



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y  
MUNICIPIOS  
UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL DE NEZAHUALCOYOTL

**“MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS CUALES LAS MUJERES NO  
ACUDEN A REALIZARSE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN  
LA UNIDAD FAMILIAR ISSEMYM CHALCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MA. DE LA LUZ RAMÍREZ GARCÍA**

ASESOR:

**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA**

Netzahualcóyotl, Estado de México. 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**“MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS CUALES LAS MUJERES NO ACUDEN  
A REALIZARSE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN LA UNIDAD FAMILIAR  
ISSEMYM CHALCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dra. Ma. De la Luz Ramírez García**

**AUTORIZACIONES:**

**DR(A). BARNARD ROMERO LIBRADO CARLOS**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN HOSPITAL GENERAL  
NEZAHUALCOYOTL.

**DR(A). BARRERA TENAHUA OSCAR**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR EN HOSPITAL GENERAL  
NEZAHUALCOYOTL

**DR. BREA ANDRES EDUARDO**  
~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA~~

**DR. FAUSTO MANUEL PINAL GONZÁLEZ**  
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA

Netzahualcóyotl, Estado de México. 2010

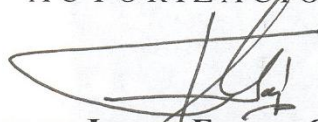
**“MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS CUALES LAS MUJERES NO ACUDEN  
A REALIZARSE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN LA UNIDAD FAMILIAR  
ISSEMYM CHALCO”**

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

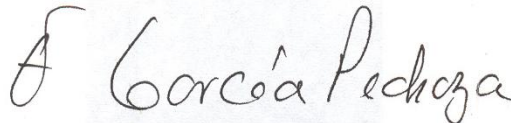
**PRESENTA:**

**Dra. Ma. De la Luz Ramírez García**

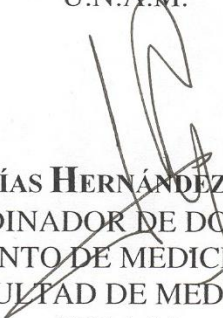
**A U T O R I Z A C I O N E S**



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



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## INDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
<i>1.1 HECHOS HISTÓRICOS DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2 DEFINICIÓN DE PAPANICOLAOU.....</i>	<i>5</i>
<i>1.3 ORIENTACIÓN SOBRE EL PAPANICOLAOU.....</i>	<i>5</i>
<i>1.4 TÉCNICA DE PAPANICOLAOU.....</i>	<i>6</i>
<i>1.5 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.....</i>	<i>8</i>
<i>1.6 LEGISLACIÓN NACIONAL.....</i>	<i>12</i>
<i>1.7 MÉTODOS DE CONTROL.....</i>	<i>14</i>
<i>1.8 PARÁMETROS DE EVALUACIÓN.....</i>	<i>15</i>
<i>1.9 CONTROL DE CALIDAD.....</i>	<i>15</i>
<i>1.10 DEFINICIÓN DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO.....</i>	<i>16</i>
<i>1.11 MOTIVOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS, PERSONALES Y DE ATENCION MÉDICA RELACIONADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU.....</i>	<i>23</i>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>26</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<i>4.1 OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>31</i>
<i>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	<i>31</i>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
<i>5.1 TIPO DE ESTUDIO.....</i>	<i>32</i>
<i>5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....</i>	<i>32</i>
<i>5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</i>	<i>32</i>

<b>5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....</b>	<b>32</b>
<b>5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>33</b>
<b>5.6 MÉTODO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>36</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

# **MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS CUALES LAS MUJERES NO ACUDEN A REALIZARSE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN LA UNIDAD FAMILIAR ISSEMyM CHALCO**

## **1. MARCO TEÓRICO.**

### **1.1 HECHOS HISTÓRICOS DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA**

Históricamente se ha incorporado la atención a la salud de la mujer en un programa más amplio como es el de la salud reproductiva; el cual pretende disminuir la morbi mortalidad femenina relacionada con el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama.

Cada sociedad se organiza socialmente para responder a los problemas de salud enfermedad que sufren sus individuos. Esta organización depende del tipo de Estado y régimen político que en un momento dado se este viviendo (carácter socio histórico). El Estado y su régimen se forman y conforma según los intereses nacionales e internacionales que se persiguen, el desarrollo económico, político e ideológico que a su vez le permita reproducirse y mantenerse vigente.

Si partimos de la premisa que la salud es un elemento indispensable para que los individuos puedan contribuir y favorecer el desarrollo económico, político de ese modo de producción entonces podemos entender la forma en que se organiza un sistema de salud, así como sus programas de atención.

Así atendiendo a las necesidades de salud, al régimen político y económico vigente se desarrolla el Programa de Salud Reproductiva en México; el cual, se derivó a partir de las políticas sociales de 1970.

En el ámbito internacional se habló oficialmente de la existencia del enfoque de salud reproductiva desde la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, realizada en el Cairo. Esta

conferencia elevó a nivel de compromiso internacional la atención a la salud sexual y reproductiva y el respeto a los derechos correspondientes.<sup>(1)</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 dice que:

“iniciativas que antes promovieron el cambio demográfico hoy son insuficientes, ahora se busca un enfoque integral, un cambio de mentalidad, un espíritu de previsión y planeación en las familias, un afán de igualdad entre sus miembros, especialmente en cuestiones de género. Se busca una valoración parental de los hijos y el arraigar una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y la sustentabilidad del desarrollo”.

En este sentido, el objetivo de reducir la tasa de crecimiento natural de la población al 1.75 % en el año 2000 y a 1.45% en el año 2005 según datos de las metas del Programa Nacional de Población 1995-2000, tienen, inevitablemente, un tono demografista, precisamente el tono que se evitó en la conferencia del Cairo. “Si se trata de que las decisiones reproductivas se basen en una nueva cultura demográfica, en una conciencia sobre los beneficios personales, familiares y sociales que ofrece un decisión planificada, entonces, las metas tendrían que centrarse en la promoción de esa cultura y en garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, de modo que la reducción de la fecundidad sea resultado y expresión del éxito de este cambio cultural y de los derechos reproductores ejercidos plenamente”.<sup>(2)</sup>

Actualmente, el programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000 surgió de la conferencia de El Cairo, este programa quedó finalmente integrado por tres subprogramas: planificación familiar; salud perinatal (subdividido, a su vez en salud reproductiva perinatal y prevención de defectos congénitos); y la salud de la mujer (que se ocupa de los cánceres cervico-uterino y mamario así como de la mortalidad materna).

Por lo tanto la prueba del Papanicolaou es una actividad del sector salud que corresponde a una estrategia de salud pública y se desprende del programa de Salud Reproductiva.



## **1.2 DEFINICIÓN DE PAPANICOLAOU**

Esta prueba lleva el nombre de la persona que desarrolló la técnica en 1920: el Dr. George N. Papanicolaou, famoso investigador neoyorquino.

Esta prueba consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cérvix uterino, y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia y extensión de células anormales.

El procedimiento también se llama citología exfoliativa, o prueba de células para el cáncer. Aunque esta prueba se conoce sobre todo como una herramienta en el diagnóstico de cáncer cervical y condiciones pre cancerosas del cérvix y el útero, también se puede usar para identificar infecciones debidas al Herpes y Clamidia, y para evaluar el desequilibrio entre estrógenos y progesterona.<sup>(3)</sup>

## **1.3 ORIENTACIÓN SOBRE EL PAPANICOLAOU**

- La mujer debe realizarse la prueba cuando no esté menstruando; el mejor momento es entre (10 y 20 días después del primer día del período menstrual).
- Evitar el contacto sexual 48 horas antes de la prueba.
- Dos días antes de la prueba no debe tomar baños de tina.
- Evitar el lavado vaginal.
- No usar medicamentos vaginales, espumas, cremas, o gelatinas espermicidas (excepto cuando sea indicado por el médico).<sup>(4)</sup>

## 1.4 TÉCNICA DE PAPANICOLAOU

- La mujer debe quitarse la ropa de la cintura para abajo
- Luego reclinarse en la camilla con sus piernas levantadas y separadas
- El médico o enfermera la cubren con un lienzo
- El médico inserta un espejo vaginal dentro de la vagina y la abre para facilitar el acceso hacia el cérvix
- Luego extrae unas células del cérvix con un hisopo o espátula
- Posteriormente el médico deposita la muestra en un cristal que rocía o sumerge en una sustancia fijadora y la envía al laboratorio
- En el laboratorio será examinado al microscopio, donde los resultados son clasificados.<sup>(6)</sup>

### Clasificación de resultados

- **Clase 1:** Resultado normal, sin células anormales o atípicas.
- **Clase 2:** Existe presencia de células atípicas, pero no hay evidencia de cáncer; estas células anormales probablemente se deban a un proceso inflamatorio cervical.
- **Clase 3:** Células anormales que sugieren la presencia de cáncer. Se recomiendan otras pruebas.
- **Clase 4:** La cantidad de células anormales encontradas sugiere la presencia de cáncer. Se requieren pruebas posteriores, incluyendo biopsia, para establecer y diagnosticar la enfermedad.
- **Clase 5:** Las células anormales demuestran definitivamente la existencia de cáncer.

### Resultados normales

Un valor normal es negativo, lo que significa que no hay células anormales presentes. Si los resultados han sido normales, lo ideal es que la mujer se realice la prueba del Papanicolaou cada año como lo recomienda la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, sin embargo los

especialistas en cáncer recomiendan que una mujer adulta se haga la citología cada 3 años, después de haber tenido resultados normales durante 2 años consecutivos.

## **Resultados anormales**

Si la prueba de Papanicolaou muestra una anormalidad ambigua o menor, el médico podría repetir la prueba para cerciorarse de su exactitud. Si la prueba de Papanicolaou muestra una anormalidad, el médico entonces podría realizar una colposcopia utilizando un colposcopio, para examinar la vagina y el cuello del útero. El colposcopio no penetra el cuerpo.

El médico también podría extraer una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado por un patólogo. Este procedimiento se conoce como biopsia y es la única manera de saber con certeza si las células anormales indican cáncer.<sup>(6)</sup>

¿Quién debe de hacerse la prueba?

- Las mujeres que son o han sido sexualmente activas o mayores de 21 años.
- Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía en la que se extrae el útero, incluyendo el cuello del útero) deben consultar con su médico acerca de si tienen que seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou con regularidad. Si la histerectomía se llevó a cabo debido a una condición precancerosa o cancerosa, tendrán que seguir sacándose muestras del final del canal vaginal para determinar cambios anormales. Si el útero (incluyendo el cuello del útero) ha sido extraído debido a una condición no cancerosa como fibroides, las pruebas de Papanicolaou rutinarias pueden no ser necesarias.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más pruebas del Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos,

pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Así lo recomienda la Sociedad Americana del Cáncer.

## **1.5 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO**

El cáncer cervicouterino evoca una desesperación tal que se ha convertido en una metáfora del sufrimiento y del dolor, un azote que pone a prueba nuestros recursos intelectuales y emocionales. Las cifras nos indican que todos nos veremos afectados, ya sea como pacientes, familiares o amigos. En el mundo se diagnostican cada año aproximadamente 466,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, el cual presenta el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres.<sup>(7)</sup>

El mismo autor menciona que en el año 2000, según cifras de la Organización Mundial de la Salud, 470,000 mujeres padecieron cáncer de útero 233,000 de ellas murieron por esta causa. La enfermedad es considerada como un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo, donde se presenta el 80% de los casos diagnosticados y de las muertes a nivel mundial. Así mismo, según la Organización Mundial de la Salud casi 230,000 mujeres en el mundo mueren cada año a causa del cáncer cérvico vaginal.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos treinta años han establecido una fuerte asociación entre el cáncer de cuello uterino y los comportamientos sexuales, entre los que se puede identificar la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, la multiparidad<sup>1</sup>, diversas enfermedades de transmisión sexual y también la baja cobertura de los servicios de salud. Al estudiar un gran número de mujeres en Sudáfrica, Filadelfia, Estados Unidos y Venezuela, los investigadores han identificado estos factores de riesgo como los que aumentan las posibilidades de que las células en el cuello uterino se vuelvan anormales o cancerosas. Se piensa que en muchos casos el cáncer cervical se desarrolla cuando dos o más factores de riesgo actúan juntos.<sup>(8)</sup>

Según la Organización Panamericana de Salud, el 60% de este tipo de cáncer se desarrolla en mujeres entre las edades de 35 y 60 años, pero la

prevalencia de la lesión esta bajando sus índices y todo se debe a los factores de riesgo que asumen las mujeres desde temprana edad.

El cáncer de cuello del útero es un problema grave de salud femenina, en especial en aquellos países en vías de desarrollo. Tan solo en América Latina y el Caribe se producen 37,600 muertes anuales según estimaciones de la OPS en el 2000.

Haití por ejemplo, tiene la incidencia más alta de casos de cáncer del cuello uterino (91 casos por cada 100, 000 mujeres). Y Nicaragua tiene la mortalidad más alta a causa de la enfermedad (33 muertes por cada 100,000 mujeres).<sup>(9)</sup>

En Venezuela el cáncer de cuello uterino constituye un grave problema de salud pública, al ubicarse como la primera causa de mortalidad y morbilidad por cáncer. En 1999 de las 15 localizaciones más comunes de los cánceres en la mujer venezolana, la localizada en el cuello de útero ocupó el 24% de las causas de mortalidad por cáncer; con una tasa de 13.1 por 100,000 mujeres y las edades de 25 a 64 años fueron las de mayor riesgo (2026 por 100,000). Para el 2003 murieron en Venezuela 2051 mujeres por cáncer en órganos genitales de las cuales 1178 la localización específica fue en el útero (57.4 %).

En los países subdesarrollados la primera causa de muerte por cáncer lo ocupa el sexo femenino, con el 90% de los casos en mujeres mayores de 35 años. De acuerdo a estadísticas obtenidas en el Instituto Nacional de Cancerología, del principal centro de referencia del cáncer en Colombia, reporta que 4196 casos de cáncer diagnosticados en 1999 en mujeres y hombres de todas las edades, el 16.4% correspondían a cuello uterino ubicándolo como la principal localización de cáncer. En este mismo año fue además la principal causa de muerte por neoplasias en la población femenina colombiana.<sup>(10)</sup>

Sayavedra, menciona que en 1990 México tenía una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 14.5/100.000 habitantes, casi diez veces mayor a la de Estados Unidos y tres veces mayor que la de países como Cuba y Uruguay.<sup>(11)</sup>

La misma autora menciona que entre 1993 y 1994, según la Secretaría de Salud, se registraron más de 25,000 nuevos casos de cáncer cervicouterino; cuando se diagnosticaron, la mitad ya estaba en etapas muy avanzadas y era prácticamente incurable.

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbimortalidad por cáncer en la mujer mexicana. Para el año 2000, el registro histopatológico de neoplasias, informó un total de 4620 defunciones, con una tasa de 13.6 por cada 100,000 mujeres; sin embargo, la tasa de más de 25 años de edad fue de 19.4, lo que evidencia cada vez más el incremento en este rango de edad. <sup>(12)</sup>

Las tasas de incidencia y mortalidad federativa durante el 2004, en la cual se aprecia que el Estado de Nuevo León, ocupa el primer lugar de incidencia con 5,058 casos por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años, sin embargo la tasa de mortalidad es de 1.33 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años, lo que ubica al estado en el lugar 25 en mortalidad por esta causa. <sup>(12)</sup>

En nuestro país se han logrado avances significativos en esta área, en un esfuerzo conjunto de diversas instituciones y profesionales de la salud altamente comprometidos en la lucha contra esta enfermedad, sin embargo la calidad y la cobertura del exámen de citología cervical (Papanicolaou), constituye la mayor deficiencia en los programas de prevención y detección del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe.

En México es cuatro veces más probable que acuda una mujer con estudios universitarios a realizarse el Papanicolaou que una mujer que no tenga dicho grado, además el estrato socioeconómico es pronóstico del uso de este tamizaje, una mujer de nivel socioeconómico alto tiene una cobertura cuatro veces mayor que una de otro estrato. En la ciudad de México el 64.2% de las mujeres entre 15 a 49 años tienen antecedentes de realizarse el Papanicolaou y solo el 40% de las mujeres en edad reproductiva en población rural del país saben para que sirve el Papanicolaou y el conocimiento de la utilidad del Papanicolaou incrementa en seis veces más la posibilidad de su utilización. <sup>(13)</sup>

Las mujeres que viven en el área rural tienen 3.07 veces mayor riesgo de mortalidad por este cáncer, en comparación con las mujeres residentes en el área urbana. Comparando las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino de las entidades federativas respecto al Distrito Federal se encontró un mayor riesgo en estados con mayor desarrollo económico y social como Chiapas y Nayarit.

Según el INEGI y la Secretaría de salud, en el periodo de 1990 al año 2000 se reportaron oficialmente un total de 48,761 defunciones por cáncer cervicouterino en México, iniciado en 1990 con 4280 muertes en el año y terminado con 4620 en el 2000, lo que representa en promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad por cáncer cervicouterino de 0.76%.<sup>(14)</sup>

El INEGI, la Secretaría de Salud y la Dirección General de Información en Salud, proporcionan datos de mortalidad por cáncer cervicouterino, del año 2000 al 2005, y se desglosa de la siguiente manera.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tasa de mortalidad	25	16,5	14,1	15,1	13,5	14,7

**Tasa por 100,000 habitantes mujeres de 25 años y más.**

Referente al cuadro anterior, se comenta que la tasa de mortalidad por cáncer en el cuello del útero, con relación al año 2000 disminuyó en los años 2001, 2002 y 2004, y en los años 2003 y 2005, aumento nuevamente aunque no significativamente.

El Instituto de Salud en el Estado de México (ISEM) refiere que el Cáncer cervicouterino en el Estado de México representa un problema de Salud Pública ya que desde hace 5 años (1999 a 2003), el comportamiento de la tasa de mortalidad es irregular debido a que se tiene un promedio de 450 defunciones por año. Manejando las tasas más altas en el 1999 de 7.46 y en el 2000 de (7.46), para luego disminuir en el 2001 y 2002 con una tasa de (7.00).

En el 2003 se tiene una tasa de (6.66), en las edades que se presentó fue de los 45 a los 65 años, principalmente a los 65 años.

Ante esta situación se diseñó el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino 2005, proponiendo diferentes estrategias; destacando la detección oportuna de lesiones premalignas a través del exámen citológico cervical (papanicolaou) que debe de ser el 4.3 % del número total de detecciones, las cuales son referidas a las clínicas especializadas de displasias para su tratamiento oportuno. Sin embargo, en la mayoría de los casos se les diagnóstica tardíamente cáncer invasor. <sup>(15)</sup>

## **1.6 LEGISLACIÓN NACIONAL**

La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero, en la atención primaria. Establece los criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero, debido a que es obligatoria para todo el personal de salud, profesional, y auxiliar de los sectores público, social y privado que brindan atención médica.

Las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyen a la disminución de la mortalidad por el cáncer cervicouterino así como las actividades de detección temprana para la identificación, tratamiento y control oportuno del cáncer del cuello del útero.

Como parte de las acciones encaminadas a la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero se consideran:

- 1) Medidas de prevención (prevención primaria y secundaria).
- 2) Medidas de control.
- 3) Control de calidad.



## **Medidas de Prevención.**

### **a) Prevención Primaria.**

Se requiere que las acciones de prevención primaria reduzcan la incidencia de la enfermedad a través de la educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y autorresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que participen activamente en las acciones de promoción de la salud, y control de esta enfermedad. <sup>(16)</sup>

Estas actividades deben ser dirigidas a la población en general, con especial atención a la femenina de mayor riesgo, considerándose como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero los siguientes:

- Ser mayores de 25 años.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 19 años).
- Promiscuidad de la pareja.
- Multiparidad (más de 4 hijos).
- Embarazo temprano (antes de los 18 años).
- Infección cervical por virus del papiloma humano.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C, y E.
- Nunca haberse practicado un estudio citológico.

Es esencial la educación en salud, respecto a la detección, para que sea dirigida especialmente a las mujeres y persuadirlas a aceptarla, adquiriéndose 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.

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.

#### **b) Prevención Secundaria**

El estudio citológico de Papanicolaou debe ser el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

La detección temprana de lesiones precursoras “displasias” (de cualquier grado) es capaz de proporcionar, con alto porcentaje de curabilidad, tratamientos conservadores de bajo costo lo que repercute en el abatimiento de la mortalidad por el cáncer invasor. <sup>(17)</sup>

La frecuencia con la que debe realizarse la detección citológica a partir del inicio de las relaciones sexuales es anual.

Es posible contar con alta certeza del diagnóstico citológico, lo cual depende de la técnica empleada para la obtención de la muestra y por quien interpreta el resultado.

Es necesario para un muestra satisfactoria la observación directa del cuello uterino mediante un espejo vaginal (esterilizado), debiéndose describir las alteraciones encontradas.

### **1.7 MEDIDAS DE CONTROL**

El control del cáncer del cuello del útero, debe comprender la identificación, atención, tratamiento y seguimiento de la paciente, la notificación y el registro del caso.

La identificación de la paciente con cáncer del cuello del útero, requiere los siguientes estudios:

- Resultado citológico positivo a cáncer.
- Estudio colposcópico positivo.
- Estudio histopatológico positivo para tumor maligno.

Es necesario que el seguimiento, control y tratamiento del cáncer del cuello del útero se lleve a cabo de acuerdo al resultado del estudio citológico.

Las pacientes con diagnóstico citológico negativo a cáncer deben citarse al año para el estudio de control.

Todos los casos confirmados de displasias y cáncer del cuello del útero, deben llevarse a cabo de acuerdo con las disposiciones técnicas del Sistema Nacional de Información en Salud.

## **1.8 PARÁMETROS DE EVALUACIÓN**

Se requieren para evaluar la prevención y detección del cáncer del cuello del útero los siguientes parámetros:

- Número de estudios citológicos realizados.
- Número de estudios citológicos realizados positivos a cáncer.
- Número de mujeres canalizadas a tratamiento por lesiones precursoras y cánceres iniciales.
- Número de casos con cáncer invasor.
- Cobertura.
- Calidad de la muestra.
- Calidad de los laboratorios.
- Evaluación del diagnóstico histopatológico.
- Evaluación de los tratamientos de la neoplasia preinvasora.
- Número de mujeres detectadas en la clínica de displasia.
- Resultados del impacto.
- Primera vez y subsecuentes.

## **1.9 CONTROL DE CALIDAD**

Es necesario que el control de calidad de los laboratorios de citología disponga de control interno el cual debe de ser evaluado y basado en un procedimiento aleatorio.

Además del control interno, se requiere de un laboratorio externo de referencia para verificar el control de calidad del laboratorio. El control de calidad es necesario se aplique además del diagnóstico citológico, en el diagnóstico histopatológico y colposcópico.

Deberá supervisarse el control de calidad de la técnica de la toma de la muestra citológica.

El seguimiento y control de los casos detectados con problema debe ser parte del control de calidad del programa de prevención.

### **1.10 DEFINICIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO**

Es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas), en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto y la conecta con la vagina (canal de nacimiento).<sup>(17)</sup>

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo, antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). Las células cancerosas empiezan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

#### **Etapas del cáncer cervicouterino**

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad, para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino.<sup>(18)</sup>

Teóricamente el carcinoma in situ se ha clasificado de la siguiente manera:

## **Etapa 0 o carcinoma in situ**

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

## **Etapa I**

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

## **Etapa IA**

Una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

## **Etapa IB**

Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

## **Etapa II**

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica

## **Etapa IIA**

El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

## **Etapa IIB**

El cáncer se ha diseminado al tejido que se encuentra alrededor del cuello uterino.

## **Etapa III**

El cáncer se ha diseminado en toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, también pueden haberse diseminado para bloquear a los uréteres.

#### **Etapa IV**

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

#### **Etapa IVA**

El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

#### **Etapa IVB**

El cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

#### **Recurrente**

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparece), después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

#### **Signos y síntomas**

En su fase inicial, el cáncer cervicouterino, a pesar de ser ya un cáncer no causa dolor y no presenta síntomas, por lo que no se detecta, a menos que se proceda a un examen pélvico y a una prueba de Papanicolaou. Esta ausencia de dolor y de síntomas hace que muchas mujeres ni siquiera sepan que tienen cáncer.

Los síntomas no aparecen sino hasta que las células cervicales anormales invaden el tejido cercano. Cuando eso pasa, el síntoma más común es un sangrado anormal. Este puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de mantener relaciones sexuales, de un lavado vaginal o de un examen pélvico. El sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El sangrado

después de la menopausia también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal es otro síntoma de este cáncer. <sup>(19)</sup>

Los síntomas más frecuentes son:

- a) Leucorrea (flujo blanquecino y viscoso con mal olor).
- b) Hemorragia vaginal.
- c) Hemorragia postcoito.
- d) Anemia ferropénica.
- e) Metrorragias.
- f) Dolor pélvico.
- g) Síntomas de obstrucción urinaria.

### **Complicaciones**

- a) Insuficiencia renal.
- b) Otras complicaciones son las hemorragias masivas.
- c) Al mismo tiempo se puede ocasionar anemia, por la pérdida de sangre.
- d) y se puede presentar una perforación en el útero durante una biopsia endometrial o en una dilatación y curetaje (se le conoce como D y C). una operación menor en la cual el cérvix se dilata (expande) de forma tal que el canal y el revestimiento uterinos puedan ser raspados con una cureta (un instrumento en forma de cuchara).

### **Tratamiento**

El tratamiento específico para el cáncer uterino será determinado por su médico, o médicos basándose en lo siguiente <sup>(20)</sup>:

- El estado general de salud y la historia médica.
- Que tan avanzada está la enfermedad.
- La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- expectativas para la trayectoria de la enfermedad.
- Opinión o preferencia.

Los métodos de tratamiento pueden incluir:

- Cirugía.

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Hormonoterapia

## **Cirugía**

La cirugía (extirpación del cáncer en una operación) se utiliza a veces para tratar el cáncer de cuello uterino. Pueden utilizarse los siguientes procedimientos quirúrgicos:

### **1. Conización**

Procedimiento mediante el cual se extirpa del cuello uterino y del conducto cervical una pieza de tejido de forma cónica. Un patólogo observa el tejido bajo un microscopio para determinar si hay células cancerosas. La conización se puede usar para diagnosticar o tratar una afección del cuello uterino. Este procedimiento también se llama biopsia de cono.

### **2. Histerectomía subtotal**

(También llamada parcial o supracervical), cuando se extirpa la parte superior del útero pero el cuello uterino (cérvix) permanece en su lugar.

### **3. Histerectomía total**

Cirugía para extirpar el útero, incluso el cuello del útero. Cuando el útero y el cuello del útero se extraen a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Cuando el útero y el cuello del útero se extraen mediante una incisión grande (corte) en el abdomen, la cirugía se llama histerectomía abdominal total. Cuando el útero y el cuello del útero se extraen a través de una pequeña incisión (corte) en el abdomen utilizando un laparoscopio, la operación se llama histerectomía laparoscópica total. <sup>(21)</sup>



#### **4. Histerectomía radical**

Cirugía para extirpar el útero, el cuello uterino y parte de la vagina. También se podrían extirpar los ovarios, las trompas de Falopio o ganglios linfáticos circundantes.

#### **5. Salpingooforectomía bilateral**

Cirugía para extraer ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

#### **6. Evisceración pélvica**

Cirugía para extirpar la sección inferior del colon, el recto y la vejiga. En las mujeres se extirpan el cuello uterino, la vagina, los ovarios y ganglios linfáticos circundantes. Se hacen aberturas artificiales (estoma) para que la orina y las heces puedan ser expulsados del cuerpo a una bolsa de drenaje.

#### **7. Criocirugía**

Tratamiento en el cual se usa un instrumento para congelar y destruir tejido anormal, mediante la aplicación de temperaturas inferiores a 0°C que alcanza el punto de congelación, produciendo la muerte celular. Este tipo de tratamiento también se llama crioterapia.

#### **7. Cirugía láser**

Procedimiento quirúrgico que usa un rayo láser (un haz de luz angosta e intensa) como si fuera un bisturí para realizar cortes sin sangrado en el tejido o para extirpar una lesión superficial, como un tumor.

#### **8. Procedimiento de escisión electroquirúrgica con lazo (PEEL)**

Tratamiento que usa una corriente eléctrica que pasa a través de un bucle de alambre delgado y se utiliza a manera de cuchillo para extirpar tejido anormal.

## **Radioterapia**

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Existen dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa utiliza una máquina fuera del cuerpo que envía rayos al cáncer. La radioterapia interna utiliza una sustancia radioactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca del mismo. La forma en que se administre la radioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

## **Quimioterapia**

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer que utiliza medicamentos para interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la eliminación de las células o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan las células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas en esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado. <sup>(22)</sup>

## **Hormonoterapia**

Las hormonas son mensajeros químicos que regulan las funciones específicas del cuerpo. Son producidas por varias glándulas en el cuerpo y entran al torrente sanguíneo, donde viajan a otros tejidos y ejercen su influencia. La terapia hormonal se usa en el tratamiento del cáncer para aumentar o interferir en la actividad de ciertas hormonas que pueden influir en el crecimiento de los tumores.

A menudo, se usa la terapia hormonal para tratar el cáncer uterino si es que se ha propagado o si recurre.

El acetato de progestina megestrol (Megace)<sup>1</sup> es el tratamiento hormonal primario usado para tratar el cáncer uterino avanzado o recurrente. Es muy efectivo con las pacientes cuyos tumores están bien diferenciados (de bajo grado) y donde las células del tumor tienen receptores para las hormonas estrógenos y progesterona (determinado mediante una prueba que se práctica de rutina en el tumor). No se sabe exactamente cómo funciona para inhibir las células cancerosas. El megestrol se toma por vía oral en casa. Las dosis normales son de 160 a 320 miligramos al día. Puede tardar varias semanas para que ocurra la respuesta.

Entre el 10% y el 30% de las pacientes con cáncer uterino avanzado o recurrente, responden a la terapia hormonal. La diferencia en el índice de respuesta se puede atribuir a la sensibilidad del tumor a las hormonas, al grado del tumor y a otros factores.<sup>(22)</sup>

## **1.11 MOTIVOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS, PERSONALES Y DE ATENCIÓN MÉDICA RELACIONADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU**

### **a. Motivos Técnico Administrativos**

La asignación de recursos y de personal a determinados programas a veces produce una fragmentación en el servicio que se ofrece, los médicos ahorran tiempo de consulta, recurren a menos pruebas de laboratorio y reducen costos, prestando más atención preventiva. La relación entre el usuario y los servicios de salud tiene que ser congruente con las intenciones de las metas de salud.<sup>(23)</sup>

---

<sup>1</sup> El Megestrol es una progestina (una forma sintética de la hormona progesterona). Posee propiedades que interfieren en el ciclo estrogénico normal. Estas propiedades interfieren en la estimulación del crecimiento de las células tumorales que dependen del estrógeno.

Hay retos técnicos administrativos importantes para el éxito e implementación, de los programas preventivos que menciona la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su informe de desempeño del Sistema Mexicano de Salud en el año 2004

- Primero, son necesarios recursos frescos para financiar la expansión del programa y el acceso al mismo, para asegurar que su aceptación esté acompañada de verdaderas mejorías en los servicios de salud.
- Segundo, la efectiva implementación del programa requiere asegurar que todas las unidades de atención a la salud tienen capacidades adecuadas de administración y de gestión para implementar las acciones del programa. El fracaso en lograr esto incrementa el riesgo de desperdicio y de servicios de mala calidad.
- Y por último, pero no menos importante, el éxito a largo plazo de los programas del Sistema de Protección Social en salud dependerá, en primer lugar, en eliminar las barreras actuales entre las instituciones, y segundo, en mejorar el servicio que se ofrece en las unidades médicas.

## **b. Motivos Personales**

Las causas socioculturales se determinan por el entorno en donde se vive, desde la familia, la sociedad, el país y el momento histórico en el que nos encontramos. Estos factores o causas influyen directamente en el comportamiento de cada persona (incluyendo su información genética), además condicionan las posibilidades de desarrollo o de aprendizaje.<sup>(24)</sup>

La cultura es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye, costumbres, prácticas, códigos, reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales y normas de comportamiento. Desde otro punto de vista, se podría decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee todo el ser humano.

La UNESCO en 1982, declaró que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre si mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos, y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. Por medio de ella el hombre se expresa, toma conciencia de si mismo, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden.

Hay que recordar que todo lo que hace el hombre es cultura, ya sean las cosas que son creadas por su propia mano, como las que son creadas por su mente y trasladadas a su ambiente.

En resumen la cultura es un comportamiento aprendido socialmente, sobrepasando su exclusividad biológica, o sea, son formas y maneras de actuar donde esta implícita su concepción simbólica, es decir, su interpretación y explicación sobre el mundo, la vida y la muerte, el sentido de su existencia, sus intereses, estilos de vida, hábitos, costumbres, conductas y valores que caracterizan e identifican a los integrantes de un determinado grupo social. <sup>(25)</sup>

Es por eso que las mujeres adultas y jóvenes no son un grupo homogéneo, sus expectativas y necesidades varían de manera importante por razones de edad, estado civil, región y clase social.

Por lo tanto tomar la decisión de asistir a la prueba del Papanicolaou esta influida por los aspectos culturales y sociales como es la escolaridad, el tipo y la calidad de la información que se les proporciona a través de los medios de comunicación, la escuela, el sector salud y sus pares, la comunicación de pareja y las prácticas de autocuidado. Se sabe que el grado de escolaridad con la que cuentan las personas influye en la toma de decisiones sobre el manejo de su salud reproductiva.

### **c. Motivos de Atención Médica**

La capacitación de los prestadores de servicios de salud sobre como actuar dentro del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino ha sido tarea de instituciones de salud, las cuales están comprometidas a alcanzar objetivos que tienen que ver con la cobertura y el cumplimiento de metas.

“Esto hace que los criterios de supervisión se centren básicamente en identificar que tanto la persona capacitada hace lo que se le enseñó, al margen de si esta de acuerdo o no y que tanto cumple con una norma que se evalúa centrada en habilidades técnicas” <sup>(26)</sup>, en este caso para la toma de muestras de citología cervical.

De esta manera, la relación interpersonal del médico y su paciente, tan llena de significados no sólo biológicos sino psicológicos, sociales y humanistas, se fetichiza en papeles, estadísticas, intervenciones y medicamentos.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hacer una revisión bibliográfica sobre los motivos por los cuales las mujeres no acuden a realizarse la prueba de Papanicolaou encontramos que existen motivos personales, técnico administrativo y los relacionados con la atención médica.

Toda mujer que acude a consulta externa; en edad fértil y que haya iniciado vida sexual es una candidata ideal para promover el examen del Papanicolaou, sin embargo la mujer que acude a un servicio y termina o no accediendo a la toma de la muestra establece una relación personal médico-paciente que en algunas ocasiones crea un ambiente no favorable que termina en una experiencia no tan adecuada para la mujer que acude al servicio médico.<sup>(27)</sup>

Algunos de los motivos de atención médica que se pretenden mostrar en este trabajo son: si el médico(a) la invita a realizarse la prueba del Papanicolaou y si le ha explicado para que sirve y como se realiza.

Esto a razón de que un número considerado de mujeres en edad fértil solicitan la consulta, por dar un ejemplo: En la Unidad Básica de Población Número 5, (consultorio de consulta externa que atiende), en el año 2008 se registraron 754 mujeres de 15 a 49 años, de las cuales solo 335 de ellas (el 50%) se tomaron la muestra del Papanicolaou. De estas últimas, los resultados obtenidos en los estudios fueron: 9 mujeres con NIC 1, 2 mujeres con NIC 2, es decir, sin sospecha de malignidad; 0 con NIC 3 y 8 mujeres con infección de papiloma humano que requieren tratamiento y seguimiento.

De lo anterior se puede destacar varios puntos importantes:

El primero es que, a pesar de que existe el programa y se hace la difusión constante aún hay un número importante de mujeres que no se realizan la prueba, considerando que los datos sólo son de un consultorio y de un solo turno, las cifras pueden ser mayores en la clínica.

Segundo, una vez tomadas las citologías y teniendo los resultados, se han detectado casos de infección de virus de papiloma, uno de los factores de riesgo para padecer de cáncer cervicouterino.

Tercero, la experiencia que tienen las personas sobre la atención que se ofrece en el sistema de salud está determinada principalmente por el trato que reciben cuando solicitan el servicio o bien la ayuda; por la capacidad de respuesta eficaz por parte del personal de salud; y por el respeto y confiabilidad que reciben.

La atención de salud debe ser eficaz y segura, los profesionales y la población con frecuencia sobrevaloran el funcionamiento de sus servicios de salud. Las formas en que la atención puede proporcionarse genera confusión y en ocasiones descontento por parte del usuario.

Los parámetros técnicos y de seguridad no son los únicos determinantes de los resultados sobre la satisfacción del servicio, lamentablemente la baja tasa de personas que asisten a las pruebas de detección oportuna o de prevención de enfermedades ponen de manifiesto que existen otras causas que influyen en la satisfacción de la prestación del servicio, por ejemplo: disponer de los medicamentos o de los recursos necesarios para proporcionar el servicio, el trato que reciben las personas, la información proporcionada sobre tratamiento, procedimientos o bien la enfermedad, y la coordinación entre servicios o personal. <sup>(28)</sup>

Casi uno de cada dos pacientes considera que los médicos nunca o rara vez le pidieron su opinión sobre el tratamiento <sup>(29)</sup>, la gente desea que el personal de salud, comprenda su caso, que entienda su sufrimiento y los problemas que afronta, en muchos servicios de salud, la capacidad de respuesta y la centralidad de la persona se considera un lujo para pocos.

Los médicos rara vez abordan las creencias y los conocimientos de sus pacientes acerca de la enfermedad o de la salud, se limitan a simples



prescripciones técnicas, haciendo caso omiso de la naturaleza humana para que la atención sea idónea, eficaz y aceptada por la paciente. <sup>(29)</sup>

Por lo anterior expuesto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los principales motivos (personales, técnico administrativos y de atención médica) para que las mujeres que acuden a la clínica no se realicen la prueba de Papanicolaou?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Las mujeres mexicanas se encuentran ante una gran amenaza, que pone en riesgo su vida, esa amenaza es el cáncer cervicouterino que por descuido o desconocimiento llega a detectarse en un avanzado estado de incurabilidad, ubicando a la paciente al borde de la muerte, es una enfermedad que no respeta, raza, edad, ni clase social.

Según cifras reportadas por la Organización Panamericana de Salud (2002) en todo el mundo el número de casos de cáncer del cuello del útero alcanza los 466 mil al año, lo que representa el 15% de todas las variedades del cáncer diagnosticadas en la mujer. De las 230 mil mujeres que cada año mueren, como consecuencia de este cáncer, al menos el 80% son de países de América Latina, Asia y África.<sup>(29)</sup>

En América Latina y el Caribe cerca de 30,500 mujeres mueren anualmente a causa de esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que el cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo con unas 30, 000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500,000 casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 12,512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5777 el 46% de los casos fueron decesos. La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes afectadas, a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cervicouterino.

En las últimas décadas se ha observado un aumento de la mortalidad por cáncer cervicouterino en países como Chile, Costa Rica y México. Alrededor de 25 millones de mexicanas entre 25 y 64 años se encuentran en riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, afirmó Mirella Loustalat Laclette directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (2004).

El Dr. Lozano menciona que en México (1997) no se ha trabajado con eficacia el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (PDOC) ha operado durante dos décadas sin que ello se haya reflejado en una reducción de la mortalidad, por esta causa en la población femenina del país la tasa se elevó de 7.7 en 1985 a 9.4 por 100 000 mujeres en 1994. Por lo que se proponen algunas estrategias buscando obtener un resultado más óptimo para favorecer al sexo femenino, de tal manera que impacte a la sociedad.

El ISSEMyM (Instituto de Salud del Estado de México y Municipios) es una dependencia centralizada del Gobierno del Estado de México, atiende a población derechohabiente (trabajadores de la educación, ayuntamientos y personal de salud del propio ISSEMyM).

La clínica de consulta externa ISSEMyM Chalco atiende a una población de 15.665 derechohabientes con un total de 6.719 familias, ofrece los servicios de medicina preventiva y consulta externa (con 5 Unidades Básicas de contacto primario UBCP que trabajan turno matutino y vespertino de lunes a viernes).

Actualmente en la clínica hay 8 médicos generales para ambos turnos, 3 psicólogos, 1 pediatra, 1 ginecólogo y 3 odontólogos.

En la “Unidad Básica de Contacto Primario (UBCP) No.5, cuenta con una Población asignada de 1811 personas equivalente a 876 familias.

Con relación a las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años los registros de la clínica reportan 5321, de las cuales en el 2008 se realizaron en total 1226 pruebas del Papanicolaou de primera vez y 765 subsecuentes. Los resultados que se reportaron fueron: 59 con NIC1, 16 NIC2, **3 NIC3 y 46 con virus del papiloma.**

En particular y como ya se ha mencionado en la “Unidad Básica de Contacto Primario 5” tiene registradas 754 mujeres de 15 a 49 años, de las cuales 335 se tomaron la muestra del Papanicolaou en el 2008, los resultados registrados fueron: 9 con NIC1, 2 NIC2, 0 NIC3 **y 8 con virus** del papiloma que

requieren seguimiento. (De aquí el interés de realizar la investigación.)

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los principales motivos que influyen para que las mujeres que acuden a consulta médica general no se realizan la prueba del Papanicolaou en la Clínica del ISSEMyM Chalco.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la edad, lugar de origen, escolaridad, estado civil, religión, antecedentes ginecoobstétricos, método anticonceptivo y conocimiento del Papanicolaou.
2. Identificar las causas personales que limitan la decisión de realizarse la prueba del Papanicolaou en pacientes de 19 a 65 años.
3. Identificar las causas técnico administrativas que de alguna forma intervienen para que las mujeres que asisten a la clínica no se realicen la prueba del Papanicolaou.
4. Identificar los motivos de atención médica por los cuales las pacientes no se realizan la prueba del Papanicolaou.

## **5. MATERIAL Y METODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo.

### **5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

Se trabajó con mujeres derechohabientes de la clínica ISSEMyM Chalco, que acuden a Consulta general a la Unidad Básica de Población (UBCP) número 5 en el año 2008.

### **5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tipo de muestra fue aleatorio sistemático utilizando fracción muestral, es decir todas las mujeres que acudieron a consulta general a la UBCP numero 5 tenían la misma probabilidad de ser invitadas al estudio.

El tamaño de la muestra fue seleccionada por fracción muestral 1/10, 1 de cada 10 participo lo que dio un total de 70 mujeres participantes.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

**Los criterios de inclusión son:** mujeres mayores de 18 años y menores de 65 años, con vida sexual activa derechohabientes de la clínica ISSEMyM Chalco.

**Criterios de exclusión:** mujeres que no correspondan a estas edades, que no deseen participar en el estudio y que no hayan iniciado vida sexual activa.

**Criterios de eliminación:** mujeres que corresponden a la edad pero ya se realizaron el estudio del Papanicolaou.

## 5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables se detallan en el cuadro siguiente:

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de medición	Clasificación	Fuente	Analisis/Control
Motivos técnico administrativos	Dependiente	Son los relacionados con el espacio físico, material y equipo adecuado para la toma de Papanicolaou y el tiempo de envío y entrega de resultados.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alguna vez en la clínica se le ha cancelado la prueba de Papanicolaou por falta de material o equipo.</li> <li>2. Ha sido informada por el personal de la clínica sobre los requisitos o condiciones para poder realizarse la prueba del Papanicolaou.</li> <li>3. Conoce o ha sido informada en que lugar de la clínica debe hacerse la prueba del Papanicolaou y el horario de atención.</li> <li>4.Cuál es su opinión del servicio que se proporciona en la clínica.</li> </ol>	Cuestionario	Porcentaje
Motivos personales para no realizarse la prueba de Papanicolaou	Dependiente	Razones por las cuales la mujer no acude al servicio médico a la toma de muestra de las células del endocérvis y exocérvis, con la finalidad de detectar de manera oportuna el virus del papiloma humano.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porque no tienes dinero</li> <li>2. Tu esposo no te deja o no te apoya.</li> <li>3. Te da pena.</li> <li>4. No quieres que vean tus genitales.</li> <li>5. Por desidia.</li> <li>6. No te gusta ir a los servicios de salud.</li> </ol>		

				<p>7. Te queda lejos la Clínica</p> <p>8. Tu religión no te lo permite.</p> <p>9. Crees que tú no puedes enfermarte de cáncer cervicouterino.</p> <p>10. Trabajas y no tienes tiempo de ir a realizártelo.</p> <p>11. Es más importante la salud de tu familia que la tuya.</p> <p>12. No sabes qué se detecta con el Papanicolaou.</p> <p>13. Te incomoda estar sola (sin familiar) con el médico.</p> <p>14. Porque ya no tienes relaciones y no crees enfermarte de cáncer cervicouterino.</p> <p>15. Otros motivos. ¿cuál?</p>		
Frecuencia de Toma de Papanicolaou	Independiente	Número de veces que la mujer acude al servicio médico a la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix con la finalidad de detectar de manera oportuna el virus del papiloma humano.	Intervalo	<p>1. Una sola vez en lo que lleva de vida</p> <p>2. Una vez al año.</p> <p>3. Más de tres veces en cinco años.</p> <p>4. dos veces en tres años.</p> <p>5. Nunca lo has realizado</p> <p>6. Otros</p>	Cuestionario	Porcentaje

## 5.6 MÉTODO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se solicitó permiso al director y coordinador de enseñanza de la clínica ISSEMyM Chalco.

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero, que se estructuró en 47 reactivos (anexo A) dividido en tres secciones:

- I. Preguntas para identificar los motivos personales: datos generales, antecedentes gineco-obstétricos y demográficos.
- II. Preguntas para identificar motivos técnico administrativos relacionadas con material y equipo, recursos humanos, procedimientos, instalaciones y servicio.
- III. Preguntas para identificar motivos relacionados a la atención médica: indicaciones médicas, información sobre la prueba, experiencias negativas con el personal médico.

El procedimiento para la recolección de la información que se utilizó fue la encuesta a las mujeres que asistieron a consulta general al UBCP num. 5 en el turno vespertino de 14:00 a 18:00 hrs. de lunes a viernes del 5 de enero al 28 de febrero del 2008.

Se les explicó el objetivo del trabajo, firmaron la carta de consentimiento informado, se proporcionó la encuesta y cada una de ellas la contestó de manera individual.

El investigador siempre estuvo presente para la aclaración de dudas y la encuestada podía finalizar en cuanto quisiera, el tiempo promedio de aplicación fue entre 10 y 15 minutos.



## 5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se desarrollo y se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud respectivamente (SS 1983), Menciona la ley General de Salud en el Artículo 17, Titulo Segundo Fracción I Capitulo I. De los aspectos éticos de la Investigación en Materia de Salud.

La investigación fue de tipo exploratoria, por lo que no se puso en peligro la vida de las personas. De acuerdo al Art. 23 En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del conocimiento informado.

A las mujeres que participaron en el estudio se les explicó el objetivo de la investigación, se les solicitó firmar la carta de consentimiento informado, donde se les garantizó que no se perjudicaría su salud, asegurándoles que la información sería de uso confidencial y exclusivamente para fines de la investigación.

La presente investigación se llevo acabo por medio de la autorización del titular del área de coordinación de enseñanza e investigación médica de la institución de salud.

El título quinto de la ley General de salud relacionado a las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud, Artículo 98 hace mención que se puede hacer investigación para la salud en todas las instituciones orgánicamente estructuradas ya sea pública o privada.

En el Art. 120 de la Ley General de Salud Título Sexto De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud. Menciona que el investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio .

Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregar una copia de estas publicaciones a la dirección de la institución.

Por otro lado y con relación a los principios **Éticos de Investigación de Helsinki**, el trabajo cumple con los principios **básicos para toda investigación médica de:**

- Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Los individuos participaron de forma voluntaria y de manera informada.
- Siempre se respetó el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

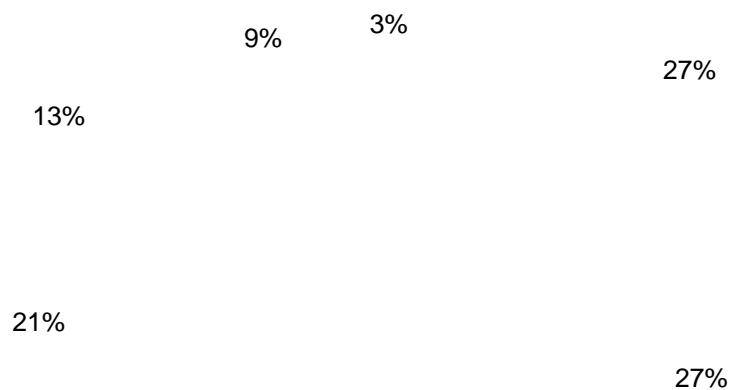
En cuanto a los principios **aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica** se cumplieron los requisitos de:

- El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que la investigación justifique que tiene fines preventivos, de diagnóstico o terapéuticos.
- Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, de diagnóstico y terapéuticos.
- El médico debe informar al paciente los aspectos de la atención que tiene relación con la investigación, la negación a participar no debe perturbar la relación médico – paciente.

## 6. RESULTADOS.

De las 70 pacientes que se incluyeron en el presente estudio, 19 pacientes tienen una edad entre 19 y 25 años (27%); 19 entre 26 y 33 años (27%); 15 de 34 a 41 años (21%), 9 de 42 y 49 años (13%), 6 de 50 a 57 años (9%), 2 de 58 a 65 años (3%). Gráfica 1

**Gráfica 1. Porcentaje edad de las pacientes de la Clínica ISSEMyM - Chalco**



Fuente: Datos tomados de la encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

Tomando en cuenta el lugar de origen de las pacientes encontramos que 29 mujeres (42%) nacieron en el Distrito Federal, 24 (34%) nació en otros Estados de la república entre ellos: Veracruz, Michoacán, Puebla y Oaxaca, y 17 (24%) en el Estado de México. (Tabla 1)

**Tabla 1. Lugar de origen de las pacientes de la Clínica ISSEMyM – Chalco**

Categoría	Núm. de Pacientes	Porcentaje
Edo. de México	17	24
Distrito Federal	29	42
Otros Estados	24	34
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

Respecto al nivel de estudios encontramos que 45 pacientes (64%) tienen estudios universitarios, 10 (14%) preparatoria terminada, 5 (7%) preparatoria incompleta, 6 (9%) carrera comercial o técnica terminada y 4 (6%) carrera comercial o técnica incompleta. Tabla 2

**Tabla 2. Nivel de escolaridad de las pacientes del estudio**

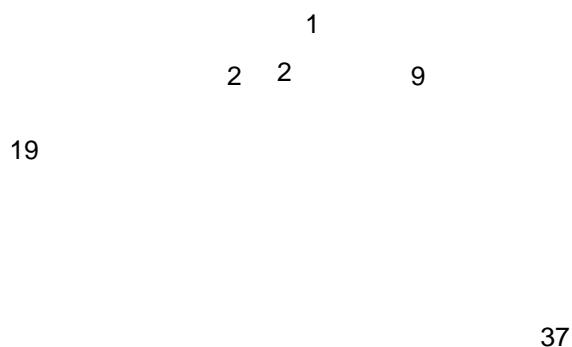
Nivel de estudios	No de Pacientes	Porcentaje
Primaria terminada	70	100
Secundaria incompleta	0	0
Secundaria terminada	0	0
Carrera comercial o téc. incompleta	4	6
Carrera comercial o téc. terminada	6	9

Preparatoria incompleta	5	7
Preparatoria terminada	10	14
Carrera universitaria incompleta	0	0
Carrera universitaria terminada	45	64
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse papanicolaou

El estado civil que presentaban, 37 de ellas casadas (53%), 19 en unión libre (27%), 9 solteras (13%), 2 separadas (3%), 2 divorciadas (3%), y una viuda (1%). Grafica 2

**Gráfica 2. Estado Civil de las pacientes de la Clínica ISSEMyM - Chalco**



Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse papanicolaou

Tomando en cuenta la religión 56 (80%) profesan la religión católica, 11 (16%) otra religión y 3 (4%) no profesan alguna religión. (Tabla 3).

**Tabla 3. Religión que profesan las pacientes del estudio**

Categoría	No de Pacientes	Porcentaje
Católica	56	80
Otra	11	16
Ninguna	3	4
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

La ocupación de las pacientes es 55 (79%) trabajan y 15 (21%) amas de casa.

Respecto a los antecedentes gineco- obstétricos, 52 pacientes (74%) iniciaron la menarca entre los 12 y 14 años; 25 (50%) tuvieron su primera relación sexual entre los 18 y 20 años; y 28 (40%) tuvieron su primer embarazo entre los 21 y 23 años. Los resultados muestran que 42 pacientes (60%) presentaron una pareja sexual; 45 pacientes (64%) de 1 a 3 embarazos; y 44 (73%) de 1 a 3 hijos vivos. (Tabla 4)

**Tabla 4. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes del estudio**

Determinante	Promedio
Edad promedio de la Menarca	14.5
Edad Promedio de Inicio de Vida Sexual	18.5
Edad Promedio de Primer Embarazo	22.9
Número de Parejas Sexuales	1.3

Número de Gestas	2.8
Número de Partos	2.9

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

34 (48%) mujeres encuestadas no utiliza algún método anticonceptivo, 17 (24%) optó por un método definitivo y 19 (28%) utilizan métodos temporales como condón, pastillas, DIU e inyecciones. ( Tabla 5 )

**Tabla 5. Método anticonceptivo más utilizado por las pacientes del estudio de la Clínica ISSEMyM Chalco**

Método	No de Pacientes	Porcentaje
Dispositivo (DIU)	12	17
Salpingoclasia	39	55
Condón	3	4
Pastillas	1	2
Inyecciones	2	3
Salpingoclasia/Vasectomía	1	2
Ninguno	12	17
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

Conforme a los resultados obtenidos se muestra que el 100% de las pacientes encuestadas conocen o han escuchado hablar por lo menos de una enfermedad de transmisión sexual. Y de estas el 45% ha escuchado hablar de seis de las siete enfermedades de transmisión sexual que se pusieron como opción (gonorrea, Virus del Papiloma Humano, sífilis, herpes, hepatitis B, y VIH-SIDA).

De acuerdo a los resultados obtenidos 30 pacientes (43%) reportaron haberse contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual, 40 (57%) reportaron que no.

En relación al conocimiento que tienen las mujeres sobre qué es el Papanicolaou, 60 pacientes (86%), si saben qué es el Papanicolaou y el 10 (14%) lo desconocen. (Tabla 6)

**Tabla 6. Conocimiento sobre que es el Papanicolaou de las pacientes del estudio de la clínica ISSEMyM Chalco**

Definición	No. de Pacientes	Porcentaje
Es un estudio que se realizan la mujeres para detectar cáncer en la matriz e infecciones	51	73
Es un estudio que se realizan las mujeres para detectar alguna infección	5	7
Es un estudio para detectar el VPH o enfermedades de transmisión sexual	4	6
Una infección por falta de higiene	1	1.5
Es un virus	1	1.5
Desconoce que es el Papanicolaou	8	11
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

**Gráfica 3. Toma de muestra del Papanicolaou de las mujeres del estudio**



33%

67%

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, 47 (67%) mujeres si se han realizado la prueba del Papanicolaou y 23 (33%) no se lo han realizado. (Gráfica 3).

Entre los motivos por los cuales las mujeres del estudio se realizaron el Papanicolaou 58 (83%) fue por prevención, 8 (11%) por que se los sugirió el médico o su pareja, 3 (4%) por que se quiere, y 1 (2%) por que le dolían los ovarios.

El tiempo de realización del Papanicolaou es de 23 (49%) hace menos de un año, 17 (36%) de 1 a 3 años y 7 (15 %) hace más de tres años, 23 pacientes nunca se lo han realizado (incluyendo a la paciente que no ha iniciado vida sexual).

Respecto al número de veces que se han realizado la prueba del Papanicolaou, 22 (31%) se lo ha realizado de 4 a 6 veces en toda su vida, 11 (16%) solo una vez en toda su vida, 5 (7%) dos veces en tres años, 5 (7%) cada año , 4 (6%) más de tres veces en cinco años.

Una de las preguntas de la encuesta era referente a si sabían cuándo una mujer debe empezar a realizarse la prueba, 46 (65%) de las mujeres

saben que debe realizarse por primera vez, después de iniciar la vida sexual y posteriormente cada año, 16 (23%) no sabe y 8 (12%) refiere que antes o después de tener el primer hijo.

Se interrogó hábito tabáquico y se obtuvo que 58 (83%) pacientes encuestadas refirieron que no les gusta fumar y 12 (17%) sí. La frecuencia con la que fuman las mujeres encuestadas, el 33% lo hace una vez al mes, el 25% solo cuando la invitan, el 17% una vez al día, 17% (refieren que fuman cuando se les antoja) y el 8% lo hace más de tres veces al día.

El apoyo de la pareja como acompañante en las consultas, a 53 pacientes encuestadas si son apoyadas por su pareja (93%) y 4 pacientes (7%) no. (Tabla 7).

**Tabla 7. Apoyo de la pareja para qué asista al ginecólogo**

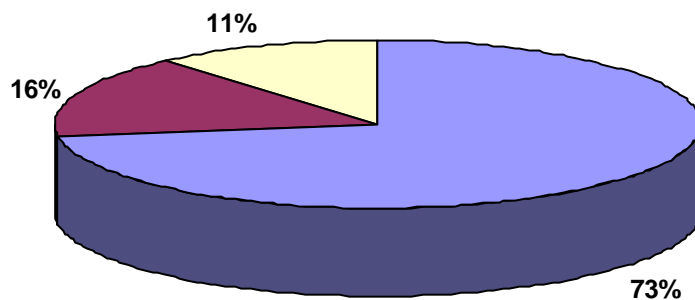
Categoría	No de Pacientes	Porcentaje
Le acompaña a las citas.	17	24.2
Le apoya económica y moralmente.	4	5.7
Le apoya solo económicamente.	12	17.14
Le apoya económicamente y le acompaña a las citas.	4	5.7
Le insiste para que acuda a las citas	11	15.71
Le motiva para que acuda a las citas (es por su salud)	1	1.4
Le recuerda las citas	3	4.28
La deja ir al médico	1	1.4
No cuentan con su pareja	17	24.2
Total	70	100

Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

En relación a la orientación que proporciona el médico sobre la realización de la prueba del Papanicolaou 51 pacientes (73%) responden que

siempre se les ha dado la indicación, 11 pacientes (16%) a veces y 8 (11%) refiere que nunca. (Gráfica 4)

**GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE ORIENTACIÓN A LAS PACIENTES POR PARTE DEL MÉDICO PARA REALIZARSE EL PAPANICOLAOU.**

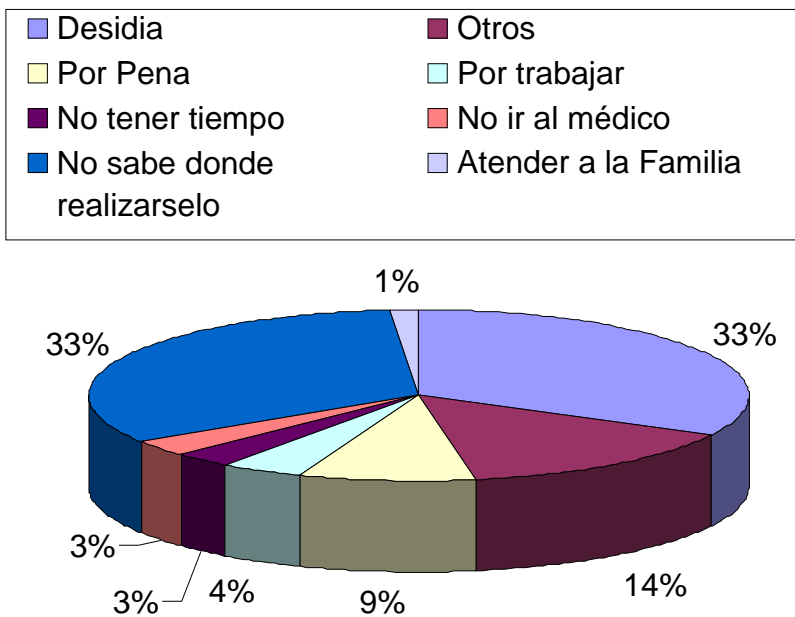


Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

Y en relación al proceso administrativo, alguna vez se les ha cancelado la prueba del Papanicolaou 45 pacientes (65%) contestó que a veces, 15 (21%) nunca y 10 (14%) siempre.

Entre los principales motivos que se encontraron para no acudir a realizarse el Papanicolaou, se observó que 23 pacientes (49%) no se realizaron la prueba por decidía, 10 (21%) por otros factores como: no saber donde realizan el Papanicolaou, otro porque no se habían interesado en realizárselo, o porque no habían iniciado vida sexual, 6 (13%) por pena, 3(7%) porque trabajan y no tiene tiempo de ir a realizárselo, y 2 (4%) porque no tienen dinero, 2 (4%) no les gusta ir a los servicios de salud, y 1(2%) atiende primero a su familia.

**Gráfica 5. Motivos Personales para no Realizarse Papanicolaou**



Fuente: Encuesta sobre los motivos para realizarse Papanicolaou

## 7. DISCUSIÓN

La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, considera que las mujeres mayores de 25 años tienen un factor de riesgo alto en relación a su edad. Obteniendo como resultado que el 73% de las mujeres encuestadas tienen más de 25 años.

De las 70 pacientes que se les aplicó la encuesta, el 33% de ellas no se ha realizado el Papanicolaou. Este último porcentaje tiene un factor de riesgo, debido a que la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, refiere que nunca haberse practicado un estudio citológico es un factor de riesgo.

Con lo que respecta a los factores que influyen para que las mujeres no hayan acudido a realizarse el Papanicolaou, se encontró que tiene mayor influencia el aspecto cultural y de acercamiento a los servicios de salud. El principal factor para que las mujeres no acudan a realizarse la prueba del Papanicolaou fue de tipo "cultural", debido a que el 44% de las mujeres encuestadas contestó que no se había realizado el Papanicolaou por "decidía"; es decir, que ellas sabían que se tenían que hacer la prueba, tenían el tiempo y las posibilidades, pero simplemente no acudían para realizárselo, al respecto Abril, Rascón y Román (2007) comentan que a las mujeres les desconcierta no saber quién va a realizarles la prueba, que las mujeres prefieren ser atendidas por médicas o personal femenino cuando se trata de temas de índole psicosocial o ginecoobstétricos.

Por lo tanto, se determinó que la edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, estado civil, religión y la ocupación son factores que no influyen para que las mujeres se realicen el Papanicolaou. En comparación Abril, Rascón y Román (2007) que mencionan que a mayor escolaridad o preparación académica mayor participación en el cuidado de la salud.

Un punto importante a destacar es que se encontró en la respuesta “de otro” (con el 22%), que algunas mujeres mencionaron no haberse realizado la prueba, porque no se habían interesado en realizársela, porque no había iniciado vida sexual y por que no sabia que tenía que realizársela.

Por lo que se puede resumir que la falta de interés, o tipos de trámites solicitados y la falta de conocimiento fueron los tres principales motivos que las mujeres mencionan para no realizarse el estudio.

Sin embargo existen diferentes motivos que influyen para que las mujeres no acudan a realizarse el Papanicolaou, en este grupo de estudio se encontró como uno de los motivos principales fue la “desidia”, que se pueden resumir en falta de preocupación, otro motivo de razón personal es que las pacientes mencionan que no se realizan la prueba por pena o por que no les gusta acudir a los servicios de salud, resultados que coinciden con Urrutia et. al 2008 que menciona que la falta de preocupación son aspectos asociados a la propia mujer que hace que no se interese por acudir a realizarse el examen.

Por otro lado, Valenzuela y Miranda (2001) refieren que una barrera de tipo psicológico es el pudor, en especial frente a la posibilidad que el profesional que realiza la prueba sea de sexo masculino.

En general las pacientes encuestadas tienen conocimientos sobre el estudio y los beneficios del mismo, así como de cada cuanto tiempo deben realizárselo, sin embargo, no todas acudieron a la clínica a realizárselo. Dato que no coincide con Aguilar – Pérez et. al (2003) donde confirman que el conocimiento de la utilidad de la prueba del PAP constituye uno de los principales predictores para su utilización y sus resultados muestran que la mayoría ( 70% ) se hizo el PAP.

En ese orden de ideas, un motivo relacionado a la atención médica el estudio coincide con Wiesner (2006) y Valenzuela y Miranda (2001) sobre que el médico familiar no proporciona información sobre el examen y su utilidad, además de la desarticulación en la información que se brinda sobre las rutas de atención, las pacientes del estudio reportaron no haber recibido esta información.

Con relación a los motivos técnico administrativos, la investigación realizada quedo limitada ya que no se pregunto la demora en la atención, multiplicidad de trámites o bien en el proceso de entrega de resultados como motivos que influyeron para que las pacientes acudan o no a realizarse la prueba.

La efectividad del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino, sin duda esta dando resultado en la clínica del ISSEMyM Chalco, ya que se ha logrado hacer la detección oportuna de infecciones por virus de papiloma humano y el número de mujeres que se realizan el tamizaje es mayor, dado que en la clínica a partir del 2008 se notificó al personal de salud que labora en la institución la obligatoriedad del programa.

Sin embargo, aún hay muchas mujeres que deciden no realizárselo, por lo que se hace necesario recomendar al personal de salud , el trabajo constante en la sensibilización, orientación y comunicación adecuada para que todas las mujeres se realicen la prueba del Papanicolaou y se de seguimiento a los diagnósticos citológicos con sospecha de malignidad y positivos al virus de papiloma humano. Sugiero al personal de salud ver a las pacientes que se acercan a nosotros para demandar algún servicio , como una oportunidad para invitarlas a realizarse la prueba del Papanicolaou.

## 8. CONCLUSIONES

Una vez concluido el trabajo puede decirse que se lograron los objetivos planteados al inicio del trabajo y que se dio respuesta a la pregunta de investigación, dado que si se identificaron los motivos relacionados a los aspectos personales, técnico – administrativos y de atención médica.

El 17% lo ocupan las mujeres que dicen que no se realizan el estudio por pena, el 9% lo ocupan aquellas mujeres que no les gusta acudir a los servicios de salud, el 4% trabaja y no tiene tiempo de ir a realizárselo y el otro 4% lo ocupan las mujeres que no tienen dinero y que es más importante la salud de su familia que la de ella.

La mayoría son apoyadas por su pareja, ya sea por el apoyo económico y acompañándolas a las citas, en cierta forma las mujeres piensan que el apoyo de su pareja es importante porque se sienten respaldadas por alguien. Se considera que la pareja forma una parte fundamental en la salud de la mujer, ya que a veces es él quien motiva, impulsa o apoya a su pareja para que asista al médico.

Respecto a la atención médica los resultados muestran que 51 pacientes (72%) respondieron que el médico familiar nunca le ha indicado que debe realizarse la prueba del Papanicolaou; 11 pacientes (16%) respondieron que a veces y 8 (12%) respondieron que siempre.

En ese mismo sentido 48 pacientes (68%) respondieron que el médico familiar nunca le ha explicado la importancia de la realización de la prueba; 9 (13%) que a veces y sólo 13 (19%) siempre.

Por lo tanto en este grupo de estudio los motivos que más influyeron para que las mujeres no acudan a realizarse el Papanicolaou, son los factores culturales, pues el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres que refirieron no realizarse el Papanicolaou por desidia.



Es importante aclarar que, el instrumento de trabajo permitió identificar el número de factores de riesgo que las mujeres encuestadas tuvieron de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria.

Considera 10 factores de riesgo que se enlistan de la siguiente manera:

- 1) Ser mayores de 25 años.
- 2) Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años).
- 3) Promiscuidad de la pareja.
- 4) Multiparidad (más de 4 partos).
- 5) Embarazo temprano (antes de los 18 años).
- 6) Infección cervical por el VPH.
- 7) Antecedentes de ETS.
- 8) Tabaquismo.
- 9) Deficiencia de folatos y vitamina A, C y E.
- 10) Nunca haberse practicado un estudio citológico.

**En este grupo de estudio, las mujeres tuvieron en promedio de 1 a 6 factores de riesgo.**

Los factores de riesgo de mayor incidencia por orden de importancia son: la edad, el inicio temprano de relaciones sexuales, primer embarazo antes de los 18 años, haber tenido varias parejas sexuales, nunca haberse practicado un estudio citológico, (Papanicolaou), haber tenido más de 4 partos, tabaquismo, deficiencia de vitamina E, deficiencia de ácido fólico, infección por Virus del Papiloma Humano

Con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, se identificó el porcentaje de mujeres que tienen riesgo a desarrollar cáncer cervicouterino y cuántos factores de riesgo presentan:

- El 13% de las mujeres encuestadas tiene 1 factor de riesgo.
- El 17% de las mujeres tiene 2 factores de riesgo.

- El 22% de las mujeres presenta 3 factores de riesgo.
- El 34% de las mujeres tiene 4 factores de riesgo.
- El 11% de las mujeres tiene 5 factores de riesgo.
- El 3% de las mujeres tiene 6 factores de riesgo.

A continuación se presenta la relación que hay entre el factor de riesgo y el porcentaje de mujeres:

- Edad. El 76% de las mujeres presentan este factor de riesgo.
- Inicio de vida sexual antes de los 19 años. El 74% de las mujeres presentan este factor de riesgo.
- Varias parejas sexuales. El 37% presenta factor de riesgo.
- Primer embarazo antes de los 18 años. El 40% tiene factor de riesgo.
- Más de 4 partos. El 24% presenta factor de riesgo.
- Contagio por Virus del Papiloma Humano. El 1% tiene factor de riesgo.
- Hábito de fumar. El 17% presenta factor de riesgo.
- Ninguna prueba del Papanicolaou. El 33% presenta factor de riesgo.
- Deficiencia de la vitamina E. El 17% presenta factor de riesgo.
- Deficiencia de ácido fólico. El 3% presenta factor de riesgo.

Por último, este estudio permitió conocer un poco más a la población usuaria y su opinión en la atención que ofrece la clínica, es importante seguir con las investigaciones que nos permitan mejorar la práctica médica y retomar el liderazgo y trascendencia del médico familiar.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langer A, Hernández B. La mortalidad materna: Una prioridad para la investigación y la acción. Gaceta Médica de México. México: INSP; 2000; 136 (S49-S53).
2. Damián Espinosa Gisela. Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. México: El atajo ediciones; 2000.
3. Cañadas María Paz. Evaluación de las técnicas de detección del VPH en programas de cribado para el cáncer del cuello uterino. Salud Pública de México. México 2006; 48 ( 5 ): 236-254
4. Chin A, Andrade G. El valor diagnóstico de la citología, colposcopia y exámen clínico en las lesiones del cérvix uterino en nuestro medio. Rev. Venez Oncol. 1993; 40(3):160-3.
5. Ruiz Rubiano Margarita. El papilomavirus humano en la detección del cáncer de cerviz Repertorio de Medicina y Cirugía2005; 14 (4)
6. Orozco Muñoz Calixto. Cáncer del cérvix o cuello uterino. Revista electrónica de portales médicos. [en línea] 2007 [septiembre 2008] URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista/index.htm>
7. Franco E, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ 2001; 164 (7):1017-25.
8. Wiesner –Ceballos Carolina, Vejarano-Velandia Marcela, Caicedo-Mera Juan C., Tovar murillo Sandra L. y Cendales Duarte Ricardo. La Citología del cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev. Salud publica.2006; 8(3):185-196.
9. Ídem. Chin A, Andrade G. 40(3):160-3.Rev. Julio – Septiembre pag. 126 – 129
10. Wilmar Arley Yespes López. Lesiones precancerosas en el oriente antioqueño. 2005. <http://www.biología-en-internet.com/default.asp?Id=59&Fd=2>.
11. Marcelino Esparza- Aguilar, Alfonso Vallejos - Parás. Panorama del cáncer cervicouterino en México. [en línea] 2006. . [septiembre 2008] URL disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem16/pdf/edit1606.pdf>.
12. Orozco Muñoz Calixto. Cáncer del cérvix o cuello uterino. Revista electrónica de portales médicos. [en línea] 2007 [septiembre 2008] URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista/index.htm>
13. Ídem. Orozco Muñoz Calixto. Pag. 341 Rev. Enero – Febrero pag. 341

14. Hernández Ávila Mauricio , Salmerón Castro Jorge , Rivera Rivera Leonor, Lazcano-Ponce Eduardo, Salazar-Martínez Eduardo , Castro Roberto. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women. *Salud pública de México*, ISSN 0036-3634, Vol. 46, Nº. 2, 2004 , pags. 113-122
15. Gabino Hurtado - Estrada, Alfonso Torres - Lobatón. Factores pronósticos en cáncer de cuello uterino EC IB en el Hospital General de México. [en línea] 2004. [septiembre 2008] URL disponible en: <http://www.smeo.org.mx/gaceta/actdic04/7.pdf>
16. Esparza- Aguilar Marcelino, Alfonso Vallejos - Parás. Panorama del cáncer cervicouterino en México. [en línea] 2006. . [septiembre 2008] URL disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem16/pdf/edit1606.pdf>.
17. Rangel Gómez - Gudelia, Eduardo Lazcana - Ponce. Cáncer cervical una enfermedad de la pobreza: deferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México. [en línea] 2007. URL disponible en: [http://biblioteca.Universia.net/html\\_bura/ficha/paramis/id/1083557.html](http://biblioteca.Universia.net/html_bura/ficha/paramis/id/1083557.html)
18. Ibid. Rangel Gómez - Gudelia, Eduardo Lazcana - Ponce. Pags.315
19. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330-1336
20. González –Merlo J, González E, Biete A y Cols. *Ginecología Oncológica*. Barcelona: Masson; 2000 pags. 634
21. ídem. González –Merlo J, González E, Biete A. Cap. 7 Pag. 150- 169
22. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727-734
23. Argüello Sánchez Jorge, Georgina González Montes. *Antropología*. Colección Breviarios de Educación 1990; (59-93):47-51.
24. Figueroa Perea J.G. Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: Algunos apuntes sobre la experiencia mexicana en: *Derechos reproductivos de las mujeres, un debate sobre justicia social en México*. México: UAM Xochimilco; 1999 pags 121- 150
25. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006(European Observatory on Health Systems and Policies Series)
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud.2008 pag. 154
27. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330-1336.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud.2002 pag. 370
29. Mirrella Loustalat, Merle J Lewis. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. OPS [en línea] (2004). . [abril 2008] URL disponible en: <http://www.ops.oms.org/spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf> pag. 216.

30. Abril, E., Rascón C., Román, R., Cubillas, M.J. y Saucedo, M.S. (2007). Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos Instituciones de salud de Hermosillo, Sonora. Salud Pública y Nutrición. <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/>
31. Valenzuela T, Miranda A. ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. and perceptions of risk on attendance for routine cervical smear". The European Journal of Contraception Revista Chilena de Salud Pública 2001; 5 (2-3): 75-80
32. Aguilar- Pérez Leyva –López, Angulo-Najera, Salinas y Lazcano Ponce: "Tamizaje de cáncer cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Revista Saúde Pública 2003; 37: 100-106.
33. Wiesner Ceballos Carolina, Cortes Claudia, Tovar Murillo Sandra Lourdes, "Habitus y trayectorias de riesgo: ejes articuladores en la comunicación educativa para el control del cáncer. El caso de Patio Bonito, Bogotá". En: Colombia. Revista Colombiana de cancerología. V10. pag 25. 2006

## 10. ANEXOS



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

### I. DATOS GENERALES.

1.1 Fecha \_\_\_\_\_ No. Folio \_\_\_\_\_

1.2 ¿Edad qué tiene actualmente? \_\_\_\_\_

1.3 ¿Lugar dónde nació? \_\_\_\_\_

1.4 ¿Cuál es su nivel de estudios?

- 1) No tiene estudios
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria terminada
- 4) Secundaria incompleta
- 5) Secundaria terminada
- 6) Carrera comercial o técnica incompleta
- 7) Carrera comercial o técnica completa
- 8) Preparatoria incompleta
- 9) Preparatoria terminada
- 10) Carrera universitaria incompleta
- 11) Carrera universitaria terminada

1.5 Estado civil

- 1) Soltera
- 2) Casada
- 3) Unión libre
- 4) Separada
- 5) Divorciada
- 6) Viuda

1.6 Religión

- 1) Católica
- 2) Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 3) Ninguna

1.7 ¿A qué se dedica actualmente?

- 1) Eres ama de casa
- 2) Estudias Específica ¿qué estudias? \_\_\_\_\_
- 3) Trabajas

4) No contesto

---

## II. GINECOOBSTÉTRICOS

2.1 ¿A qué edad empezó a reglar o menstruar? \_\_\_\_\_

2.2 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

1.3 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? \_\_\_\_\_

## III. FECUNDIDAD

3.1 ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez? \_\_\_\_\_

3.2 ¿Cuántos embarazos has tenido? \_\_\_\_\_

3.3 ¿Cuántos hijos has tenido?

1) Vivos \_\_\_\_\_

2) Muertos \_\_\_\_\_

3) Abortos \_\_\_\_\_

## IV. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1 ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

1) preservativo

2) Óvulos

3) Pastillas

4) Inyecciones

5) Jaleas

6) Espumas

7) Ritmo

8) Dispositivo intrauterino (DIU)

9) Coito interrumpido

10) Salpingoclasia (ligadura de trompas)

11) Vasectomía (operación para los hombres)

12) Anticoncepción de emergencia

13) Ninguno

4.2 ¿Ha escuchado hablar de las enfermedades de transmisión sexual?

1) Sí

2) No

4.3 ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce o ha escuchado hablar? (puede marcar más de una).

1) Gonorrea

2) Infección por virus de papiloma humano

3) Sífilis

4) Herpes

5) Hepatitis B

6) Clamidia

7) VIH-SIDA

8) Ninguna

4.4 ¿Alguna vez se ha contagiado de una enfermedad de transmisión sexual?

1) Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2) No

4.5 ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

4.6 ¿Recibió tratamiento o se trató con algún médico la enfermedad?

1) Sí

2) No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

4.6 ¿Le han detectado alguna infección por el virus del papiloma humano?

1) Sí



2) No

4.7 ¿Recibió o está recibiendo tratamiento?

1) Sí ¿En dónde? \_\_\_\_\_

2) No

## V. TECNICO ADMINISTRATIVAS

5.1 ¿Sabes en qué consiste el Papanicolaou?

1) Sí ¿Qué es? \_\_\_\_\_

2) No

5.2 ¿Sabes para qué sirve realizarse el Papanicolaou?

- 1) Para detectar el cáncer de próstata
- 2) Para detectar el cáncer cervicouterino
- 3) Para detectar el cáncer de colon
- 4) Para detectar el cáncer de mama
- 5) No se

5.3 ¿Se ha realizado alguna vez el Papanicolaou?

- 1) Sí
- 2) No

5.4 En caso de ser positiva la respuesta anterior mencione ¿Por qué motivo si ha acudido a realizarse el papanicolaou? \_\_\_\_\_

5.5 ¿Cuándo fue la última vez que se realizo el papanicolaou?  
\_\_\_\_\_

5.6 En caso de ser negativa su respuesta mencione ¿Por qué no se ha realizado nunca el papanicolaou, o por qué no se lo ha realizado en el último año? (puedes marcar más de una respuesta).

- 1) Porque no tiene dinero
- 2) Su esposo no la deja o no le apoya
- 3) Le da pena
- 4) No quiere que vean sus genitales

- 5) Por desidia
- 6) No le gusta ir a los servicios de salud
- 7) Le queda retirado el centro de salud
- 8) Su religión no se lo permite
- 9) Cree que no puede enfermar de cáncer cervicouterino
- 10) Trabaja y no tiene tiempo de ir a realizárselo
- 11) Es más importante la salud de su familia que la suya
- 12) No sabe qué se detecta con el Papanicolaou
- 13) Le incomoda estar sola (sin familiar) con el médico
- 14) Porque ya no tiene relaciones y no cree enfermar de cáncer cervicouterino
- 15) Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

5.7 ¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou?

- 1) Una sola vez en lo que lleva de vida
- 2) Una vez al año
- 3) Más de tres veces en cinco años
- 4) Dos veces en tres años
- 5) Nunca se lo ha realizado
- 6) Otro \_\_\_\_\_

5.8 ¿Sabe cada cuánto tiempo debe de realizarse el Papanicolaou?

- 1) Cada cinco años
- 2) Dos veces al año
- 3) Cada año
- 4) Cada dos años
- 5) Cada tres años
- 6) Una sola vez
- 7) No se

5.9 ¿Conoce cuándo se debe empezar a realizar el papanicolaou?

- 1) Después de tener el primer hijo
- 2) Antes de iniciar vida sexual
- 3) Después de iniciar vida sexual y posteriormente cada año
- 4) Antes de tener su primer hijo
- 5) Después de la menopausia (última regla)
- 6) No se

5.9.1 ¿Cree qué pueda enfermarse de cáncer cervicouterino?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No se

5.9.2 ¿Le da miedo enfermarse de cáncer cervicouterino?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No se

## VI. HÁBITOS

6.1 ¿Le gusta fumar?

- 1) Sí
- 2) No

6.2 ¿Con qué frecuencia lo hace?

- 1) Una vez al mes
- 2) Una vez al día
- 3) Más de tres veces al día
- 4) Más de cinco veces a la semana
- 5) Solo cuando me invitan
- 6) Otro \_\_\_\_\_

## VII. ALIMENTACIÓN

7.1 Subraye los alimentos que si consume y marque con una X la frecuencia con la que los come.

<b>FRECUENCIA</b>	<b>DIARIO</b>	<b>3 VECES A LA SEMANA</b>	<b>2 VECES A LA SEMANA</b>	<b>1 VEZ A LA SEMANA</b>	<b>NO LA CONSUMO</b>
<b>ALIMENTOS</b>					
Fresas, frambuesa, uva, kiwis, ciruelas, naranjas, cerezas, espinacas.					

Tomates, brócoli, papa, coliflor, pimentón verde y rojo, piña, melón.					
Zanahorias, calabaza, lechuga, espárragos, mangos, duraznos.					
Nueces, almendras, leche de soya, cereales, pan integral.					
Frijoles negros, lentejas, habas verdes, chicharos, avena, aguacate, apio.					

### VIII. RELACIÓN DE PAREJA

8.1 ¿Su pareja le apoya para que asistas al ginecólogo?

- 1) Sí                      ¿De qué manera? \_\_\_\_\_  
2) No

8.2 ¿Para usted es importante qué le apoye su pareja?

- 1) Sí                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
2) No                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_

8.3 ¿Cómo reacciona su pareja cuándo asiste al doctor a tratar problemas de su salud o para realizarse el papanicolaou?

- 1) Se molesta
- 2) Es indiferente
- 3) No le comenta
- 4) Le apoya
- 5) Le da dinero para sus estudios
- 6) No le gusta que asistas al doctor

7) No te da dinero para tus estudios

8) Otro \_\_\_\_\_

## IX. ASPECTO TECNICO – ADMINISTRATIVO

9.1 ¿Alguna vez en la clínica se le ha cancelado la prueba del Papanicolaou por falta de material o equipo?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

9.2 ¿Alguna vez en la clínica se te ha cancelado la prueba del papanicolaou por que no había personal para realizártela?

- 1) Siempre
- 2) A veces
- 3) Nunca

9.3 ¿Ha sido informada por el personal de la clínica sobre los requisitos o condiciones para poder realizarse la prueba del papanicolaou?

- 1) Siempre
- 2) a veces
- 3) Nunca

9.4 ¿Conoce o ha sido informado en que lugar de la clínica debe hacerse la prueba del Papanicolaou y el horario de atención?

- 1) Si conozco y he sido informado
- 2) Si conozco pero no he sido informado
- 3) No conozco, no he sido informado
- 4) No conozco pero si he sido informado

5) OTRO: Especifique \_\_\_\_\_

9.5 ¿En general cual es su opinión del servicio que se proporciona en la clínica?

1) Muy Bueno

2) Bueno

3) Regular

4) Malo

5) Muy malo

9.6 Por que razones relaciona a los motivos técnicos y administrativos para no realizarse la prueba del Papanicolaou?

---

---

---

---

## IX. ATENCIÓN MÉDICA

10. 1) Su médico (a) familiar le ha indicado que debe realizarse la prueba del Papanicolaou?

Siempre

1) A veces

2) Nunca

10.2) No se ha realizado la prueba del Papanicolaou por enfermedad o por indicación médica?

1) Si, Especifique la causa: \_\_\_\_\_

2) No

3) Otro: especifique: \_\_\_\_\_

10.3) Su médico familiar le ha explicado la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou?

1) Siempre

2) A veces

3) Nunca



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es Dra. Ramírez y soy médica de Clínica ISSEMyM Chalco.

Estamos llevando a cabo entrevistas a mujeres de 15 a 49 años acerca de los motivos principales por los cuales las mujeres no acuden a realizarse la prueba del Papanicolaou en la clínica Médico Familiar ISSEMyM Chalco.

El propósito de este estudio es recoger información que nos ayude a desarrollar

Servicios y programas educacionales para promover la salud reproductiva de las mujeres.

Me gustaría conseguir el permiso de ustedes para hablar hoy día acerca de sus motivos y experiencias relacionadas a la prueba del Papanicolaou.

Dejo a Uds. la decisión de contestar las preguntas que quieran. No se les cobrará por su participación ni se les dará dinero, sin importar si aceptan o no participar en la entrevista.

Pueden poner fin al cuestionario en cualquier momento. Todo lo que digan será privado y confidencial.

También quiero asegurarles que su participación no afectará los servicios que Uds. Reciben de la clínica Familiar ISSEMyM Chalco.

Si tienen cualquier pregunta, pueden preguntarme o contactar a [\(nombre del asesor\)](#) en \_\_\_\_\_.

Si deciden participar en esta entrevista, por favor firmen esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de las mujeres como Uds. Si no desean participar, gracias por su tiempo.

\_\_\_\_\_ Sí, acepto la entrevista

\_\_\_\_\_ No, acepto la entrevista