

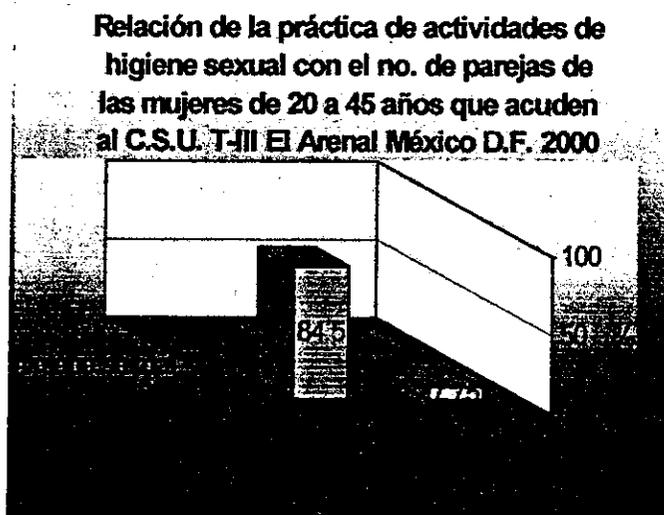
**Relación entre la Higiene Sexual con el número de parejas sexuales, circuncisión de la pareja e infecciones vaginales como factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco México D.F. 2000**

HIGIENE SEXUAL	PAREJAS				CIRCUNCISIÓN PAREJAS				INFECCIONES VAGINALES			
	1-2	%	3 ó +	%	Si	%	No	%	Si	%	No	%
SI	338	84.5	31	7.75	48	12	321	80.25	239	59.75	130	32.5
NO	27	6.75	4	1	5	1.25	26	6.5	22	5.5	9	2.2
TOTAL	365	91.25	35	8.75	53	13.25	347	86.75	261	65.25	139	34.7

**Fuente:** Cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal.

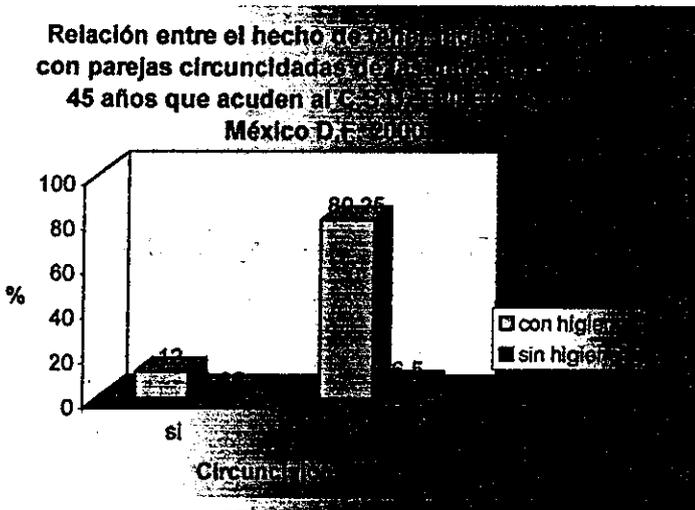
### GRAFICA No. 6

Relación entre la practica de actividades de higiene sexual con el no. de parejas de las mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco, México D.F. 2000



Fuente: Datos Obtenidos del Cuadro 3

GRAFICA No.7



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 3

### GRAFICA No. 8

Relación existente entre la realización de prácticas de Higiene Sexual con la presencia de infecciones vaginales en la población estudiada



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 3.

### Cuadros de comparación cuadro 3

#### Higiene Sexual

No. de parejas sexuales	NO	%	SI	%
1 - 2	27	87	338	91.6
3 ó +	4	13	31	8.4
Total	31	100	369	100

Circuncisión de la pareja	NO	%	SI	%
Si	5	16.2	48	13
No	26	83.8	321	87
Total	31	100	369	100

Infecciones vaginales	NO	%	SI	%
Si	22	71	239	64.8
No	9	29	130	35.2
Total	31	100	369	100

### CUADRO 3A

#### RESULTADO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACION CON LAS PRACTICAS DE HIGIENE SEXUAL

	No. Parejas	Inf. Vag.
RR	2.37	1.09
RA	.08	.06
RAP	66%	.65%

### ANALISIS DEL CUADRO 3

En el Cuadro No. 3, se muestra la forma en que se relacionan el no. de parejas, circuncisión en la pareja e infecciones vaginales con las variables de la higiene sexual, las cuales resumimos en si las lleva a la práctica o no, sin mencionar detalladamente cual o cuales son, pues estas son variadas, ya que según la cédula de valoración de riesgo mencionamos el baño completo antes y / o después, el lavado de manos previo y otros donde nos mencionan en algunos casos la práctica de las duchas vaginales.

En la relación de la higiene sexual con el no. de parejas, encontramos que el 84.5% de las mujeres que refieren ejercer su sexualidad con la debida higiene tienen de 1 a 2 parejas, mientras que el 7.75 % de estas mismas dicen haber tenido mas de 2 parejas. El 7.75% restante lo ocupan las mujeres que dicen no llevar a cabo ningún procedimiento higiénico antes o después de haber tenido relaciones sexuales, y solo un 1 % de estas dice tener mas de 2 parejas, por lo que podemos apreciar que el hecho de que el desarrollo o presencia del padecimiento en esta población se deba a la promiscuidad es relativamente bajo, debido a las mismas referencias de la población (gráfica 6).

La relación de la higiene sexual con el factor de riesgo dado por la pareja que no tiene circuncisión pudiera ser poco trascendente si en verdad fueran llevadas a cabo practicas sexuales de manera higiénica por parte de las dos personas, sin embargo del 7.75% de mujeres que dicen no llevar a cabo prácticas higiénicas durante su sexualidad, un 6.5% tiene parejas sin circuncisión (gráfica 7), hecho reflejado en las cifras presentadas con relación a la higiene sexual y con la conciencia de padecer infecciones vaginales, ya que pudo observarse (gráfica 8) que del 92.25% que refiere tener una vida sexual higiénica, un 59.75% nos reporta infecciones vaginales, y solo un 32.5% no lo hacen, hacemos importante mencionar que de las mujeres que dicen no tener infecciones vaginales, la mayoría de estas refiere tener un flujo vaginal que por sus características connotaria un tipo de infección, más sin embargo, ellas lo consideran normal. Por otra parte, en la valoración de los riesgos llevada a cabo en las tablas de doble entrada encontramos que probablemente 8 de cada 100 mujeres con mas de 2 parejas sexuales disminuirían si fueran llevadas a la práctica las diversas medidas de higiene en su sexualidad, pues el riesgo de tener mas de 2 parejas sexuales aumenta 2.37 veces mas en las mujeres que no tienen una debida higiene en su sexualidad, logrando reducir con probabilidad hasta un 66 % el riesgo de no llevar a cabo alguna de las medidas de higiene sexual si se logra proporcionar adecuada y oportunamente educación sexual, controlando a su vez otros factores tales como la promiscuidad.

En cuanto a la presencia de infecciones vaginales, observamos que el riesgo de que una mujer padezca de infecciones vaginales es 1.09 veces mayor en aquellas que no tienen la debida higiene durante su sexualidad que en aquellas que si tienen cuidado, con lo que si se llevará a cabo un programa que logrará mejorar el nivel de higiene sexual en las mujeres y sus parejas, 6 de cada 100 mujeres disminuirían la aparición de infecciones vaginales.

En el cuadro comparativo encontramos que de las mujeres que no tienen la debida higiene sexual, existe un mayor porcentaje de las que tienen 3 o más parejas sexuales , que de las que dicen llevar adecuadamente sus prácticas de higiene sexual, sin embargo de las mujeres cuya pareja no se encuentra circuncidada un 87 % llevan a cabo medidas de higiene durante su sexualidad, mientras un 83.8 % no las lleva a cabo, con lo que finalmente podemos ver como el 71 % de las mujeres que no llevan una higiene sexual adecuada presentan infecciones mientras solo un 64.8 % de las que dicen llevar las acciones de higiene a la práctica las presentan.

#### CUADRO No.4

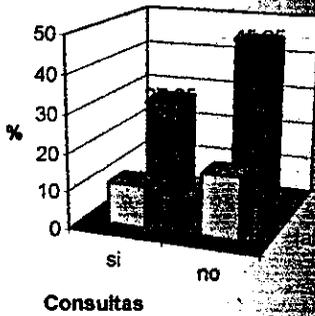
**Relación entre la ocupación y la asistencia a consultas de salud en las mujeres de 20 a 45 años en estudio, que acuden al C.S.U.T-III El Arenal**

OCUPACIÓN	CONSULTAS DE DETECCIÓN			
	SI	%	NO	%
LABORAL	44	11	66	16.5
HOGAR	109	27.25	181	45.25
TOTAL	153	38.25	247	61.75

**Fuente : Cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal**

### GRAFICA No.9

Porcentaje de las mujeres de 20 años y más que acuden a consultas de salud por problemas de salud ocupacional en el área de afluencia de Arenal, México D.F. 2000



Fuente : Datos obtenidos del cuadro 4

## CUADRO 4A

### RESULTADO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACION CON LA OCUPACIÓN Y CONSULTAS DE DETECCIÓN EN LAS MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DEL C.S.U. T-III EL ARENAL MÉXICO D.F. 2000

#### C- 4 A

RR	1
RAP	7.5%

#### Cuadro de comparación del cuadro 4

##### Consulta de detección

Ocupación	SI	%	NO	%
Laboral	44	28.8	66	26.7
Hogar	109	71.2	181	73.3
Total	153	100	247	100

## ANALISIS DEL CUADRO 4

En el Cuadro No. 4 , encontramos que la relación de la ocupación con la consulta de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, en este podemos observar como el 61.75% de la población encuestada no acude con regularidad a consultas, mientras que el 38.25% restante dice que si acude. En relación con el estilo de vida que lleva , podemos decir que el 27.5% llevan a cabo además de la vida de hogar, una actividad laboral remunerada, la cual va desde el comercio, hasta servicios técnicos y profesionales, del cual 11% si acude a consultas y 16.5% no acude a solicitar el servicio de detecciones mientras que del 72.5% solo se dedican al trabajo del hogar, dentro de este rubro las mujeres que dicen si acudir a consultas son un 27.25% en tanto que las que no acuden son un 45.25% se dedican al hogar, por otra parte, en el análisis de riesgo encontramos que no existe riesgo de la ocupación para la inasistencia a consultas de detección oportuna para cáncer cérvico-uterino dentro de la población estudiada (gráfica 9).

En el cuadro de comparación, de los porcentajes obtenidos confirmamos que no existe influencia directa en la asistencia a consultas de detección, más bien está probablemente se encuentre relacionada a otro tipo de factores, como pudiera ser la accesibilidad a los servicios en tiempo.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CUADRO No. 5

**Relación entre los antecedentes de cáncer con: conocimiento de los Factores de Riesgo para el CaCu, realización del papanicolaou y la utilización de hormonales en las mujeres que acuden al C. S. U. T-III El Arenal Delegación Azcapotzalco D.F. 2000**

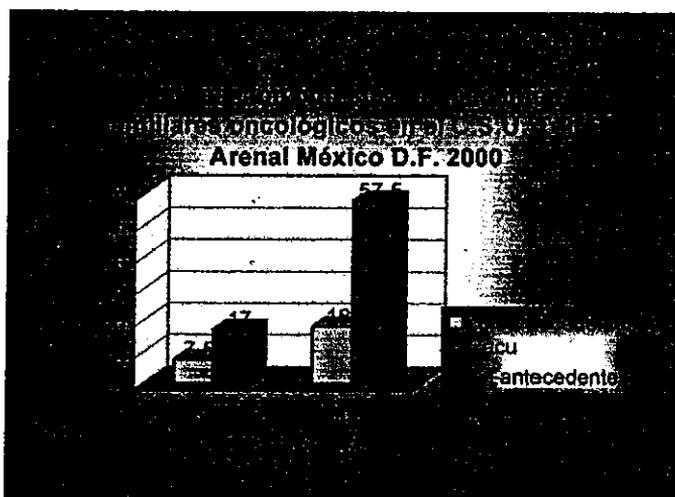
Antecedentes De Cancer	Conoc. De FR				Realización de Papanicolaou				Utilización de Hormonales			
------------------------	--------------	--	--	--	-----------------------------	--	--	--	---------------------------	--	--	--

	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
--	----	---	----	---	----	---	----	---	----	---	----	---

<b>SI</b>	30	7.5	72	18	80	20	22	5.5	7	1.75	95	23.75
<b>NO</b>	68	17	230	57.5	208	52	90	22.5	40	10	258	64.5
<b>TOTAL</b>	98	24.5	302	75.5	288	72	112	28	47	11.75	353	88.25

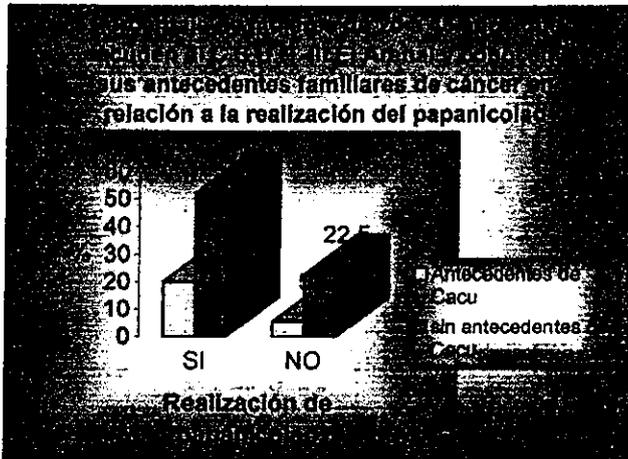
**Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U.T-III El Arenal**

### GRAFICA No. 10



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 5

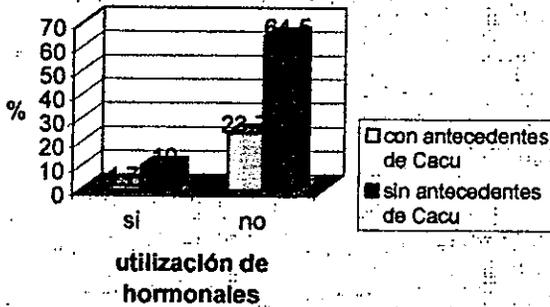
**GRAFICA No.11**



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 5

**GRAFICA No.12**

**porcentaje de mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal que tienen antecedentes familiares de cáncer y su impacto en la utilización de hormonales; México D.F.2000.**



**Fuente: Datos obtenidos del Cuadro 5**

### Cuadro de comparación del cuadro 5

#### Antecedentes de cáncer cervicouterino

Conocimiento de factores de riesgo	SI	%	NO	%
Si	30	29.4	68	22.8
No	72	70.6	230	77.2
Total	102	100	298	100

Realización del papanicolaou	SI	%	NO	%
Si	80	78.4	208	69.8
No	22	21.6	90	30.2
Total	102	100	298	100

Utilización de hormonales	SI	%	NO	%
Si	7	6.9	40	13.4
No	95	93.1	258	86.6
Total	102	100	298	100

## ANALISIS DEL CUADRO 5

En el Cuadro No. 5 donde relacionamos los antecedentes de cáncer con el conocimiento de factores de riesgo, realización de papanicolaou, utilización de Hormonales Orales e Inyectables, así como con la asistencia a consultas de salud, donde encontramos que del 75.5% que no conoce los factores de riesgo, y solo el 18% tiene antecedentes de cáncer. Encontrando así que del 24.5% que resta y dice conocer los factores de riesgo, un 7.5% tiene antecedentes de cáncer, y un 17% niega estos antecedentes (gráfica 10). Debido a la conciencia de prevención creada al conocer los factores de riesgo aunque muy bajo el porcentaje de mujeres que los conoce, suponemos que existe una respuesta en la toma de pruebas para la detección oportuna del cáncer, ya que del 25.5% de las mujeres que conocen sus antecedentes de cáncer un 20% asistió a la realización de la prueba; esto comparado con el 74.5% de las mujeres que dicen no tener antecedentes y no se realizan la prueba un 22.5% mientras que un 52% si lo hace.(gráfica 11). Esto nos demuestra que las mujeres sin antecedentes acuden más a la realización del papanicolaou, y aunque no mostramos la frecuencia con la que se lo realizan, consideramos importante que el licenciado en enfermería fomente este hábito en las mujeres que tienen antecedentes. De las mujeres que conocen sus antecedentes de cáncer que es un total del 25.5%, un 1.75% utiliza a la fecha hormonales orales o inyectables, mientras que un 23.75% llevan otro método de control natal o simplemente no utilizan; del 74.5% de mujeres que no tienen antecedentes de cáncer, un 10% utiliza como método de control natal los hormonales orales o inyectables, y un 64.5% recurren a otros métodos o tampoco los utilizan (gráfica 12). Con este resultado observamos que es de menor trascendencia la utilización de hormonales orales como factores de riesgo en relación con tener antecedentes familiares de cáncer cervico-uterino en la muestra estudiada, sin embargo aunque el porcentaje de las mujeres con antecedentes y utilización de métodos hormonales sea mínimo, estas mujeres se encuentran con un riesgo de desarrollar algún tipo de displasia a largo plazo, si estos no son modificados. Dichos datos podemos corroborarlos al observar el cuadro de comparación.

**Cuadro No. 6**

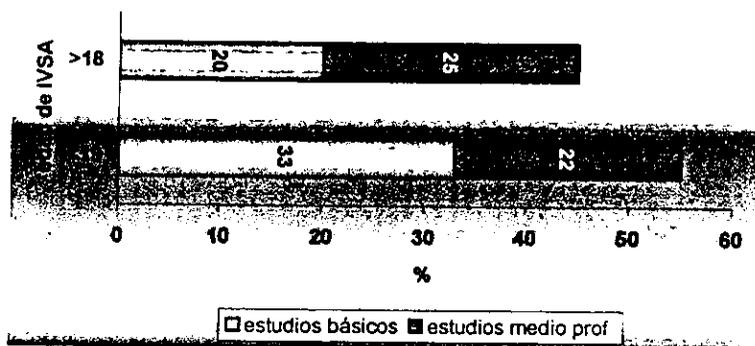
**Relación entre el Nivel de estudios con la edad de IVSA, No. de parejas sexuales, Conocimiento de los Factores de Riesgo de Cáncer Cervico Uterino y Realización del papanicolaou en las Mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal**

Nivel de estudios	Edad de IVSA				Número de parejas sexuales				Conocimiento de Factores de Riesgo				Realización de Papanicolaou			
	≤18	%	>18	%	3 ó +	%	1-2	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%
<b>BÁSICO</b>	132	33	80	20	12	3	200	50	176	44	36	9	55	13.75	157	39.25
<b>MEDIO PROFESIONAL</b>	88	21	100	25	23	5.75	165	41.25	126	31.5	62	15.5	57	14.25	131	32.75
<b>TOTAL</b>	220	55	180	45	35	8.75	365	91.25	302	75.5	98	24.5	112	28	288	72

**Fuente: cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal**

GRAFICA No.13

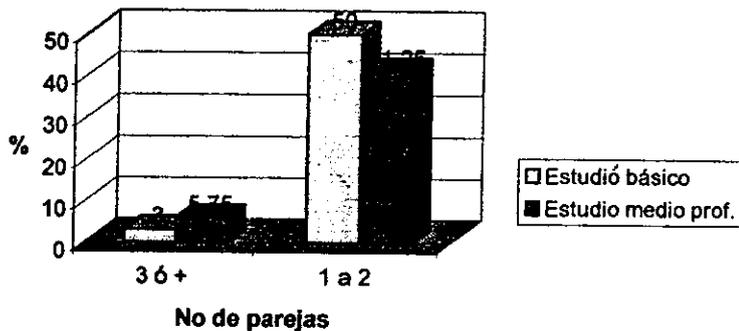
Edad de inicio de vida sexual activa de la población en estudio de acuerdo al nivel de estudios del C.S.U. I-III El Arenal México D.F. 2000



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 6

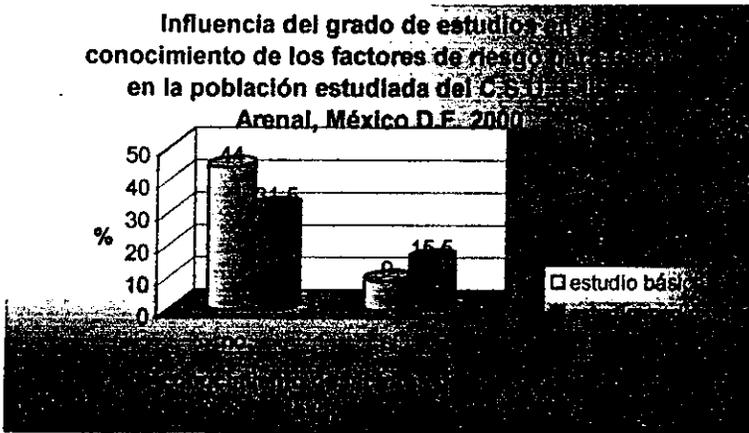
### GRAFICA No.14

**No. de parejas sexuales de acuerdo al grado de estudios alcanzado en la población femenina de 20 a 45 años que corresponde al C.S.U. T-III El Arenal México D.F. 2000**



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 6

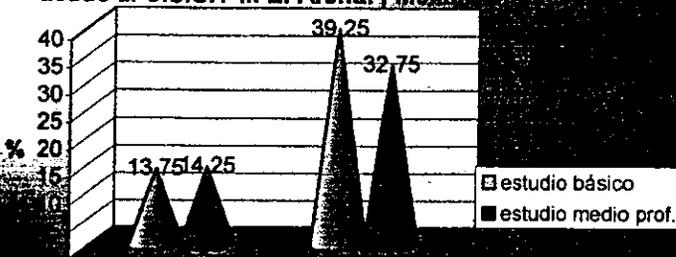
### GRAFICA No. 15



Fuente : Datos obtenidos del cuadro 6

GRAFICA No. 16

Asistencia a la realización de la prueba de papanicolao en relación con el nivel de estudios de la población femenina de 20 años y más que acude al C.S.U.T-III El Arenal, México



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 6

## CUADRO 6 A

### RESULTADO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACION CON EL NIVEL DE ESTUDIOS

	IVSA	No. De parejas	Conoc. F.R.
PI	.25	.05	.83
P2	.16	.12	.67
RR	1.56	.45	1.23
RA	.09	.07	.16
RAP	22.7	40.20	11.23

## ANÁLISIS DEL CUADRO 6

De la población femenina de 20 a 45 años que fue encuestada, pudimos observar que con relación al grado de estudios, el 28.25% de esta cuenta con preparación secundaria completa, seguida del 18.75% que cuenta con estudios técnicos completos, un 11.5% cuenta con primaria completa, mientras que el 9.5% refiere tener la preparatoria incompleta, el 7% la secundaria incompleta, el 6.25% primaria incompleta, el 5.75% preparatoria completa, el 4.25% estudios profesionales completos, estudios técnicos incompletos un 4.5%, y estudios profesionales incompletos solo un 4.25%. Esto nos muestra como la mayor parte solo cuenta con un grado de estudios básico (53%), influyendo en un IVSA a edad temprana que a su vez repercutirá en el número de parejas sexuales, si el conocimiento de los factores de riesgo es carente la asistencia a las consultas de detección será baja, lo que probablemente disminuirá la realización de pruebas como el papanicolaou.

En el cuadro 6 podemos observar el impacto del grado de estudios en el inicio de vida sexual activa de las mujeres con una instrucción básica o medio profesional (gráfica 13) donde el 55% inician su vida sexual antes de los 19 años donde un 33 % cuentan con una educación básica dato que de acuerdo a la valoración de riesgo las hace tener una probabilidad 1.5 veces mayor de iniciar su vida sexual antes de los 19 años, que las mujeres que tienen un grado de estudios a nivel medio o superior, lo que nos lleva a suponer que si se proporcionará la educación sexual de manera adecuada a esta población 9 de cada 100 mujeres iniciarían su vida sexual después de los 18 años, debido a que la probabilidad de que las mujeres inicien su vida sexual activa antes de los 18 años esta relacionada en un 22.7% al grado de escolaridad. Encontrando finalmente en el cuadro de comparación que el nivel de estudios básico incrementa en un 15.5% la probabilidad de un IVSA antes de los 19 años que si se tiene un nivel de estudios medio ó profesional.

De la interacción resultante de grado de estudios con número de parejas, solo un 3 % de las mujeres encuestadas con educación básica ha tenido mas de 2 parejas, y el 50% restante de 1 a 2 parejas. Mientras que de las mujeres encuestadas con estudios medio superiores, un 5.75% dice tener mas de 2 parejas., en lo que un 41.25% reporta solo de 1 a 2 parejas (gráfica 14). En el análisis de riesgo resultante de esta relación, encontramos que 5 de cada 100 mujeres con mas de 2 parejas sexuales cuentan solo con estudios básicos, en tanto que en las mujeres con estudios medios a profesionales la probabilidad es de 12 en 100, situación que posiblemente se debe a que las mujeres con un mayor grado de estudios no adquieren un compromiso definitivo con una pareja en una etapa temprana por el hecho de que la mayor parte de su tiempo se encuentra invertida en su preparación, sin embargo esto favorece a que puedan tener un mayor número de parejas. Por el lado opuesto tenemos que en las mujeres con educación básica, el mayor porcentaje ha tenido solo de 1 a 2 parejas sexuales ya que posiblemente al iniciar su vida sexual antes de los 19 años, se casan o embarazan y por ende suspenden sus actividades escolares definitiva o parcialmente, hecho que sin embargo no es generalizado. Con lo que en el cuadro de comparación podemos ver como la probabilidad de tener 3 ó más parejas sexuales es superior en las mujeres con un nivel de estudios de medio a profesional.

De la relación grado de estudios con conocimiento de Factores de Riesgo para el padecimiento, el 44% de las mujeres con educación básica no conoce los factores de riesgo, y solo un 9% dice conocerlos aunque de manera insegura, en tanto que el 31.5% de las mujeres con un nivel de estudios medio a superior dice no conocerlos y solo el 15.15% refiere tener conocimiento de estos (gráfica 15). Mientras en el análisis de riesgo nos muestra como la probabilidad de que las mujeres no conozcan los factores de riesgo para el cáncer cervico uterino es 1.2 veces mayor en las mujeres que solo tienen una grado de estudios básico que en las que han cursado un nivel medio o profesional., con lo que si se fomentará la salud de la mujer, así como la higiene sexual desde los niveles básicos de educación 16 de cada 100 mujeres que dicen no conocer los factores de riesgo, podrían tener un conocimiento claro de estos, ya que el hecho de que las mujeres no conozcan los factores de riesgo se encuentra relacionado al grado de estudios y promoción a la salud que en estos pueda existir en un 22.7%, comprobado en el cuadro comparativo donde la diferencia entre las que tienen un nivel de estudios básico y medio profesional es diferente en un 16% de las que no la conocen.

De la relación existente con la toma del papanicolaou tenemos que un 28% no se lo realiza y un 72% dice que si se lo ha realizado, encontrando que de las mujeres que tienen una educación básica, es el 39.25 % y de las mujeres con un nivel medio profesional solo un 32.75% de las que refieren realizarse la prueba (gráfica 16); encontrando en la tabla de riesgo que 25 de cada 100 mujeres con educación básica no se realizan la prueba, mientras que 30 de cada 100 mujeres con un nivel escolar de medio a profesional no acuden a la realización de esta y aunque en el cuadro de compasión el porcentaje de las mujeres con un nivel de estudios básico que no se realiza la prueba (26%) y las mujeres con un nivel medio profesional que no acuden (30.3%) la diferencia es un 4.3% mayor en las mujeres con una educación media superior, lo cual tal vez podría deberse a que probablemente recurren a la automedicación en cuanto tienen algún tipo de molestia, mientras que aunque las mujeres que tienen un nivel básico dicen si acudir, probablemente solo acuden esporádicamente sin dar tal vez un seguimiento por temor o por decidía.

**CUADRO No. 7**

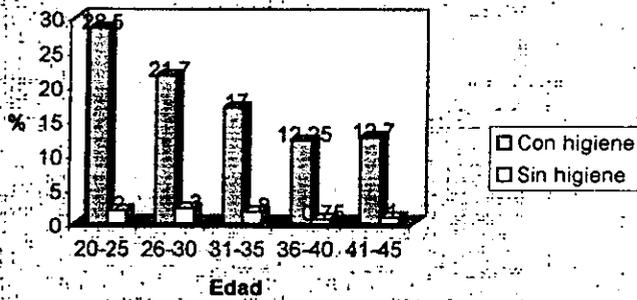
**Mujeres de 20 a 45 años que acuden al C. S. U. T-III El Arenal en relación a las acciones higiénico sexuales, presencia de infecciones vaginales y realización de papanicolaou; México D.F. 2000**

EDAD	Higiene sexual				Infecciones Vaginales				Real papanicolaou			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
20-25	114	28.5	8	2	77	19.25	45	11.25	64	16	58	14.5
26-30	87	21.7	9	2.3	65	16.25	31	7.75	65	16.25	31	7.75
31-35	68	17	7	1.8	52	13	23	5.75	63	15.75	12	3
36-40	49	12.25	3	.75	29	7.25	23	5.75	47	11.75	5	1.25
41-45	51	12.7	4	1	38	9.5	17	4.25	49	12.25	6	1.5
TOTAL	369	92.25	31	7.75	261	65.25	139	34.75	288	72	112	28

Fuente: cuestionarios aplicados a mujeres de 20 a 45 años que acuden al C.S.U. T-III El Arenal

**GRAFICA No.17**

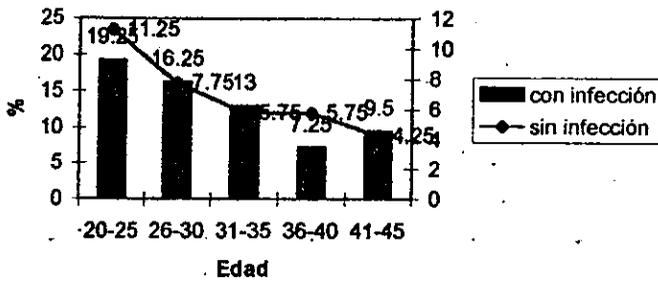
**Influencia de la edad de la población estudiada en la realización de prácticas de higiene sexual**



**Fuente: Datos obtenidos del cuadro 7**

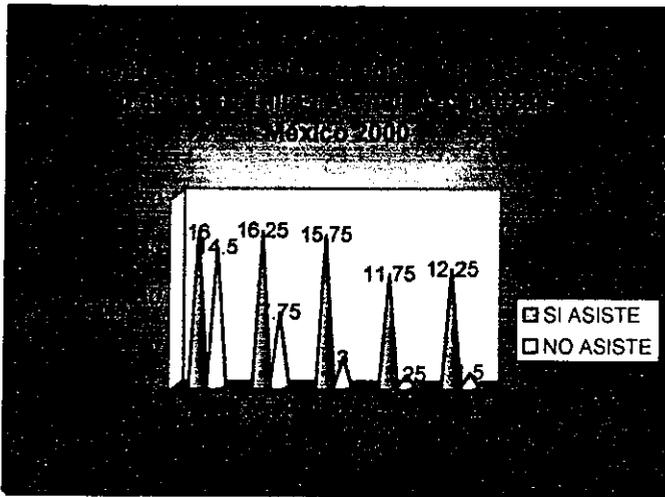
GRAFICA No. 18

Frecuencia de infecciones vaginales en relación a la edad de la población estudiada en el C.S.U.T-III El Arenal Azcapotzalco, México 2000



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 7

### GRAFICA No. 19



Fuente: Datos obtenidos del cuadro 7

## ANALISIS DEL CUADRO 7

En el Cuadro No. 7 observamos la relación existente entre la edad y factores de riesgo como la higiene sexual, las infecciones vaginales y la realización de la citología vaginal (Papanicolaou), apreciando que del total de mujeres encuestadas, de un 30.5% que se encuentra entre los 20 y 25 años, un 28.5 nos refiere llevar a cabo medidas higiénicas en sus prácticas años, un 21.7 % lleva a cabo estas acciones, y el 2.3% dice no realizarlas, las mujeres que se encuentran entre las 31 y 35 años representan un 18.8 % del porcentaje total en el cual 17% lleva a cabo sus practicas sexuales de manera higiénica y el 1.8% restante no tiene estas precauciones, en el grupo de mujeres comprendido entre los 36 y 40 años, encontramos que 12.25% de esta población realiza sus practicas sexuales de manera higiénica, mientras que solo el .75% no tiene dichas precauciones, y por ultimo del 13.7% restante que ocupan las mujeres mayores 40 años, solo un 1 % no tiene cuidado con el manejo de la higiene durante sus actividades sexuales (gráfica 17). Esto nos muestra como a menor edad, existe una mayor despreocupación en la realización de sus actividades sexuales higiénicas reflejado en la frecuencia de infecciones vaginales y en sus múltiples repeticiones siendo que de 20 a 25 años es un 19.25%, de 26 a 30 años de 16.25%, de 31 a 35 un 13%, de 36 a 40 7.25 y de 41 a 45 un 9.5% que presentan infecciones vaginales (gráfica 18); pero además son las más jóvenes las que se realizan la prueba del papanicolaou (gráfica 19), pero posiblemente no con la frecuencia que se recomienda, agregando la higiene inadecuada y las infecciones vaginales se confirma como factor de riesgo preponderante para cáncer cervico-uterino.

## CONCLUSIÓN

Por medio de la investigación realizada en el C.S.U. T-III El Arenal, encontramos que la valoración de los factores de riesgo del Cáncer cervico uterino es la primera y mas importante de las intervenciones que el Lic. en Enfermería y obstetricia puede llevar a cabo en un primer nivel de atención, pues con ella, jerarquizará el resto de las intervenciones con el fin de promover las conductas saludables necesarias para la prevención y detección oportuna del padecimiento.

### **V.-INTERVENCIONES Y SUGERENCIAS DE ACCION DEL LIC. EN ENFERMERÍA Y OBST. DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CA CU EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL C.S.U.T-III EL ARENAL.**

Conforme a los resultados obtenidos en la valoración de los factores de riesgo para el Cáncer Cervico Uterino en las mujeres de 20 a 45 años que acuden y pertenecen al área de afluencia del C.S.U.T-III El Arenal y conforme a la Norma Oficial Mexicana 014SSA21994 para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del cuello del útero, se realizó la jerarquización de estos obteniendo que los factores de riesgo de mayor prevalencia, y por tanto de mayor preponderancia en esta zona son:

- 1.- Infecciones Vaginales y sus recurrencias
- 2.- IVSA a edad temprana
- 3.- Higiene Sexual inadecuada
- 4.- Multiparidad
- 5.- Tabaquismo

Llevándonos a la conclusión de que la participación del Lic. en Enf. en el primer nivel de atención debe ser enfocada en primer lugar a reducir la incidencia de los factores de riesgo por medio de acciones que promuevan la salud en las mujeres y las motiven a realizarse procedimientos preventivos, diagnósticos y de control, tal y como es el caso de la prueba del papanicolaou: con lo cual a largo plazo podría darse una disminución en la incidencia del padecimiento en dicha comunidad.

Conclusión basada en los conceptos que el modelo de promoción a la salud de NoLa J. Pender nos brinda, entre los cuales, los que podemos aplicar al inicio de toda planeación e intervención del profesional de enfermería en la comunidad pudieran ser que:

Las personas buscan crear condiciones de vida a través de lo que ellos pueden expresar como su único potencial de salud humana, por lo cual este potencial de salud debe ser analizado en la comunidad antes de dar por entendido algún concepto general.

Las personas tienen la capacidad por el auto-conocimiento reflexivo, incluso de la valoración de sus propias competencias, así mismo buscan regular su propia conducta activamente, valorando el crecimiento como positivo y logrando un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.

Teniendo en cuenta la formación del profesional de Enfermería, y que estos constituyen una parte del ambiente interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida una de sus principales actividades dentro de un primer nivel de atención a la salud debería ser la planeación e implementación de estrategias y programas de promoción a la salud, enfocados a la concientización de la comunidad en riesgo para el logro del auto-cuidado de su salud con el mejoramiento de sus estilos de vida diarios, teniendo en cuenta las barreras que se presentan (disponibilidad de tiempo, facilidades de horario y alcance de la población) de tal modo que las mujeres y el resto de la comunidad logren tener el conocimiento y un auto-control de los riesgos para el padecimiento, en este caso, para el cáncer cervicouterino.

Dentro de estos programas, los temas de mayor prioridad para esta población podrían ser:

1o. Fortalecimiento de los conocimientos en relación con la higiene sexual, los cuales comprenden la higiene personal, Higiene Sexual en pareja todo esto encaminado a la limitación de procesos infecciosos en el aparato reproductor, tanto masculino como femenino, lo que a mediano plazo contribuye a la limitación en la aparición de lesiones que pudieran preceder algún tipo de displasia.

2o. Responsabilidad ante la sexualidad, lo que nos lleva a promover el inicio de vida sexual activa de manera responsable y preferentemente después de los 18 años, con los debidos cuidados para la prevención de infecciones de transmisión coital.

Así como la promoción de medidas de control natal que limiten el hecho de tener embarazos poco deseados a edades riesgosas; todos estos aspectos se incluyen en el programa de educación sexual.

3. La promoción de conductas saludables dentro de las cuales podemos mencionar el cuidado de una alimentación balanceada, promoción del ejercicio físico como método de liberación de estrés así como evitar hábitos dañinos, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo entre otros, ya que uno de los factores de riesgo marcados por la norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero es el tabaquismo, del cual no encontramos estudios previos sobre el verdadero impacto en el padecimiento, mas sin embargo, en nuestro estudio pudimos ver que es un hábito con un alto porcentaje en nuestra población.

Así mismo, el profesional en Enfermería se encuentra capacitado para realizar de manera adecuada el examen citológico, brindando a la paciente la confianza, seguridad y calidad en los resultados de esta.

## SUGERENCIAS

### Al personal del C.S.U. T-III El Arenal.

- Debido a la importancia que el padecimiento tiene dentro de la situación epidemiológica del país, se sugiere tomar en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que la valoración de los riesgos del cáncer cervico uterino en la población estudiada y el desarrollo de las intervenciones planeadas para el personal de enfermería resultante de la valoración, si bien no desaparecerá la enfermedad, si favorecerá al establecimiento de las conductas que limiten la incidencia y disminuyan la interacción de los factores de riesgo prevalentes en la población.
- Brindar un seguimiento adecuado a los casos de alto riesgo para el cáncer, así como para los factores de riesgo determinados por la presencia de infecciones de transmisión coital tal y como es el caso del VPH.
- Mantener en el personal la inquietud de una actualización constante sobre la actuación del personal de enfermería en los principales problemas de salud que aquejan a la comunidad, con el fin de que proporcionen a esta misma la orientación adecuada para lograr los fines preventivos y proporcionar los tratamientos adecuados en un momentos oportuno, todo esto principal objetivo de un primer nivel de atención.
- A las enfermeras que laboran dentro del Centro de Salud se les sugiere conocer y practicar las medidas preventivas y de auto cuidado ya que de esto depende en gran parte la confianza y motivación de la comunidad.
- Planear actividades de promoción a la salud basadas en las necesidades reales de la población, donde la comunidad sea la que, exprese sus dudas y/o experiencias, en los tiempos y lugares que ellas mismas elijan, llevando acabo una evaluación constante por temas y actividades para observar el grado de cognición y asegurar la efectividad del método.
- Buscar el apoyo de instituciones (escuelas) que favorezcan la propagación del conocimiento permitiendo actuar inter-disciplinariamente en la promoción de conductas saludables.
- Llevar acabo un seguimiento y control de los procesos infecciosos del aparato reproductor femenino con el fin de proporcionar de forma directa y clara, a la mujer y su pareja, las medidas de auto-cuidado para limitar la aparición de secuelas y / o complicaciones.
- Buscar, fomentar la participación y compromiso comunitario en todas y cada una de las actividades de promoción a la salud o grupos organizados que puedan actuar como sensibilizadores y educadores de la población en beneficio de la salud
- Impulsar la participación ciudadana en la formulación ejecución y evaluación de los programas de salud, a través de cédulas ya elaboradas o con consultas populares específicas para cada programa.
- Para que la educación para la salud sea útil a la población en la contribución de modificar hábitos, costumbres y conductas nocivas para la salud, es necesario que el personal que labora dentro de la institución tenga conocimiento de todos los programas de salud, adelantos técnicos y científicos, para así poder promoverlos y promover el desarrollo de acciones educativas dentro de la población.

-Se sugiere fortalecer los mecanismos de coordinación y concertación interinstitucionales y con los sectores público, social y privado, para homogenizar mensajes, aprovechar recursos y lograr mayor penetración e impacto de los programas dentro de las comunidades.

-Establecer los mecanismos necesarios para la evaluación de los prestadores de servicios en especial del personal que tiene la función de brindar orientación a la población (enfermería, médico).

-Realizar campañas educativas que incluyan la elaboración y difusión de material gráfico y audiovisual, dirigido al grupo en riesgo, al público en general.

-Realizar análisis de riesgos en las comunidades para conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad real en estas y poder enfocar adecuadamente las intervenciones.

### **Al profesional en enfermería**

- Debido a que el tema de estudio es suficientemente vasto, se sugiere darle un seguimiento ya sea en general o tomando solo alguna de las variables, con el fin de profundizar en el estudio o implementarlo en otras zonas para realizar una comparación de los impactos de la patología en otro tipo de población.

- Profundizar sobre lo que es el análisis de los riesgos y su aplicación en los diferentes niveles de atención para diferentes problemáticas.

-Incluir dentro de las prioridades de acción y ejercicio profesional las necesidades de la población en cuanto a promoción y difusión de la salud se refiere. creando programas que favorezcan la detección y limitación oportuna de los factores de riesgo para la patología antes mencionada.

-Procurar el hecho de mantenerse actualizado en cuanto a conocimientos y procedimientos preventivos y diagnósticos, con el fin de proporcionar a la población una atención integral de calidad

-Revisar el modelo de Nola J. Peder, con el propósito de entender y transmitir los conocimientos de las conductas de promoción a la salud no solo como un método de Prevención, sino como una nueva forma de entender la salud y vivirla.

### **Al personal docente de la ENEO-UNAM**

Fomentar las prácticas de promoción a la salud entre los estudiantes, para que se tengan desde la formación una idea real de lo que el trabajo de Enfermería de Salud Pública significa, y no solo dejarlo como una opción mas para el desempeño laboral.

- Brindar a los alumnos las bases necesarias para llevar a cabo actividades de investigación en favor de la profesión y la comunidad que de esta depende, pues esta se encuentra basada más en temas de interés médico de tratamiento que de actividades preventivas, que son en sí la base de todos los procedimientos.
- Impulsar a las futuras generaciones a la realización de más investigación, de interés y utilidad para el desarrollo de la profesión en sus diferentes áreas, así como de beneficio para la población.
- Impulsar la investigación dentro de la profesión, así como favorecer la difusión de los resultados.

## GLOSARIO

**Atención primaria:** los centros de atención primaria son el punto de entrada en el sistema sanitario, es decir, en el lugar en que se dan los cuidados iniciales. Los cuidados primarios comprenden el mantenimiento de la salud, la promoción de la salud y las actividades de prevención de la enfermedad.

**Auto-cuidado:** es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. Etimológicamente la palabra auto significa, ser humano completo, y la palabra auto-cuidado significa para uno mismo o realizado por uno mismo. Así mismo es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

**Carcinogénesis:** producción del cáncer.

**Célula Pavimentosa:** células planas que componen el epitelio pavimentoso

**Citología:** de la histología que trata de las células, de su estructura y funciones/. exfoliativa estudio citológico de las células exfoliadas de un órgano en comunicación con el exterior o fácilmente accesible como : vagina, bronquios, estómago.

**Colagenasa:** enzima que cataliza la hidrólisis del colágeno.

**Cognición:** Conocimiento, comprensión, razonamiento.

**Comunidad:** es un conjunto de personas que comparten alguna característica de sus vidas. Pueden ser que vivan en el mismo lugar, asistan a una determinada iglesia o incluso compartan un interés particular, como la afinidad. También puede definirse como un sistema social en donde sus miembros interactúan de manera formal o informal y constituyen redes que operan en beneficio de todos miembros de la comunidad.

**Básales:** situación en la base de una formación orgánica o relativo a ella.

**Desmosoma:** engrosamiento en el centro de un puente intercelular.

**Endoplasma:** porción central perinuclear del protoplasma celular.

**Educación :** Etimológicamente, la palabra educación procede del latín "educare", que significa crear, nutrir o alimentar. Por lo tanto la educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, actitudes, aptitudes y comportamiento que acepte su grupo social.

**Epitelio:** Capa celular que cubre toda las superficies internas y externas del cuerpo que se caracteriza principalmente por estar formada de células de forma y disposición variables, sin sustancia intracelular ni vasos./ Pavimentoso estratificado: Compuesto de varias capas de células de las cuales las más superficiales son planas y las mas profundas globulosas, como la epidermis./ Pavimentoso simple: Formado por una simple capa de células planas, endotelio.

**Equipo de salud:** es un grupo de personas que forman parte de una institución de salud, con relaciones interdependientes que comparten un conjunto de creencias, valores normas que regulan su comportamiento mutuo que son percibidas por otras personas como miembros de un grupo diferenciado. Se encuentran en una interrelación dinámica en donde experimentan necesidades semejantes y buscan objetivos comunes.

**Familia:** en el estudio de la familia como paciente, ésta se puede define como un pequeño grupo de individuos que poseen ciertas características genéricas en común con otros grupos.

**Fomento a la salud:** estas actividades comprenden fundamentalmente los servicios que se proporcionan con el fin promover, proteger y restaurar la salud, e involucra actividades de promoción general y de protección específica para las personas sanas.

**Fornificación:** conversión en tejido córneo.

**Hidronefrosis:** distensión y cálices renales con compresión del parénquima renal y la acumulación de orina en estos órganos a causa de la oclusión de las vías urinarias, y que forman un tumor fluctuante más o menos voluminosos.

**Incidencia:** acto o modo de caer; forma que un cuerpo cae sobre otro. En estadísticas sanitarias, proporción de enfermos por 1000 habitantes en un espacio de tiempo, generalmente un año. Frecuencia.

**Lipofanerosis:** aparición de grasa en las células en degeneración por combinaciones lipoproteicas, preexistentes en el protoplasma.

**Metaplasia:** producción por las células de una especie de tejido distinto del que producen normalmente. Cambio de un tejido en otro.

**Mitosis:** momento de división de las células somáticas, donde las 2 cadenas del DNA que se separan, cada una sirve de molde para la síntesis de una nueva cadena complementaria.

**Motivación:** describe fuerzas que actúan sobre la persona, o de ella, para iniciar, dirigir o mantener una conducta y explicar diferencias en la intensidad y dirección del comportamiento.

**Neoplásia:** neoplasma.-neoformación o nuevo crecimiento de tejido en el que la multiplicación de las células no esta totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo.

**Parametrio:** conjunto de tejidos que rodean el útero.

**Picnósis :** condensación, espesura especialmente degeneración celular en la que el protoplasma se hace más denso y el tamaño de la célula disminuye. Coloración uniforme, intensa, del núcleo celular, en la que no se distingue la red de cromatina, atribuida a la muerte del núcleo.

**Población:** conjunto de personas que tiene alguna características en común., como la residencia en una zona geográfica o ser atendidos por las mismas instituciones de cuidados a la salud.

**Portio:** porción intravaginal del cérvix.

**Prevalencia:** en estadísticas sanitarias, proporción de enfermos nuevos y viejos, por 1000 habitantes, de una determinada enfermedad.

**Proteasa:** enzima o fermento que dirige las proteínas en general el término comprende las proteinasas, peliptidasas y protaminasas.

**Queratohialina:** sustancia córnea de las células del estrato granuloso de la piel.

**Quimioterapia:** tratamiento por sustancias químicas especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos y microorganismos determinados sin dañar los tejidos orgánicos.

**Salpingooforectomía:** ablación quirúrgica del ovario y la trompa de Falopio.

**Tasa:** Indicador cuantitativo de los fenómenos vitales que se expresa matemáticamente como porcentaje y sirve para obtener la frecuencia de un determinado acontecimiento, mediante la relación con el número de individuos expuestos a ese riesgo.

## ANEXOS

1.-

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

#### CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE RIESGOS DEL CANCER CERVICO UTERINO

**Justificación:** Los actuales informes sobre cáncer cérvico uterino nos lleva a pensar que este padecimiento, lejos de ser solo una alteración celular, es el resultado de la interacción de factores sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos.

Es por tal motivo, que el personal de enfermería ha elaborado el presente cuestionario, tratando de relacionar todo tipo de factores que nos puedan llevar a descubrir el grado de riesgo existente en la mujer para la aparición o el desarrollo de la enfermedad, con el fin de posteriormente brindar la orientación y la atención adecuadas.

**Objetivo:** Evaluar los factores de riesgo reproductivos asociados con el cáncer cérvico uterino en mujeres de 20 a 45 años.

**Instrucciones:** La información que se brinde en el cuestionario será manejada de manera confidencial, por lo tanto contesta honestamente lo que se te pide; puedes manejar una o varias respuestas según sea el caso.

1. Ficha de identificación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

Señala con X C = Completa I = Incompleta

Grado de estudios: Primaria Secundaria Preparatoria Estud. Técnicos Estud. Prof.  
C I C I C I C I C I

Edad de la 1a. menstruación \_\_\_\_\_ Duración y ritmo de la menstruación \_\_\_\_\_

Edad de inicio de la vida sexual \_\_\_\_\_ Núm. de parejas \_\_\_\_\_ Edad del 1er embarazo \_\_\_\_\_

Núm. de embarazos \_\_\_\_\_ Núm. de partos \_\_\_\_\_

Núm. de cesareas \_\_\_\_\_ causa \_\_\_\_\_

Núm. de abortos \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

Cirugías Gineco-obstétricas (mencionar tipo y causa) \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado el papanicolaou? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber contestado no, especificar porqué \_\_\_\_\_

En caso de haber contestado Si:

Fecha de ultima prueba \_\_\_\_\_ ¿cuántas veces se lo ha realizado? \_\_\_\_\_

¿Conoce el resultado del último? \_\_\_\_\_  
¿Recibió algún tratamiento? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido lesiones en vagina o cuello del útero? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Su pareja tiene circuncisión? Si \_\_\_ No \_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

¿Ha tenido infecciones vaginales? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuántas veces al año? \_\_\_\_\_

¿Recibió tratamiento? médico \_\_\_\_\_ casero \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido el tratamiento más frecuente? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duran los tratamientos? \_\_\_\_\_

¿Recuerda que infección ha sufrido últimamente? \_\_\_\_\_

Su flujo vaginal por lo regular es:

a) transparente b) blanco grumoso c) amarillo d) otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

Para el acto sexual ¿qué medidas de higiene realiza usted y su pareja?

a) Baño completo antes b) Baño completo después c) lavado de manos previo d) otros.

Durante el acto sexual existe:

a) dolor b) sangrado c) los dos d) ninguno e) otros (especificar) \_\_\_\_\_

Su ropa interior por lo regular es de:

a) lickra con algodón b) algodón c) lickra d) encaje

¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta con su médico familiar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Utiliza algún método de control natal (planificación familiar)? a) Si b) No

a) Pastillas b) Hormonales inyectables c) Condón d) DIU e) otro. especificar \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo tiene de utilizarlo? \_\_\_\_\_

¿Existen antecedentes de Cáncer en su familia? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

En su casa fuman: a) Si b) No

¿Quién? \_\_\_\_\_ Cantidad aproximada por día \_\_\_\_\_

Padece usted alguna enfermedad:

a) Diabetes b) hipertensión c) obesidad d) otros (especificar)

Conoce usted que factores favorecen a que se desarrolle el cáncer en la matriz

Mencionelos \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración

Elaborado por: P.L.E.O. Martha E. Suárez Cháirez.

P.L.E.O. Leticia Atanacio aguilar.

## 2.-MODELO DE TARJETA SIMPLE PARA CONCENTRACIÓN DE DATOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS

No. de Cédula

Edad	Niv.est.	Ocup.	Menarca	Durac. y ritmo	IVSA	No. Parejas	Edad ler. emb.
No.emb.	No. partos	No. cesareas	No. abortos	Cir. Gineco.	Real pap.	Fecha ultima prueba	No veces
Conoc Result.	Tratamiento	Lesiones vag.	Circ. pareja	Infec. vag.	frecuencia	tratamiento	días de duración.
Flujo vag.	Med. hig.sex.	Molestias en rel.sex.	ropa int. material	causas de cons. medica	utilización metodo p.f.	Ant. Ca familia	Ant. tabaquismo
otra enfermedad	conoc. F. R. de Ca Cu.						

**3.- CUADROS DE DOBLE ENTRADA PARA LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE CÁNCER CERVICU TERINO EN LAS MUJERES DE 20 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL C.S.U. T-III EL ARENAL , AZCAPOTZALCO MÉXICO 2000**

**1.- CUADROS DE VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACIÓN CON LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.**

**A) IVSA con número de parejas sexuales**

	No de parejas sexuales		total
	1 - 2	>2	
IVSA <18	196	24	220
IVSA >18	169	11	180
total	365	34	400

**B) IVSA en relación con la higiene sexual**

	Higiene sexual		total
	si	no	
IVSA <18	200	20	220
IVSA > 18	169	11	180
total	369	31	400

**C) IVSA con infecciones vaginales**

	Infecciones vaginales		total
	si	no	
IVSA <18	146	74	220
IVSA >18	115	65	180
total	261	139	400

**D) IVSA con multiparidad**

	Multiparidad		total
	1 - 3	>3	
IVSA <18	157	63	220
>18	145	35	180
Total	302	98	400

## 2.-CUADROS DE VALORACIÓN DE RIESGO EN RELACIÓN CON LA HIGIENE SEXUAL

### A) Prácticas de higiene sexual en relación con el número de parejas

Número de parejas sexuales			
Higiene sexual	> 2	1 - 2	Total
NO	4	27	31
SI	31	338	369
Total	35	365	400

### B) Prácticas de higiene sexual en relación con circuncisión de la pareja

Circuncisión de la pareja			
Higiene sexual	Si	no	Total
NO	5	26	31
SI	48	321	369
Total	53	347	400

### C) Relación de Higiene sexual con infecciones vaginales

Infecciones vaginales			
Higiene sexual	SI	NO	Total
NO	22	9	31
SI	239	130	369
Total	261	139	400

### D) Relación de Higiene sexual en relación con la presencia de flujo vaginal anormal

Flujo vaginal anormal			
Higiene sexual	SI	NO	Total
NO	22	9	31
SI	223	146	369
Total	245	155	400

### 3.-CUADROS DE VALORACIÓN DE RIESGO EN LA RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE INFECCIONES VAGINALES

#### A) Relación de infecciones vaginales con la presencia de flujo vaginal anormal

##### Flujo vaginal anormal

Infecciones vaginales	SI	NO	Total
SI	173	88	261
NO	72	67	139
Total	245	155	400

#### B) Relación de infecciones vaginales con el número de parejas

##### No. de parejas

Infecciones vaginales	> 2	1 - 2	Total
SI	26	235	261
NO	9	130	139
Total	35	365	400

### 4.- CUADRO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO RELACIONADO CON LA OCUPACION

#### A) Relación existente entre la ocupación con la asistencia a consultas de salud

##### Asistencia a consultas de salud

Ocupación	NO	SI	TOTAL
Laboral	66	44	110
Hogar	181	109	290
Total	247	153	400

### 5.- CUADROS DE VALORACIÓN DE RIESGO EN LA RELACION CON EL CONOCIMIENTO DE LOS ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS

#### A) Relación entre el los antecedentes de cáncer con el conocimiento de los factores de riesgo para el Ca Cu.

##### Conocimiento de los Factores de Riesgo para el CaCu.

Antecedentes de cáncer	NO	SI	Total
SI	72	30	102
NO	230	68	298
Total	302	98	400

B) Antecedentes de Cáncer en relación con la realización del papanicolaou

Realización del Papanicolaou			
Antecedentes de cáncer	NO	SI	Total
SI	22	80	102
NO	90	208	298
Total	112	288	400

C) Antecedentes de cáncer en relación con la utilización de hormonales orales e inyectables

UTILIZACIÓN DE HORMONALES

Antecedentes de cáncer	SI	NO	Total
SI	7	95	102
NO	40	258	298
Total	47	353	400

D) Relación entre los antecedentes de cáncer y la asistencia a consultas de salud.

Asistencia a consultas de salud

Antecedentes de cáncer	NO	SI	Total
SI	69	33	102
NO	178	120	298
Total	247	153	400

5.- Cuadros de valoración en relación con el Nivel de estudios

A) Relación del nivel de estudios con la edad de IVSA.

Edad de IVSA

Nivel de estudios	<18	>18	Total
Básico	135	80	215
Medio Profesional	85	100	185
Total	220	180	400

B ) Relación entre el nivel de estudios con el número de parejas sexuales

Número de parejas

Nivel de estudios	>2	1 - 2	Total
Básico	12	200	212
Medio Profesional	23	165	178
Total	35	365	400

C) Relación entre el nivel de estudios y la asistencia a consultas de salud

Asistencia a consultas de salud

Nivel de estudios	NO	SI	Total
Básico	135	77	212
Medio Profesional	112	76	188
Total	247	153	400

D) Relación entre el nivel de estudios y la realización del Papanicolaou

Realización de Papanicolaou

Nivel de estudios	NO	SI	Total
Básico	55	157	212
Medio Profesional	57	131	188
Total	112	288	400

## BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, LAZCANO.  
“Cáncer cervicouterino”, Diagnóstico, prevención y control.  
Editorial médica panamericana. México del 2000. pp.254
- ALVARADO Beltrán Gustavo.  
“Presentación clínica y metodología diagnóstica en cáncer cervicouterino”  
Hospital de ginecoostetricia número 3 del IMSS. México 1996
- ALVAREZ Cáceres Rafael  
“El método científico en las ciencias de la salud”  
Editorial Díaz de Santos México 1992 pp.323
- DEREK Llwellyn Jones  
“Diccionario de la salud de la mujer”  
Tomo 1, Editorial Interamericana México 1989, pp. 166
- Diario Oficial. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana 014 SSA2-1994,  
“Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria”. México 1994 pp.86
- Diccionario médico  
Editorial manuales Salvat, 3era. edición, Barcelona España 1990  
pp.730
- Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas, Salvat 3a. edición, México D.F. 1993  
pp.1319
- Estadísticas INEGI mujeres y hombres en México 1997
- Estudio comparado O.P.S. O.M.S.  
“El derecho a la salud en las Américas”,  
Editorial Henana L. Furnzalida, Washington D.C. E.U.A. 1989
- LAZCANO, PONCE Cesar, ROJAS MARTINEZ R.  
“Factores de riesgo Reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la ciudad de México”, Salud Pública, México 1993
- Leyes y Códigos de México.  
“Ley General de Salud”, Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones complementarias. Editorial Porrúa. Decimoquinta edición actualizada. Tomo II México 1998.