



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

TESIS

Realizada para obtener el título de posgrado en la

Especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

**ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LAS ANORMALIDADES
ENCONTRADAS EN LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN
MUJERES JÓVENES**

P R E S E N T A

DRA. ARIADNA FLORES GONZÁLEZ

A S E S O R

DRA. ADRIANA JOSEFINA TORIZ SALDAÑA

Facultad de Medicina



Ciudad de México, Febrero 2018



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LAS ANORMALIDADES
ENCONTRADAS EN LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN
MUJERES JÓVENES**

Dra. Susana Trejo Ruíz
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF No. 28

Registro: R-2018-3609-3

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”
CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

ASESOR DE TESIS

Dra. Adriana Josefina Toríz Saldaña
Médico Epidemiólogo de la
Unidad de Medicina Familiar No. 28

Registro: R-2018-3609-3



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS

H. GRAL. ZONA 1 CARLOS MC GREGOR, D.F. SUR

FECHA 13/02/2018

DR. ADRIANA JOSEFINA TORIZ SALDAÑA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LAS ANORMALIDADES ENCONTRADAS EN LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN MUJERES JÓVENES"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2018-3609-3

ATENTAMENTE

DR. (A). FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A mi padre, que a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por siempre cuidarme y protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, por enseñarme el camino a ser mejor persona cada día y por siempre estar disponible; eres y serás siempre mi motivación.

A Deyanira por ser la mejor de las hermanas y por siempre estar ahí para mí.

A Migue que con tu inocencia y alegría, haz hecho de mí una mejor persona, y día a día me enseñas que la vida es maravillosa.

A Alejandro, por acompañarme en esta etapa de mi vida y por apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por tu amor incondicional y por estar siempre para mí.

A la Dra. Adriana Toríz Saldaña por la colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto, ya que sin ella, esto no hubiera sido posible.

Finalmente a Sara, Anabel y Angélica, por su amistad incondicional y por ayudarme a hacer de esta etapa algo más llevadero y divertido, gracias por su amistad. Las quiero.

**DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28
DIRECCIÓN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

TÍTULO: Asociación entre la conducta sexual y las anomalías encontradas en la citología exfoliativa cervical en mujeres jóvenes

Propuesta de anteproyecto que con motivo de tesis para obtener el título de la especialidad en Medicina Familiar.

PRESENTA:

Doctora Ariadna Flores González

Médico Residente de 3er Año de la Especialidad en Medicina Familiar

Matrícula: 98378317

Lugar de Trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28

Tel. (044) 5534662776 **Fax:** Sin fax

E-mail: ari_adna227@hotmail.com

ASESORA:

Doctora Adriana Josefina Toriz Saldaña

Médico Epidemiólogo de la UMF No. 28

Matrícula: 99279537

Lugar de Trabajo: Servicio de Epidemiología Unidad de Medicina Familiar No. 28

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28

Tel. 55596011 **Fax:** Sin fax

E-mail: adriana.toriz@imss.gob.mx

Febrero 2018.

INDICE

Resumen	1
1. Marco Teórico	2
1.1. Antecedentes	2
1.2. Edad de inicio de vida sexual en mujeres mexicanas	4
1.3. Conductas sexuales en mujeres jóvenes	5
1.4. Número de parejas sexuales que tienen las mujeres jóvenes y frecuencia de sexo ocasional con desconocidos y durante viajes.	6
1.5. Frecuencia de uso de métodos hormonales y de barrera en mujeres jóvenes	7
1.6. Edades recomendadas de realización de citología cervical	9
2. Planteamiento del Problema	11
3. Justificación	12
4. Objetivos	13
4.1. Objetivo General	13
4.2. Objetivos Particulares	13
5. Hipótesis	14
5.1. Hipótesis Nula	14
5.2. Hipótesis Alterna	14
6. Materiales y Métodos	15
6.1. Tipo y características del estudio	15
6.2. Lugar del estudio	15
6.3. Población de estudio	15
6.4. Periodo del estudio	15
6.5. Criterios de Selección	15
6.5.1. Criterios de inclusión	15
6.5.2. Criterios de exclusión	15
6.5.3. Criterios de eliminación	16
6.6. Muestreo	16
6.7. Tamaño de la muestra	17
6.8. Clasificación de las variables	19

6.8.1. Variable independiente	19
6.8.2. Variables dependientes	19
6.8.3. Definición de las variables	20
6.9. Análisis Estadístico	25
7. Logística	26
7.1. Recursos Humanos	26
7.2. Recursos Materiales	26
7.3. Recursos Financieros	26
7.4. Factibilidad	26
8. Consideraciones Éticas	27
9. Resultados	28
10. Discusión	38
11. Conclusión	45
12. Referencias Bibliográficas	46
13. Anexos	52
13.1. Consentimiento informado	52
13.2. Ficha de identificación	53
13.3. Instrumento de recolección	54
13.4. Cronograma de Actividades	58

RESUMEN
“ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LAS ANORMALIDADES ENCONTRADAS EN LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN MUJERES JÓVENES”

Flores-González Ariadna¹, *Adriana* Josefina Toriz Saldaña²

¹ Residente de Tercer Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, Delegación Sur CDMX., Instituto Mexicano del Seguro Social. ² Médico Epidemiólogo. Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, Delegación Sur CDMX., Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción. Aunque la conducta sexual es parte inherente de la libertad individual, existen patrones de conducta que aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como la infección por el virus del papiloma humano (VPH). La infección por VPH a su vez produce cambios en los órganos reproductivos como anomalías en la región exo y endocervical, que pueden ser identificadas mediante citología cervical exfoliativa. Las lesiones cervicales asociadas a la conducta sexual incluyen: lesiones benignas (traumáticas e inflamatorias), lesiones premalignas.

Objetivo general. Determinar la asociación entre la conducta sexual y las anomalías encontradas en la citología cervical en mujeres jóvenes.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal-analítico con un tamaño de muestra de 68 pacientes. Se incluyeron a mujeres derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 28 que se realizaron la citología cervical exfoliativa en el periodo del 1 al 31 de noviembre. El análisis exploratorio de la asociación de la variable dependiente y los factores de riesgo fue realizado mediante la estimación de la Odds Ratio Prevalencia (ORP) a IC al 95%, junto con el valor p.

Resultados. Dentro de las características generales de la población, la edad promedio fue de 26.4±4.6 años. En cuanto a antecedentes de ETS, la frecuencia fue baja. Se encontró principalmente VPH (11.8%), verrugas genitales (5.9%) y tricomonas (4.4%). El 58.8% usó preservativo en su primera relación sexual, mientras que el 22.1% usaron preservativo en su última relación sexual. El 11.8% usa siempre preservativo con parejas ocasionales, mientras que el 7.4% nunca usa preservativo. Al comparar las variables cuantitativas: edad de inicio de vida sexual activa y el número de parejas sexuales en los últimos 3 años encontramos un valor de p significativo ($p=0.006$ y $p<0.001$, respectivamente). Además, se encontró como factor de riesgo significativamente asociado a la presencia de anomalías en la citología cervical el consumo de alcohol en horas previas a la relación sexual (ORP=1.364; IC95%=1.171-1.588; $p=0.043$),

Conclusiones. La falta de conocimiento de la conducta sexual en la población o el acceso limitado al diagnóstico, pudieran ser agentes causales de tasas elevadas de cáncer cervical. Por lo tanto, debemos continuar haciendo investigaciones sobre la evaluación de los hallazgos presentes en la citología cervical y su asociación con determinantes de conducta sexual que ofrezcan una mayor oportunidad para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica en nuestra Unidad de Medicina Familiar.

Palabras clave: Citologías, conducta sexual.

1. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En México en 2014, Cabrera-Gaytán y cols en su estudio, establecieron el perfil sexual de un grupo de mujeres con citología cervical en una unidad mexicana de primer nivel de atención. Se incluyeron a 299 mujeres con citología vaginal y una edad promedio de 40 años. El 67.5% sólo tenía una pareja sexual y la edad promedio de inicio de vida sexual fue de 18.7 años. El resultado citológico reportó que el 66.5% presentaba algún grado de displasia cervical, siendo la neoplasia intracervical grado 1 el más frecuente con el 52% de los casos. El 69.9% tenía cambios compatibles con infección por el virus del papiloma humano. Las mujeres con más de 1 pareja sexual mostraron un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia intracervical (28).

En 2011 un estudio realizado por Ulate-Arguedas y cols evaluó la incidencia de citologías cervicales alteradas en mujeres menores de 20 años. Se incluyeron resultados de 623 pacientes de entre 13 y 19 años. El 95.9% de los estudios fueron normales. El resultado anormal (3.7%) más frecuente fue la displasia leve (2.8%), seguido por el ASCUS (0.5%) y las displasias moderadas (0.3%). No se observaron displasias severas (29).

Un estudio realizado por Ward y cols evaluó la relación entre conductas sexuales de riesgo y los resultados de la citología cervical en población hispana. Se incluyeron 3,149 mujeres de 18 a 55 años. En promedio, las mujeres tenían una edad de 18 años al tener su primera relación sexual, reportaron haber tenido un promedio de 1.1 parejas en el último año y de 2.9 de por vida. El 15.4% de las mujeres tenía una historia positiva de enfermedad de transmisión sexual 18.5% habían tenido una citología cervical anormal en el pasado. Del total de la muestra, 214 mujeres (6.8%) tuvieron una citología cervical anormal. Las variables asociadas a un mayor riesgo de tener dicho

resultado fueron el número de parejas sexuales en el último año, la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales de por vida (30).

En Jamaica, Figueroa y cols evaluó la relación entre la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano y la conducta sexual entre mujeres jamaicanas. Se incluyeron 58 mujeres para su estudio. La prevalencia de infección por el virus del papiloma humano fue mayor, entre menor era la edad de las participantes: 39% para mujeres de 15-19 años, 33% para mujeres de 20-24 años, 31% en aquellas de 25-29 años y 17% para mayores de 30 años. Además, la incidencia de la infección fue mayor al aumentar el número de años de actividad sexual y el número de parejas sexuales (31).

Cabe mencionar que en el estudio realizado por Roura y cols evaluó los factores asociados a infección por el virus del papiloma humano entre mujeres de 18-65 años. Se evaluaron 3,261 pacientes con citología cervical. Un número de parejas sexuales de por vida mayor a 2, una edad de 18-25 años, la historia de verrugas genitales y el estado soltero fueron los factores asociados a infección por virus del papiloma humano. Se observó que el uso constante de condón disminuía el riesgo de tener dicha infección (32).

En España 2015, Folch C et al realizaron un estudio trasversal para determinar la frecuencia de conducta sexual de riesgo en jóvenes realizaron un cuestionario para determinar las características de la población. Obteniendo como resultado que el cuestionario fue de utilidad para la determinación de la conducta sexual. (33).

Finalmente, un estudio realizado por Wong y cols evaluó los factores de riesgo relacionados a anomalías cervicales detectadas mediante Papanicolaou en mujeres chinas de todas las edades. Se incluyeron resultados de 44,219 mujeres. La prevalencia de anomalías cervicales fue del 4.5%. Los factores de riesgo que se asociaban de forma independiente con las anomalías cervicales fueron una edad de 40-49 años, se soltera, haber recibido solamente

educación primaria, haber iniciado vida sexual a una edad menor de 18 años, haber tenido más de 3 parejas sexuales, sangrar durante el coito y haber tenido más de 3 embarazos. El uso de condón fue un factor protector (32).

Edad de inicio de vida sexual en mujeres mexicanas

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel mundial. Su importancia radica en que sus múltiples características biológicas, psicológicas y sociales las colocan en una situación de vulnerabilidad. En México, la población adolescente de 12-19 años representa el 15.6% de la población total (1-2).

En México, la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo se encuentran fuertemente vinculados en el tiempo; la mayoría de los nacimientos se dan dentro de una unión, o bien, la primera unión se da en un intervalo de tiempo relativamente reducido posterior al nacimiento del primer hijo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad es de 15.4 años (2).

Por otra parte, según la Primera Encuesta Nacional sobre Sexo, realizada en población mexicana en el 2004, la edad promedio de inicio de vida sexual en los mexicanos es de 17.6 años. Las mujeres dicen haber iniciado en promedio su vida sexual a los 18.5 años; mientras que los hombres a los 16.7 años (3).

Un estudio realizado por Allen-Leigh y cols en mujeres adolescentes y adultas de México reportó los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. De las mujeres que al momento de la encuesta habían tenido entre 15 y 19 años, el 31.2% reportó que había iniciado su vida sexual. El 19.2% de las mujeres de 16 años, 26.3% en las de 17 años, 45.7% de las de 18 años y el 54.8% de las de 19 años ya habían iniciado su vida sexual. Entre

las mujeres más adultas, el 80% de las mujeres de 22 años ya había iniciado su vida sexual, siendo esta cifra de 90% para las mujeres de 26 años (4).

Finalmente, un estudio realizado por Gayet y cols evaluó cinco cohortes de nacimiento de cuatro encuestas realizadas en población mexicana: la Encuesta Nacional de Salud 2000, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, la Encuesta Nacional de la Juventud 2010 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. En general, los autores concluyen que las distintas encuestas son consistentes respecto a la edad de inicio de vida sexual. Se estima que el 15% de las personas lo hacen antes de los 16 años; mientras que el 55% lo hace antes de los 20 años (5).

Conductas sexuales en mujeres jóvenes

Es frecuente que los adolescentes que están en relaciones amorosas inicien relaciones sexuales. En 2011, el 47% de los jóvenes estadounidenses de preparatoria reportaron haber iniciado con su vida sexual. La mayor parte de los adolescentes inicia su vida sexual dentro del contexto de una relación seria y estable. Sin embargo, muchos adolescentes también inician otras actividades sexuales diferentes al coito vaginal. Por ejemplo, entre 2007 y 2010, 49% de los hombres y 48% de las mujeres de 15-19 años reportaron que habían tenido sexo oral con alguna pareja del sexo opuesto. Esta actividad ocurre frecuentemente previo al coito vaginal: entre los adolescentes que tuvieron sexo oral, el 48% de las mujeres y 51% de los hombres lo realizó antes de haber tenido nunca coito vaginal. De manera adicional, entre los años 2007 y 2010, el 11% de los adolescentes masculinos y el 13% de las adolescentes femeninas reportaron haber sostenido sexo anal con alguna persona del sexo opuesto. El sexo oral y anal no tienen riesgo de embarazo en los adolescentes; sin embargo, a menos que se utilicen medidas preventivas adecuadas si les confiere un riesgo elevado de enfermedades de transmisión sexual (6-7).

En Estados Unidos, según los datos del Registro Nacional de Crecimiento Familiar del 2006 al 2008, el 45% de las mujeres y el 48% de los hombres de 15-19 años habían tenido sexo oral con algún compañero del sexo opuesto. Éste porcentaje aumentaba a 81% en mujeres y 80% en hombres de entre 20-24 años. Se sabe que algunos adolescentes inician su vida sexual activa con la práctica del sexo oral con el fin de retrasar el inicio del coito vaginal, debido a la creencia de que es una actividad sexual más segura al evitar el embarazo no deseado. Esto se pudo observar en un estudio realizado por Copen y cols que evaluó los datos del Registro Nacional de Crecimiento Familiar del 2007-2010. Se reportó que el 66% de las mujeres y 65% de los hombres de 15-24 años habían tenido sexo oral en alguna ocasión. Entre las mujeres, el 26% tuvo primero sexo oral antes que coito vaginal; mientras que en los hombres, 24% tuvo sexo oral antes de su primer coito vaginal (8-9).

Finalmente, un estudio realizado por Leichter y cols evaluó la prevalencia de la práctica de sexo oral y anal entre personas heterosexuales. Se usaron datos del Registro Nacional de Crecimiento Familiar encuestándose alrededor de 12,571 hombres y mujeres de entre 15 y 44 años. Alrededor del 33% de los encuestados tuvo alguna vez sexo anal y alrededor del 75%, sexo oral. La raza blanca, la edad entre 20-44 años y tener una pareja sexual no monógama fueron factores relacionados a tener sexo anal; mientras que la raza blanca, la edad entre 20-44 años, estar casado y tener un número elevado de por vida de parejas sexuales fueron factores relacionados a tener sexo oral (10).

Número de parejas sexuales que tienen las mujeres jóvenes y frecuencia de sexo ocasional con desconocidos y durante viajes

El número de parejas sexuales que tienen las mujeres varía de país a país. Se reporta que este número puede ser tan alto como 14.5 parejas en países como Turquía y tan pequeño como 5.8 parejas en países como Alemania (11).

Según datos del Registro Nacional de Crecimiento Familiar 2006-2008 de los Estados Unidos, entre mujeres de 15-44 años el número promedio de parejas sexuales era de 3.2; mientras que en hombres era de 5.6. Sin embargo, hasta el 21% de los hombres y el 8% de las mujeres reportaban haber tenido más de 15 parejas durante toda su vida. Tanto para hombres como para mujeres, un mayor nivel de educación se relacionaba con un menor número de parejas sexuales durante su vida (8).

En México, existen pocos datos acerca del número de parejas sexuales que tienen las mujeres. La Primera Encuesta Nacional sobre Sexo exploró el número de parejas sexuales que los encuestados habían tenido en los últimos 12 meses. En promedio, los mexicanos tuvieron 1.5 parejas/año. Se estima que 1 de 6 mexicanos no tuvo ninguna pareja sexual, mientras que 1 de 30 mexicanos tuvo más de cinco. En promedio, las mujeres sólo reportaron 1 pareja/año: 27.2% no tuvo ninguna pareja sexual, 66.5% sólo tuvo 1 pareja, 3.9% tuvo 2 parejas, 1.9% tuvo de 3-5 parejas y 0.5% tuvo de 6-10 parejas (3).

La frecuencia de sexo ocasional y durante viajes está poco establecida en la literatura médica. Según los registros nacionales de los Estados Unidos, entre 2006 y 2008 el 16% de las mujeres y el 28% de los hombres de 15-19 años reportaron haber tenido su primera relación sexual con una persona que simplemente “acababan de conocer” o que sólo eran sus amigos. Además, el 26% de los hombres y el 18% de las mujeres sexualmente activas de dicha edad reportaron haber tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o de la droga en la última ocasión que sostuvieron relaciones sexuales (6-7).

Frecuencia de uso de métodos hormonales y de barrera en mujeres jóvenes

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (2006-2010), entre los adolescentes que no estaban casados, el 78% de las mujeres y el 85% de los hombres usaron un método anticonceptivo durante su primera

relación sexual; y el 99% de las mujeres sexualmente más experimentadas reportaron haber usado algún método anticonceptivo. Con algunas excepciones, el uso entre los adolescentes de los anticonceptivos ha cambiado poco desde la encuesta realizada en 2002. El preservativo masculino sigue siendo el método más utilizado (96%), seguido por el coito interrumpido (57%) y la píldora anticonceptiva oral (56%). El uso de anticonceptivos inyectables hormonales altamente eficaces, principalmente el de medroxiprogesterona de depósito, se mantuvo estable (20%). Sin embargo, si hubo un aumento en el uso de preservativos y del uso de preservativos combinados con un anticonceptivo hormonal (uso del método doble) entre los adolescentes masculinos. En los datos de este registro también aumentó el porcentaje de mujeres adolescentes que nunca habían usado métodos "naturales" como la abstinencia periódica o el método del "ritmo". Otros datos revelados por esta encuesta son que el 14% de las adolescentes había empleado alguna vez la anticoncepción de emergencia, el 10% el parche anticonceptivo, y 5% el anillo vaginal (12).

Por otra parte, según datos del Informe Anual de Planificación Familiar, el uso de los anticonceptivos reversibles considerados de acción prolongada (por ej. los dispositivos intrauterinos y los implantes anticonceptivos) entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad se incrementó del 0.4% al 7.1% entre 2005 y 2013. Sin embargo, su uso sigue siendo muy bajo (13).

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, más del 80% de las adolescentes que informaron haber iniciado su vida sexual tenían conocimientos básicos acerca del preservativo masculino, 89% sabía que solo se puede utilizar una vez y el 82% tenía conocimientos de que este método puede proteger contra enfermedades de transmisión sexual y embarazo. A nivel nacional, el 47.8% de las adolescentes femeninas reportaban hacer uso del preservativo masculino, mientras que el 7.4% utilizaba el dispositivo intrauterino, el 6.1% algún tipo de anticonceptivo hormonal y el 4.3% sólo utilizaban la anticoncepción de emergencia. El 34.4% de las adolescentes sexualmente activas no utilizaba ningún método

anticonceptivo. Este porcentaje era mayor entre mayor era la edad de las encuestadas (4,14).

Edades recomendadas de realización de citología cervical

Hay dos tipos principales de cáncer del cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El carcinoma de células escamosas del cuello uterino es más frecuente que el adenocarcinoma. Su tamizaje mediante citología cervical exfoliativa puede detectar lesiones pre-malignas y a la enfermedad en estadios tempranos. El tratamiento de las lesiones precursoras y de la enfermedad maligna en etapas tempranas puede prevenir el desarrollo de un cáncer cervical invasivo (15-18).

La detección del cáncer cervical se inició con la prueba del Papanicolaou. En los países que adoptaron la política de tamizaje mediante pruebas del Papanicolaou, la incidencia y la mortalidad del cáncer cervical han disminuido. Además de la prueba del Papanicolaou, los métodos de detección actualmente incluyen la detección de cepas de alto riesgo oncogénico del virus del papiloma humano (15-18).

Las revisiones sistemáticas con meta-análisis efectuadas a partir de estudios observacionales han proporcionado una evidencia consistente y convincente acerca de que el tamizaje del cáncer cervico-uterino con citología cervical conduce a una disminución en la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. En un meta-análisis de 12 estudios de casos y controles, el tamizaje con citología cervical se asoció con un menor riesgo de cáncer cervical invasivo (OR 0.35; IC 95% 0.30 a 0.41) (19-20).

En Estados Unidos, y en México, se recomienda iniciar el tamizaje del cáncer cervico-uterino con citología cervical a partir de los 21 años, independientemente de la edad de inicio de la actividad sexual, siempre y cuando se trate de mujeres inmunocompetentes y asintomáticas. Además, los estudios observacionales realizados en mujeres adolescentes (<20 años) sugieren que los daños potenciales del tamizaje con citología cervical superan

los beneficios esperados, por lo que en general no se recomienda realizar el tamizaje en este grupo de edad (21-22).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones premalignas de cérvix y la infección por VPH son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino (CaCu). La incidencia y prevalencia de CaCu continúa siendo una importante causa de morbimortalidad en México, Latinoamérica y el mundo.

Dado el fuerte impacto epidemiológico y socioeconómico del CaCu, y debido a que las lesiones pre-malignas pueden ser reversibles es fundamental conocer los factores de riesgo asociados a estos, con la finalidad de implementar estrategias de promoción y educación para la salud, así como de prevención oportuna.

Entre los factores asociados a lesiones pre-malignas y malignas de cérvix, así como a infección por VPH, se han encontrado las conductas sexuales de riesgo como la promiscuidad, tener más de una pareja sexual, tener relaciones sexuales ocasionales o sin protección, entre otras. Sin embargo, los resultados son variables entre estudios y parecen depender de la población estudiada. Además, en la UMF. No. 28 del IMSS en el Distrito no se ha realizado estudios para evaluar la relación de las conductas sexuales con las anomalías en la citología de las pacientes, lo que limita el desarrollo de estrategias de prevención aplicables a la población usuaria.

Por lo que, el presente trabajo pretende determinar si:

¿Existe asociación entre la conducta sexual y las anomalías encontradas en la citología cervical en mujeres jóvenes de la UMF No. 28 de la Ciudad de México?

3. JUSTIFICACIÓN

Magnitud e Impacto: Las lesiones pre-maligas de cérvix son altamente frecuentes en mujeres en edad reproductiva y la infección por VPH afecta a alrededor del 20% de estas. Conductas sexuales como el inicio temprano de vida sexual activa y un número elevado de parejas sexuales confieren riesgo de lesiones pre-maligas y malignas de cérvix e infección por VPH. De hecho, la mediana de edad de la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años de edad es de 15.4 años y se estima que el 15% de las personas (ambos géneros) inician vida sexual activa antes de los 16 años. (2,5) Por otro lado, el número de parejas sexuales que tienen las mujeres puede ser tan alto como 14.5 parejas en países como Turquía y tan pequeño como 5.8 parejas en países como Alemania. (11)

Trascendencia: La realización del presente estudio fue de utilidad para tomar decisiones en pro de la salud reproductiva de las mujeres usuarias de la UMF. No. 28, porque permitió conocer conductas sexuales de riesgo para lesiones cervicales. Por otro lado, los resultados permitieron diseñar estrategias educativas enfocadas en la modificación de conductas sexuales de riesgo, así como la elaboración de programas de capacitación para que el personal de salud identifique y actúe de manera oportuna ante conductas de riesgo de personas en éste grupo de edad.

Factibilidad: Fue factible llevar a cabo este estudio porque se tuvo acceso a los resultados de citología exfoliativa cervical y se tuvo el volumen suficiente de pacientes para llevarlo a cabo.

Vulnerabilidad: Al ser este estudio transversal-analítico la información aportada nos permitió conocer una relación causa efecto.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la asociación entre la conducta sexual y las anormalidades encontradas en la citología cervical en mujeres jóvenes de la UMF. No 28 de la Ciudad de México.

Objetivos Particulares

1. Describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las pacientes.
2. Conocer el hábito tabáquico, alcoholismo y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual de los pacientes.
3. Obtener y registrar la información sobre el resultado de la citología cervical de las pacientes.
4. Conocer la conducta sexual de los pacientes.
5. Comparar la frecuencia de conductas sexuales de riesgo en pacientes con lesiones pre-malignas, malignas e infección por VPH.

5. HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H0) No existe asociación entre la conducta sexual y las anormalidades encontradas en la citología cervical en mujeres jóvenes de la UMF. No 28 de la Ciudad de México.

Hipótesis alterna (H1) Existe asociación entre la conducta sexual y las anormalidades encontradas en la citología cervical en mujeres jóvenes de la UMF. No 28 de la Ciudad de México.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y características del estudio:

Se realizó un estudio observacional, transversal-analítico.

Lugar de estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 28

Población:

Derechohabientes mujeres de 18-35 años que aceptaron participar en el estudio y se realizaron citología cervical exfoliativa en la UMF No. 28.

Periodo del estudio:

Del 01 de noviembre de 2017 al 31 de noviembre de 2017.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Mujeres derechohabientes de la UMF. No. 28 del Distrito Federal.
- Mujeres con edad entre 18 y 35 años.
- Se hayan realizado citología cervical exfoliativa en la UMF. No. 28
- Que firmen la carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuya muestra de la citología exfoliativa cervical haya sido inadecuada.
- Pacientes que no cuenten con carta de consentimiento informado

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no completen el cuestionario

Muestreo:

Para integrar la muestra se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, utilizando el método de conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudió la asociación entre la conducta sexual y las anormalidades encontradas en la citología de mujeres jóvenes, esperando una diferencia del 5% en la frecuencia de conductas sexuales de riesgo en pacientes con citología anormal; para poner en evidencia dicha asociación, se diseñó un estudio observacional, transversal y analítico; por lo cual la fórmula para calcular el tamaño de la muestra es para el contraste de hipótesis y se utiliza para comparar una proporción infinita, con un nivel de confianza del 95%, con una frecuencia esperada del 95% y una precisión del 5%.

Con la fórmula siguiente:

$$N = \left(\frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2} \right)$$

En donde:

N = es el número de sujetos necesarios en cada una de las muestras.

z α = es el valor z correspondiente al riesgo α (95%).

z β = es el valor z correspondiente al riesgo β (80%).

p es la proporción esperada es del 5%

q es el valor que se obtiene de 1-p

d es la precisión deseada en este caso es de 5%.

$$q = 1 - .05 = 0.95$$

$$n = \frac{((1.96)^2 (.05)(.95))}{(.05)^2}$$

$$n = \left(\frac{(3.8)(.047)}{.0025} \right)$$

$$n = \left(\frac{0.17}{.0025} \right)$$

$$n = 68$$

Tamaño de la muestra: Con los cálculos anteriores se requirió un total de 68 pacientes para obtener una precisión adecuada.

CLASIFICACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Anormalidades en la citología cervical.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Consumo de bebidas alcohólicas en las horas cercanas a la relación sexual
- Consumo de drogas ilegales
- Inicio de vida sexual activa
- Uso de preservativo en la primera relación sexual
- Práctica de sexo oral
- Número de parejas sexuales en toda la vida
- Número de parejas sexuales en los últimos 3 años
- Uso de preservativo en la última relación sexual
- Relaciones sexuales con parejas no estables en los últimos 3 años
- Uso de preservativo con las parejas sexuales ocasionales
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

VARIABLES GENERALES:

- Edad
- Índice de masa corporal
- Ocupación
- Tabaquismo
- Características gineco-obstétricas
- Orientación Sexual
- Relaciones homosexuales a lo largo de la vida
- Método de planificación familiar en la última relación sexual

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente				
<i>Nombre</i>	<i>Categoría</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de medición</i>
Anormalidades en la citología cervical	Cualitativa nominal	Característica histológicas anormales en la citología exfoliativa cervical	Resultado de la citología cervical positiva para VPH, virus herpes simple, tricomonas, bacterias, hongos, negativo con proceso inflamatorio, NIC I ó NIC II	Si No

Variables independiente				
Consumo de bebidas alcohólicas en las horas cercanas a la relación sexual	Cualitativa nominal	Patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades que se considera conducta sexual de riesgo.	Consumo de bebidas alcohólicas sin importar la cantidad, en horas cercanas a la relación sexual	Si No
Consumo de drogas ilegales	Cualitativa Nominal	Consumo de sustancias naturales o sintéticas que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales; las cuales no están permitidas por la ley.	Consumo de drogas ilegales caracterizadas por marihuana, hachís, cocaína, heroína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes volátiles en los últimos 12 meses	Si No

Inicio de vida sexual activa	Cuantitativa continua	Edad de la primera relación sexual con penetración (anal o vaginal)	Edad de la primera relación sexual con penetración en las pacientes incluidas en la evaluación clínica	Años
Uso de preservativo en la primera relación sexual	Cualitativa nominal	Uso de anticoncepción de barrera en la primera relación sexual con penetración (anal o vaginal)	Uso de anticoncepción de barrera en la primera relación sexual con penetración, en las pacientes incluidas en la evaluación clínica	Si No
Practica de sexo oral	Cualitativa nominal	Práctica sexual en la que se estimulan los órganos genitales, tanto como de un hombre o de una mujer con los labios, la boca y la lengua.	Realización de sexo oral a lo largo de la vida de las pacientes incluidas en la evaluación clínica	Si No
Número de parejas sexuales en toda la vida	Cuantitativa continua	Referente al número de parejas con las cuales se ha tenido una relación sexual	Número de parejas sexuales tenidas durante su vida	Adimensional
Número de parejas sexuales en los últimos 3 años	Cuantitativa continua	Referente al número de parejas con las cuales se ha tenido una relación sexual en los últimos 3 años	Número de parejas sexuales tenidas en los últimos 3 años.	Adimensional
Uso de preservativo en última relación sexual	Cualitativa nominal	Uso de anticoncepción de barrera en la última relación sexual con penetración (anal o vaginal)	Uso de anticoncepción de barrera en la última relación sexual con penetración, en las pacientes incluidas en la	Si No

			evaluación clínica	
Relaciones sexuales con parejas no estables en los últimos 3 años	Cualitativa nominal	Relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales (no estables).	Relaciones sexuales con penetración con parejas ocasionales (no estables) en las pacientes incluidas en la evaluación clínica.	Si No
Uso de preservativo con las parejas sexuales ocasionales	Cualitativa nominal	Uso de anticoncepción de barrera en la última relación sexual con parejas no estables.	Uso de anticoncepción de barrera en la última relación sexual con parejas no estables, en las pacientes incluidas en la evaluación clínica	
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa nominal	Historia previa de enfermedades transmitidas sexualmente	Diagnóstico previo de enfermedades de transmisión sexual	Si No

Variables generales

Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona al momento la evaluación clínica	Tiempo de vida de las pacientes al momento de la evaluación clínica	años
IMC	Cuantitativa continua	Indicador de la densidad corporal determinado por la relación del peso y la talla	Índice de masa corporal, expresado como =peso (Kg)/talla (m) ²	Kg/m ²

Escolaridad	Cualitativa ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado académico alcanzado por las pacientes al momento de la evaluación clínica	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
Estado civil	Cualitativa discreta	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición de las pacientes en el registro civil al momento de la evaluación clínica	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Ocupación	Cualitativa discreta	La acción o función que se desempeña para ganar el sustento económico.	Acción que desempeña la paciente con respecto a lo laboral en el momento de la evaluación clínica	Ama de casa Trabaja Estudia
Tabaquismo	Cualitativa nominal	Exposición activa al humo de tabaco	Inhalación y exhalación del humo de tabaco de forma activa (al menos 3 veces por semana) en el último año	Si No
Características gineco-obstétricas	Cuantitativa discreta	Características reproductivas y ginecológicas de la paciente	Número de embarazos, partos, abortos, cesáreas y óbitos de las pacientes.	Embarazos Partos Abortos Cesáreas Óbitos
Orientación sexual	Cualitativa discreta	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros	Atracción sexual de las pacientes incluidas en la evaluación clínica	Homosexual Bisexual Heterosexual Otra

Relaciones homosexuales a lo largo de la vida	Cualitativa nominal	Práctica de relaciones eróticas con personas del mismo sexo.	Práctica de relaciones eróticas con personas del mismo sexo en las pacientes incluidas en la evaluación clínica	Si No
Método de planificación familiar en la última relación sexual	Cualitativa Discreta	Conjunto de prácticas utilizadas por una pareja en edad fértil para el control de la reproducción.	Prácticas utilizadas por una pareja en edad fértil para el control de la reproducción en la última relación sexual	Anticoncepción oral Pastilla del día siguiente DIU Diafragma Preservativo OTB No utilizó Otros

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la recolección de la información, los datos obtenidos se capturaron en el programa SPSS versión 22, se realizó un análisis estadístico descriptivo obteniendo medidas de tendencia central (media, desviación estándar, mínimo y máximo, porcentajes y frecuencias), se evaluó la frecuencia de conductas sexuales de riesgo en pacientes con y sin anomalías cervicales como NIC I, NIC II, infección por VPH, o virus del herpes. Para el contraste de hipótesis se utilizó χ^2 y la prueba exacta de Fisher. Se consideró significativa cuando presentó una $p < 0.05$.

Para comparar variables cuantitativas como la edad de inicio de vida sexual activa, total del número de parejas sexuales y el número de parejas sexuales en los últimos 3 años en pacientes con y sin anomalías cervicales se utilizó la *t* de Student. Para la presentación de resultados se utilizaron tablas de contingencia.

El análisis exploratorio de la asociación de la variable dependiente y los respectivos factores de riesgo fue realizado con el programa SPSS V.22, mediante la estimación de la Odds Ratio de Prevalencia (ORP) a intervalos de confianza (IC) al 95%, junto con el valor *p* en la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher.

7. LOGÍSTICA

Recursos Humanos:

- Investigador responsable. Adriana Josefina Toriz Saldaña. Unidad de Medicina Familiar No. 28.
- Tesista Ariadna Flores González. Unidad de Medicina Familiar No. 28

Recursos Materiales:

Hojas blancas, lápiz, pluma y computadora portátil con software.

Recursos Financieros:

Fueron proporcionados por los investigadores.

Factibilidad

Este estudio es factible porque se tuvo acceso a los expedientes de las pacientes, se tuvo la capacidad para llevarlo a cabo y no se requirió de inversión económica del IMSS adicional a lo invertido para la realización de la citología y al salario destinado para los investigadores.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación se apegó a las recomendaciones para la investigación biomédica contenidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual fue presentada en la 52^a Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia. Lo Anterior para orientar al personal del área de la salud o a quienes se dediquen a realizar actividades de investigación en seres humanos.

También el proyecto cumplió con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud, donde especifica que es sin riesgo de acuerdo al Título segundo Capítulo 1 Artículo 17: “investigación sin riesgo: son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

9. RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población

Finalmente se realizó un estudio transversal, obteniendo un total de 68 pacientes las cuales contaban con los criterios de inclusión. Uno de los objetivos del estudio fue describir las características sociodemográficas de las pacientes que se realizaron citología cervical exfoliativa en la UMF No. 28 (población de estudio). Para ello se realizó el análisis de las frecuencias y porcentajes de las variables incluidas en esta categoría.

Se encontró que la edad promedio de la población de estudio fue de 26.4 ± 4.6 . En cuanto a la escolaridad, ninguna de las pacientes refirió ser analfabeta. Mientras que la mayoría de la población estudió a nivel bachillerato 45.6% (n=31) y licenciatura 36.8% (n=25) (Tabla 1).

El 51.5% (n=35) de la población trabaja, seguido del 33.8% (n=23) que reportó ser ama de casa. Sólo el 9% (n=13.2) de las mujeres encuestadas estudia, mientras que el 1.5% (n=1) estudia y trabaja a la vez. El principal estado civil de la población fue unión libre en un 44.1 (n=30). Seguido de casada 33.8% (n=23), soltera 19.1% (n=13) y divorciada 2.9% (n=2) años. En cuanto a la orientación sexual, no se encontró ninguna paciente homosexual, sin embargo, se registró que el 11.8% (8) fueron mujeres bisexuales y el 88.2% (n=60) fueron heterosexuales (Tabla 1). En promedio las mujeres estudiadas tuvieron un IMC de 24.75, encontrándose la mayoría en peso normal (47.1%;n=32) y sobrepeso (39.7%; n=27) (Tabla 1).

Finalmente, se encontró una alta frecuencia de pacientes no fumadoras (82.4%; n=56) en contraste con las pacientes con hábito tabáquico (17.6%; n=12) (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio-demográficas de la población (N=68)

Edad^b (años)	26.49 ± 4.605
Escolaridad^a	
Analfabeta	0 (0.0)
Primaria	2 (2.9)
Secundaria	10 (14.7)
Bachillerato	31 (45.6)
Licenciatura	25 (36.8)
Ocupación^a	
Ama de casa	23 (33.8)
Trabaja	35 (51.5)
Estudia	9 (13.2)
Estudia y trabaja	1 (1.5)
Estado civil^c	
Soltera	13 (19.1)
Casada	23 (33.8)
Viuda	0 (0.0)
Divorciada	2 (2.9)
Unión libre	30 (44.1)
Orientación sexual^a	
Homosexual	0 (0.0)
Bisexual	8 (11.8)
Heterosexual	60 (88.2)
IMC^c	24.75 (21.08,27.24)
Clasificación según IMC^a	
Peso bajo	2 (2.9)
Peso normal	32 (47.1)
Sobrepeso	27 (39.7)
Obesidad I	3 (4.4)
Obesidad II	4 (5.9)
Obesidad III	0 (0.0)
Tabaquismo^a	
Si	12 (17.6)
No	56 (82.4)

Abreviaturas: IMC; Índice de masa corporal.

a. Los valores se presentan como frecuencia y porcentajes.

b. Los valores se presentan como medias y desviación estándar

c. Los valores se presentan como mediana y RIQ (Percentil 25, Percentil 75)

Características gineco-obstétricas de la población

Se analizaron como características gineco-obstétricas el número de gestas, partos, abortos y cesáreas; las enfermedades de transmisión sexual, los métodos de planificación familiar y los resultados de la citología cervical, en las mujeres estudiadas.

Se encontró que en promedio, el número de gestas en las pacientes estudiadas fue de 1.59 ± 1.09 . El 48.5% (n=33) de las mujeres tuvo dos gestas, mientras que el 23.5% (n=16) de las mujeres tuvo una gesta. También se encontró que 24 mujeres (35.3%) no han tenido gestas en la población de estudio (tabla 2).

De las mujeres estudiadas, el número de partos más frecuente fue de uno (19,1%), seguido de dos (29.4) y tres (2.9%) partos. Mientras que el número de cesáreas más frecuente fue uno en el 29.4% de las pacientes. El número de abortos más frecuente fue de uno (27.9%), seguido de dos (1.5%). Sin embargo, la mayoría de las pacientes refirió nunca haberse realizado un aborto inducido (94.1%)(tabla 2).

Por otro lado, se analizó la presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) a lo largo de la vida de cada paciente. Se encontró que la mayoría (72.1%; n=49) no han tenido enfermedades de transmisión sexual. Mientras que en las mujeres que si refirieron haber tenido una ETS, la infección por virus de papiloma humano fue la más frecuente (11.8%; n=8), seguido de verrugas genitales (5.9%; n=4), Tricomonas (4.4%; n=3), molusco contagioso (2.9%; n=2) y infección por virus de la hepatitis B (1.5%; n=1). Sólo el 1.5% de las mujeres tuvo dos ETS a lo largo de su vida, siendo estas tricomonas y verrugas genitales (tabla 2).

Los resultados de la citología vaginal realizada a las pacientes que fueron parte de la población de estudio muestran que no hubo anomalías cervicales graves como NIC I, NIC II NIC III, ASCUS, ASGUS, lesión por infección por VPH, herpes ni adenocarcinoma o algún otro proceso maligno. La mayoría de la población femenina estudiada presentó un resultado negativo con proceso inflamatorio (98.5%; n=67) en la citología cervical. Entre los hallazgos adicionales encontrados en la citología cervical de las pacientes estudiadas se encontraron: cocos (32.4%), Gardnerella (7.4%), candida (4.4%), actinomicas (4.4%), Leptothrix (2.9%) y cocos-candida (2.9%)(tabla 2).

Tabla 2. Características Gineco-obstétricas de la población (N=68)

Número de gestas*	
Ninguno	14 (20.6)
Una	16 (23.5)
Dos	24 (35.3)
Tres	12 (17.6)
Cuatro	2 (2.9)
Número de partos*	
Ninguno	33 (48.5)
Uno	20 (29.4)
Dos	13 (19.1)
Tres	2 (2.9)
Número de abortos*	
Ninguno	48 (70.6)
Uno	19 (27.9)
Dos	1 (1.5)
Número de cesáreas*	
Ninguno	41 (60.3)
Una	20 (29.4)
Dos	6 (8.8)
Tres	1 (1.5)
Aborto inducido*	
Si	4 (5.9)
No	64 (94.1)
ETS*	
Ninguna	49 (72.1)
Tricomonas	3 (4.4)
Verrugas	4 (5.9)
Hepatitis B	1 (1.5)
VPH	8 (11.8)
Molusco	2 (2.9)
Tricomonas y Verrugas	1 (1.5)
MPF en la última relación sexual*	
Ninguna	28 (41.2)
ACO	6 (8.8)
PDS	4 (5.9)
DIU	10 (14.7)
Preservativo	10 (14.7)
OTB	4 (5.9)
IS	2 (2.9)
Parches	1 (1.5)
ACO y PDS	2 (2.9)
Preservativo y PDS	1 (1.5)
Resultados de citología cervical	
Negativo a cáncer	1 (1.5)
Negativo con proceso inflamatorio	67 (98.5)
Adenocarcinoma	0 (0.0)
Infección por VPH	0 (0.0)
NIC I	0 (0.0)
NIC II	0 (0.0)
NIC III	0 (0.0)
NIC III <i>in situ</i>	0 (0.0)
ASCUS	0 (0.0)
ASGUS	0 (0.0)

Hallazgos adicionales

Ninguno	30 (44.1)
VPH	0 (0.0)
Herpes	0 (0.0)
Tricomonas	0 (0.0)
Cocos	22 (32.4)
Actinomices	3 (4.4)
Gardnerella	5 (7.4)
Leptothrix	2 (2.9)
Cándida	4 (5.9)
Cocos y cándida	2 (2.9)

Abreviaturas: ETS, enfermedades de transmisión sexual; VPH, Virus de papiloma humano; MPF, método de planificación familiar; ACO, anticonceptivos orales; PSD, pastilla del día siguiente; DIU, dispositivo intrauterino; OTB, oclusión tubaria bilateral; IS implante subdérmico.

* Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes.

Consumo de drogas ilegales y alcohol en la población de estudio

Otro de los objetivos propuestos en el presente estudio fue describir el comportamiento de las pacientes con citología cervical en cuanto al consumo de drogas ilegales y alcohol. Los resultados obtenidos se resumen en la tabla 3. Se encontró en forma general, un bajo consumo de alcohol entre la población de estudio, dónde la mayoría de las pacientes refirieron no consumir bebidas alcohólicas (45.5%). De las mujeres que si consumen alcohol, el 16.2% consume bebidas alcohólicas de 4 a 6 días por semana, otro 16.2% lo hace una vez a la semana y el 20.6% una vez al mes. Sólo una paciente (1.5%) refirió consumir alcohol diariamente. Entre estas mujeres, el 88.2% no consume alcohol en horas cercanas a tener relaciones sexuales, mientras que el 11.8% de las mujeres si consume alguna bebida alcohólica en horas previas a la relación sexual (tabla 3). Por otra parte, se encontró un consumo bajo (20.6%; n=14) de drogas de abuso en los últimos 12 meses en la población estudiada. A este respecto, la marihuana o hachis fue la droga más frecuentemente consumida (11.8%), seguido de marihuana junto con alucinógenos como LSD, ácido, hongos alucinógenos o peyote (2.9%). Mientras que, el 1.5% de la población restante ha consumido éxtasis o alucinógenos en los últimos 12 meses. Finalmente sólo 2.9% de la población femenina estudiada ha consumido alguna droga inyectable (tabla 3).

Tabla 3. Consumo de drogas ilegales, tabaquismo y alcohol en la población (N=68)

Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas*	
No he consumido	31 (45.6)
Diariamente	1 (1.5)
4 a 6 días por semana	11 (16.2)
1 día por semana	11 (16.2)
1 día al mes	14 (20.6)
Consumo de bebidas alcohólicas en hrs cercanas a la relación sexual	
Si	8 (11.8)
No	60 (88.2)
Consumo de drogas ilegales*	
Si	14 (20.6)
No	54 (79.4)
Tipo de drogas ilegales consumidas*	
Ninguna	56 (82.4)
Hachís o marihuana	8 (11.8)
Éxtasis	1 (1.5)
Alucinógenos	1 (1.5)
Marihuana y alucinógenos	2 (2.9)
Consumo de drogas inyectables*	
Si	2 (2.9)
No	66 (97.1)

Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes.

* En los últimos 12 meses

Análisis de los indicadores de conducta sexual y las anomalías presentes en la citología cervical

La edad promedio de vida sexual activa en las pacientes estudiadas fue de 17.28 ± 1.9 años. De las cuales 16 ± 1.9 presentaron anomalías en los resultados de citología cervical y 52 ± 1.8 no tuvieron anomalías en su citología (tabla 4). El número total promedio de parejas sexuales en las pacientes fue de 3.43 ± 1.9 , mientras que el número promedio de parejas sexuales en los últimos 3 años fue de 1.5 ± 0.8 .

Al comparar las variables cuantitativas: edad de Inicio de vida sexual activa (IVSA), total de número de parejas sexuales y el número de parejas sexuales en los últimos 3 años en pacientes con y sin anomalías en la citología cervical, encontramos que la edad de IVSA y el número de parejas sexuales en los últimos 3 años presentan un valor de p significativo ($p < 0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de indicadores de conducta sexual y anomalías en la citología cervical

	N=68		Valor de P ^{b*}
	Con anomalías n=16	Sin anomalías n=52	
Edad de Inicio de vida sexual ^a	16±1.9	52±1.8	0.006*
Total de número de parejas sexuales ^a	16±3.7	52±3.3	0.720
Número de parejas sexuales en los últimos 3 años ^a	1.88±1.3	1.42±0.6	<0.001*

a. Los valores se presentan como promedio, desviación estándar.

b. La prueba t de Student se utilizó para comparar las medias.

* Se consideró significativo valor de p (p<0.05).

Tablas cruzadas de indicadores de conducta sexual y anomalías en la citología cervical

En este estudio se analizaron varios indicadores de conducta sexual a través de la encuesta diseñada para tal finalidad y su asociación con los resultados en la citología cervical. Al valorar el uso del preservativo en la primera relación sexual encontramos que la mayoría de las mujeres estudiadas usaron preservativo en su primera relación sexual (58.8%; n=40). De estas mujeres el 13.2% presentó anomalías en la citología cervical y el 45.6% no tuvo anomalías en la citología. En contraste con el 41.2% (n=28) de las mujeres que no usaron preservativo en su primera relación sexual. De estas mujeres 10.3% obtuvo anomalías y el 30.9 no obtuvo anomalías en la citología cervical.

Además, la frecuencia de las pacientes que usaron preservativo en la última relación sexual se redujo al 22.1% (n=15) en comparación con la primera relación sexual; en contraste el 77.9% (n=53) de pacientes no usaron preservativo en su última relación sexual. El 5.9% de las pacientes que usaron preservativo obtuvieron alguna anomalía en la citología cervical, mientras que el 16.2% no presentaron anomalías en la citología cervical exfoliativa. Al hacer la comparativa del uso de preservativo en la primera y última relación sexual contra la presencia y ausencia de anomalías en la citología cervical no se encontró un resultado significativo (P>0.05)(tabla 5).

La práctica de sexo oral en la población de estudio fue del 66.2%(n=45), de las cuales 17.6% tuvo anormalidades y 48.5% no tuvo anormalidades en la citología cervical. Sin embargo la presencia y ausencia de anormalidades no se asoció a esta conducta sexual ($p>0.05$) (tabla 5).

En cuanto a las relaciones sexuales con pareja ocasional. La mayoría de las mujeres evaluadas refirió no haber tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 3 años (67.4%; n=44). De estas mujeres el 14.7% presentó anormalidades en la citología cervical. Mientras que de las 35.3% mujeres que tuvo relaciones sexuales con pareja ocasional, el 8.8% obtuvo anormalidades en su citología cervical. Los resultados de la tabla cruzada para esta conducta sexual no mostró un valor significativo ($p=0.833$).

Se evaluó también la frecuencia del uso de preservativo con parejas ocasionales, encontrándose que 11.8% usa siempre preservativo, 16.2% lo usa ocasionalmente y 7.4% nunca usa preservativo. De las mujeres que siempre usan preservativo, la mitad (5.9%) tuvo anormalidades en la citología y la otra mitad (5.9%) no tuvo anormalidades en la citología cervical. Al comparar la frecuencia del uso de preservativo con parejas ocasionales con los resultados de la citología cervical, no se encontró una asociación ($p=0.218$).

Los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual mostraron que del 26.5% (n=18) que tuvo alguna ETS, el 5.9% presentó anormalidades y el 20.6% no presentó anormalidades en la citología cervical. Por otro lado, del 73.5% (n=50) de las pacientes que no tuvieron ETS, el 17.6% presentó anormalidades y el 55.9% no presentó anormalidades en la citología cervical exfoliativa. Esta conducta sexual no mostró un valor significativo con el resultado de citología cervical ($p=0.578$).

Finalmente, las relaciones sexuales homosexuales a lo largo de la vida. La mayoría de las pacientes (88.2%; n=60) no refirió haber estado en una relación

sexual homosexual. De estas pacientes 20.6% tuvo anomalías en la citología y el 67.6% no tuvo anomalías en la citología cervical. La frecuencia de las pacientes que sí tuvieron relaciones homosexuales a lo largo de su vida (11.8%; n=8), el 2.9% tuvo anomalías en contraste con el 8.8% que no tuvo anomalías en la citología cervical exfoliativa. Sin embargo la conducta homosexual tampoco influyó en los resultados de la citología cervical, obteniendo un valor de $p=0.917$.

Tabla 5. Conducta sexual asociada a las anomalías en la citología cervical

Variable	Con anomalías	Sin anomalías	Valor de p^{b*}
Uso del preservativo en la primera relación sexual^a			0.811
Si	9 (13.2)	31 (45.6)	
No	7 (10.3)	21 (30.9)	
Uso del preservativo en la última relación sexual^a			0.746
Si	4 (5.9)	11 (16.2)	
No	12 (17.6)	41 (60.3)	
Practica de sexo oral			0.394
Si	12 (17.6)	33 (48.5)	
No	4 (5.9)	19 (27.9)	
Relaciones sexuales con pareja ocasional (últ. 3 años)^a			0.833
Si	6 (8.8)	18 (26.5)	
No	10 (14.7)	34 (50.0)	
Frecuencia del uso preservativo con pareja ocasional^a			0.218
Siempre	4 (5.9)	4 (5.9)	
Ocasionalmente	1 (1.5)	10 (14.7)	
Nunca	1 (1.5)	4 (5.9)	
No ha tenido	10 (14.7)	34 (50.0)	
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual^a 20.6			0.578
Si	4 (5.9)	14 ()	
No	12 (17.6)	38 (55.9)	
Relaciones sexuales homosexuales^a			0.917
Si	2 (2.9)	6 (8.8)	
No	14 (20.6)	46 (67.6)	

a. Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes.

b. La prueba χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher se usaron para la comparación de las proporciones.

* Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como significativo.

Factores de riesgo asociados a anomalías en la citología cervical

Se realizó un análisis de factores de riesgo asociados a los resultados anormales en la citología cervical exfoliativa de las pacientes incluidas en nuestro estudio.

Encontramos que el consumo de alcohol horas antes de la relación sexual representa un factor de riesgo asociado a las anormalidades en la citología cervical (OR=1.364; IC95%:1.171-1.588; p=0.043).

Sin embargo, las variables: Tabaquismo, consumo de drogas ilegales en los últimos 12 meses, consumo de drogas inyectables, uso de preservativo en la primera relación sexual y uso de preservativo en la última relación sexual no presentan una asociación significativa con respecto a las anormalidades en la citología cervical ($p > 0.05$) (Tabla 6).

Tabla 6. Factores de riesgo asociados a las anormalidades en citología cervical			
Variables	ORP	IC 95%	p**
Tabaquismo	0.311	(0.045, 2.134)	0.177
Consumo de alcohol horas antes de la relación sexual	1.364	(1.171, 1.588)	0.043 ⁺
Consumo de drogas ilegales (ult. 12 meses)	0.551	(0.141, 1.147)	0.360
Consumo de drogas inyectables	2.200	(0.513, 9.431)	0.370
Uso de preservativo en la 1°relación sexual	0.900	(0.380, 2.130)	0.811
Uso de preservativo en la última relación sexual	1.178	(0.444,3.125)	0.746

Abreviaturas: ORP= Razón de Momios de prevalencia, IC: Intervalo de confianza.

* La prueba de χ^2 de Pearson se usó para comparar entre los participantes.

+ Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como significante.

10. DISCUSIÓN

El cáncer cervicouterino constituye una de las grandes preocupaciones del sector salud por ser la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres en todo el mundo y uno de los cánceres más frecuentes en mujeres en México (Ferlay et al, 2012). Por ello, un enfoque clave para la prevención es el diagnóstico y la detección oportuna. Ambos incluyen dos importantes procesos; la toma e interpretación de la muestra cervical y los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyan a la ocurrencia de esta enfermedad. Enfocándonos al primer nivel de atención, tenemos que los factores de riesgo asociados a conducta sexual y factores socioculturales, son maleables, por ello es importante incidir sobre estos.

En este sentido, en nuestro estudio presentamos la prevalencia y los factores de riesgo para las anormalidades en la citología cervical en una población de mujeres jóvenes. Encontramos que la edad media de las mujeres a las que se les realizó la detección citológica fue de 26.4 ± 4.6 años. La edad modal fue de 26 años, por lo que trató en gran medida de mujeres en etapa reproductiva. La mayoría de las pacientes con anormalidades en la citología cervical se encontraban entre los 25 y 30 años de edad, sin embargo la edad no parece estar asociada a las anormalidades en la citología cervical ($p > 0.05$). Estos resultados son congruentes con otros estudios donde se estima que la mayoría de las lesiones malignas en la citología se observan en mujeres entre los 30 y 40 años edad o varias décadas después de que iniciaron su vida sexual (Herrero et al, 1990; Hernández et al, 1997).

Dentro de las características generales de la población, se trató principalmente de mujeres heterosexuales con nivel de estudios medio-alto (45.6% bachillerato y 36.8 % licenciatura). Estas cifras son superiores a las arrojadas en la Encuesta Nacional de Salud, ENSANUT MC 2016, donde se demuestra que el nivel de estudios que predomina en la población mexicana es de primaria (32.6%) y secundaria (28.1%), probablemente debido al tipo de

población afiliada al Instituto en su régimen ordinario (ENSANUT, 2016). Es evidente que mientras mayor es el nivel educativo que se tiene, menor es el grado de percepción negativa acerca de la práctica de la citología vaginal, siendo una determinante importante para la prevención de lesiones cervicales asociadas a CaCU y una mejora en la salud sexual.

El análisis de otras variables sociodemográficas mostró que se trataba de mujeres trabajadoras (51.5%) y amas de casa (33.8%), con estado civil de unión libre (44.1%) y casadas (33.8%). Para las variables sociodemográficas: ocupación, estado civil y escolaridad no se observaron diferencias significativas con el resultado de citología cervical. A este respecto, algunos estudios han demostrado que la edad mayor a 18 años, el nivel avanzado de estudios y el estado civil, primordialmente monógamo como la unión libre o el vínculo matrimonial, influyen en el desarrollo de la resiliencia sexual, esta última considerada como la capacidad para contrarrestar las situaciones sexuales de riesgo a través del uso de los factores protectores que posee la persona (OMS, 2005). Sin embargo, todos estos factores son predictivos y suelen ser específicos del grupo poblacional para el cual han sido identificados y validados. Por lo tanto, no pueden extrapolarse fácilmente a otras poblaciones dadas las características geográficas y de servicios de salud prevaletentes en nuestra población.

Los resultados citológicos de nuestro estudio mostraron que el 76.5% de las mujeres obtuvieron una citología normal. Se considera que las lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado anteceden a la presencia del cáncer (NIHC, 1996) y que alrededor del 95% de los casos de cáncer se asocia con la infección previa por el Virus del Papiloma Humano (VPH), aunque no es el único factor infeccioso asociado (Muñoz et al 1996). Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos lesiones intraepiteliales ni infección por VPH. La mayoría de las mujeres evaluadas presentó un resultado de citología anormal asociada a procesos inflamatorios e infecciones por algún microorganismo patógeno. Estos datos deben ser valorados tomando en cuenta que literatura

se reporta para la citología una sensibilidad del 80% y especificidad del 56.6%, con un 20% de falsos negativos y exactitud diagnóstica del 60%, dependiendo del laboratorio y la técnica de análisis (Carrascal et al, 2014). Un estudio reciente de Barut et al. (2015) evaluó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la citología para el diagnóstico de lesiones cervicales premalignas y malignas con resultados de 57%, 76%, 26%, 92% respectivamente; concluyendo que las mujeres con algún tipo de anormalidad cervical deberían ser evaluadas con citología y algún otro método diagnóstico como la colposcopia para la detección adecuada de lesiones cervicales (Barut et al, 2015). Por otro lado, Gaitán et al. (2004) realizaron un estudio para evaluar el papel de la citología inflamatoria como posible marcador de lesión intraepitelial. Para ello se evaluó la citología en varios puntos de corte de anormalidad cervical frente a la biopsia como estándar de oro y se observó que mientras se iban tomando progresivamente como resultados negativos a la citología, la sensibilidad de la prueba iba reduciéndose, así como cuando se consideraba células atípicas de significado indeterminado (AESI) como normal, esto repercutía con una variación en la sensibilidad (Gaitán et al, 2004). Por tal motivo, es indispensable dar un seguimiento adecuado a las pacientes incluidas en este estudio y analizar otras posibilidades diagnósticas que fortalezcan el resultado y permitan una prevención oportuna de las lesiones premalignas y malignas.

En una investigación realizada por Ulate-Arguedas et al (2011) en mujeres jóvenes, se encontró que el 95.9% de los resultados fueron normales, encontrándose una baja frecuencia de displasias leves a moderadas, lo cual coincide con lo descrito por la Asociación Americana de Colposcopia y Patología Cervical (Global Sex Survey Results, 2005). Al comparar la media de edad de las mujeres con alteraciones cervicales de nuestro estudio, con las que informan otros autores, se observa que en México, al igual que en los países en desarrollo, las anormalidades citológicas son más frecuentes entre la tercera y cuarta década de la vida (Mukherjee et al, 1994; Hernández et al, 1997). Además, los autores nacionales e internacionales señalan que el mayor

número de mujeres estudiadas por lesiones neoplásicas y de alto grado se encuentra en el grupo de edad de 40 a 50 años, lo cual se encuentra fuera del margen de nuestra población de estudio que obtuvo una edad modal de 26 años (Rodríguez Lundes et al, 2009; Barbón et al, 2014; Martínez Martínez, 2010; Romero Ledezma et al, 2012; Cordero Martínez et al, 2015).

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 35.3% de las mujeres respondió haber tenido al menos dos gestas a lo largo de su vida en contraste con el 20.6% que no ha tenido gestas. La mayoría de las gestas se resolvieron vía vaginal. Sin embargo, la frecuencia de mujeres sin partos, cesáreas ni abortos fue mucho más alta. Un alto porcentaje de estudios que analizan esta asociación corroboran la relación positiva entre la paridad elevada o más de dos embarazos terminados y cáncer de cuello uterino, debida en parte a factores hormonales vinculados al embarazo y a los múltiples traumatismos cervicales asociados con el parto (Muñoz et al, 2002; García et al, 2007). A pesar de esta evidencia, no se encontraron asociaciones entre estas variables y las anomalías en la citología, posiblemente esto se deba al grupo de edad de las pacientes incluidas en el estudio en relación a la baja tasa de reproductividad, además de otros aspectos culturales y psicosociales.

Se han encontrado otros factores asociados como la promiscuidad sexual y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Guía IMSS 2010). En nuestro estudio se describen frecuencias relativamente bajas de enfermedades de transmisión sexual, siendo las principales: VPH (11.8%), verrugas genitales (5.9%) y tricomonas (4.4%). A pesar de estos antecedentes, en nuestro estudio no se detectaron cambios citológicos compatibles con la infección por el VPH. Dicho fenómeno se contrapone con la mayor incidencia de VPH en mujeres con edades menores de 25 años, de acuerdo con González-Losa et al (2002). Con referencia a los resultados de otros estudios, la mayoría son fluctuantes en cuanto a la proporción de mujeres con infección previa por VPH.

Los resultados en cuanto al uso de métodos de planificación familiar revelan que la mayoría de las mujeres encuestadas no usaron ningún método

anticonceptivo en su última relación sexual. No obstante, en mujeres con respuesta afirmativa se encontró que el método anticonceptivo de elección fue el preservativo, seguido del DIU y los anticonceptivos orales. En todo caso, el empleo de anticonceptivos como factor de riesgo es controversial actualmente (Barbón et al, 2014; Munoz et al, 1996). En cuanto a los métodos de barrera como el preservativo y el diafragma han mostrado disminuir la posibilidad de cáncer cervicouterino, posiblemente por su efecto sobre la transmisión del VPH (Munoz et al, 1996). Aun cuando en nuestro estudio se analizó el uso de preservativo durante la primera y última relación sexual no se encontró una asociación con las anormalidades presentes en la citología cervical (OR=0.900, IC95%=0.380-2.130, p=0.811 y OR=1.17, IC 95%=0.444- 3.125, p=0.746, respectivamente), aunado a que los resultados citológicos de las mujeres encuestadas no mostraron infección por VPH.

Por otra parte, al valorar el consumo de drogas ilegales y alcohol en la población de estudio, se encontró en forma general, un bajo consumo de alcohol y drogas de abuso. De las mujeres que si consumen alcohol, el 20.6% lo hace una vez al mes y entre estas mujeres el 11.8% consume alguna bebida alcohólica en horas previas a la relación sexual.

Un hallazgo de nuestro estudio se observó al realizar la estimación de riesgo para el consumo de alcohol previo a la relación sexual. Encontramos que este representa un factor de riesgo asociado con las anormalidades en la citología cervical (OR=1.364; IC95%=1.171-1.588; p=0.043). En este caso, el consumo de alcohol previo a la relación sexual representa un indicador indirecto del potencial alto grado de exposición a patógenos de transmisión sexual como el VPH en esta población y a la falta del uso de métodos de barrera que impidan esta posibilidad.

La evidencia acumulada demuestra un incremento en el riesgo de lesiones cervicales malignas para las mujeres fumadoras (Greenberg et al, 1985), en contraste con las mujeres no fumadoras, debido a que los metabolitos del cigarrillo disminuyen la capacidad inmunológica del epitelio del cervical o

actúan como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio (Spitz et al, 1992). Sin embargo, en la presente investigación el hábito tabáquico en la población de estudiada fue escaso y cómo se puede inferir por lo anteriormente expuesto, este no representó un factor de riesgo asociado a las anormalidades en la citología cervical (OR=0.311; IC 95%= 0.045 - 2.134; p= 0.177).

En cuanto a los indicadores de conducta sexual, la edad promedio de inicio de vida sexual en la población estudiada fue de 17.2 ± 1.9 años. En nuestro país, una encuesta nacional reveló que la edad promedio de inicio de la vida sexual activa (IVSA) en los mexicanos fue de 17.6 años para ambos sexos, lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio (Consulta Mitofsky, 2004).

Nosotros encontramos una asociación positiva entre de la edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) con respecto a las anormalidades encontradas en la citología cervical (p= 0.006). De acuerdo con investigaciones similares, la edad de IVSA temprana se asocia con una propensión a tener múltiples compañeros sexuales (Kaestle et al, 2005). Además se ha visto que existe un riesgo de padecer cáncer cervical de 2,4 veces mayor cuando el coito comienza a los 17 años o antes que cuando se inicia a los 21 años de edad (Bosch et al, 1995). Al comparar evidencias, las mujeres que tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre 15 y más años aumentan la probabilidad de presentar alguna anomalía cervical, cuando se compara con las que comienzan después de los 20 años (Barbón et al, 2009). Mientras que, en otro estudio, las pacientes con inicio sexual precoz presentaron 5 veces mayor riesgo a presentar lesiones asociadas a cáncer cervical en comparación con aquellas que tuvieron relaciones sexuales tardías (Francisco-Medina et al, 2010).

Otros hallazgo relevante de nuestra investigación fue encontrar una asociación entre el número de parejas sexuales en los últimos tres años y las anormalidades encontradas en la citología cervical (p<0.001). 1.5 es el número de parejas sexuales más frecuente en los últimos 3 años en la población de estudio, siendo esta una determinante más importante que el número total de

parejas sexuales para el desarrollo de lesiones cervicales. En este sentido, un estudio mexicano realizado por Cabrera-Gaytán et al (2014) determinó que las mujeres con más de 1 pareja sexual mostraron un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia intracervical (Cabrera-Gaytán, 2014). Otro estudio dirigido por Ward et al (2010) en mujeres hispanas reportó que las mismas tuvieron en promedio 1.1 parejas en el último año y un total de 2.9 parejas de por vida. El 15.4% de las mujeres tenía una historia positiva de enfermedad de transmisión sexual y el 6.6% (214 mujeres) tuvieron una citología cervical anormal, siendo estos resultados significativos para la predisposición para anomalías cervicales (Ward et al, 2010). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, se reveló que las mujeres tienen en promedio menos de una pareja sexual en un año, siendo esta una valoración congruente con nuestros resultados (INSP, 2006).

Por último, otros factores relacionados a la conducta sexual como la práctica de sexo oral, las relaciones sexuales con pareja ocasional en los últimos 3 años, la frecuencia del uso preservativo con pareja ocasional y las relaciones homosexuales presentados en las tablas cruzadas no se vincularon con la posibilidad de tener anomalías en la citología cervical exfoliativa ($p>0.05$).

Los datos compartidos en el presente estudio nos indican aspectos diferenciales en los determinantes de las conductas sexuales de riesgo en las mujeres incluidas en el mismo. Esto nos permite enfocar la problemática de la conducta sexual precoz en parte de la población femenina joven de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" y generar una mayor atención a los programas de promoción del cuidado de la salud como son exámenes rutinarios de control y la promoción de la citología cervical para la prevención de las lesiones premalignas y malignas precedentes al cáncer cervicouterino.

11. CONCLUSIONES

El uso frecuente y el adecuado conocimiento sobre la citología, sugiere que aspectos tales como las dificultades en la calidad del estudio, la falta de conocimiento de la conducta sexual en la población o el acceso limitado al diagnóstico, pudieran ser agentes causales de tasas elevadas de cáncer cervical.

Por lo tanto, debemos continuar haciendo investigaciones sobre la evaluación de los hallazgos presentes en la citología cervical y su asociación con determinantes de conducta sexual que ofrezcan una mayor oportunidad para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica en nuestra Unidad de Medicina Familiar.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Muñoz-Aguirre CD. Cambio demográfico y desarrollo social de los jóvenes. En: La situación demográfica en México 2006. México: CONAPO; 2006; 1:89-106.
2. Colin-Paz YA, Villagómez-Ornelas P. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009. En: La situación demográfica en México 2010. 1a. ed. México: CONAPO; 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=301&Itemid=418
3. Primera Encuesta Nacional sobre Sexo. Consulta Mitofsky. Primera Entrega, 2004.
4. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, et al. Use of contraception and family planning in adolescent and adult women in Mexico. Salud Publica Mex. 2013; 55: S235-S240.
5. Gayet C, Gutiérrez JP. Sexual debut in Mexico: a comparison of household national surveys. Salud Publica Mex. 2014; 56(6): 638-647.
6. Child Trends. Consultado el 12 de noviembre de 2015, en: <http://www.childtrends.org/wpcontent/uploads/2013/10/201304DatingSexualRelationships.pdf>
7. Child Trends. Consultado el 12 de noviembre de 2015, en: <http://www.childtrends.org/?indicators=sexuallyexperienced-teens>
8. Chandra A, Mosher WD, Copen C. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006–2008 National Survey of Family Growth. Natl Health Stat Rep. 2011; 36: 1-36.
9. Copen C, Chandra A, Martínez G. Prevalence and timing of oral sex with opposite-sex partners among females and males aged 15-24 years: United States, 2007-2010. Data from the 2007–2010 National Survey of Family Growth. Natl Health Stat Rep. 2012; 56: 1-16.
10. Leichter JS, Chandra A, Liddon N, Fenton KA, Aral SO. Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. The Journal of Infectious Diseases. 2007; 196(12): 1852-1859.
11. Statista. Consultado el 12 de noviembre de 2015, en: <http://www.statista.com/statistics/248856/average-number-of-sexual-partners-in-selected-countries-worldwide/>

12. Martinez G, Copen CE, Abma JC. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of Family Growth. *Vital and Health Stat.* 2011; 23(31): 1-44.
13. Romero L, Pazol K, Warner L, et al. Vital signs: trends in use of long-acting reversible contraception among teens aged 15-19 years seeking contraceptive services—United States, 2005-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015; 64(13): 363-371.
14. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
15. Nygård JF, Skare GB, Thoresen SØ. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen.* 2002; 9:86-91.
16. Taylor R, Morrell S, Mamoon H, et al. Decline in cervical cancer incidence and mortality in New South Wales in relation to control activities (Australia). *Cancer Causes Control.* 2006; 17(3):299-306.
17. Aklimunnessa K, Mori M, Khan MM, Sakauchi F, Kubo T, Fujino Y, et al. Effectiveness of cervical cancer screening over cervical cancer mortality among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol.* 2006; 36(8): 511-518.
18. Vaccarella S, Franceschi S, Engholm G, Lonnberg S, Khan S, Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *Br J Cancer.* 2014; 111: 965-969.
19. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2013; 2:1-14.
20. Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011; 155(10): 687-697.
21. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 162(10): 718-725.
22. ACOG Committee Opinion No. 463: Cervical cancer in adolescents: screening, evaluation, and management. *Obstet Gynecol.* 2010; 116:469-472.

23. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet*. 2004; 364:1678-1683.
24. Schlecht NF, Platt RW, Duarte-Franco E, Costa MC, Sobrinho JP, Prado JC, et al. Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst*. 2003; 95(17):1336-1343.
25. Szarewski A, Sasieni P. Cervical screening in adolescents--at least do no harm. *Lancet* 2004. 364:1642-1644.
26. Mount SL, Papillo JL. A study of 10,296 pediatric and adolescent Papanicolaou smear diagnoses in northern New England. *Pediatrics*. 1999; 103(3):539.
27. Edelman M, Fox AS, Alderman EM, Neal W, Shapiro A, Silver EJ, et al. Cervical Papanicolaou smear abnormalities in inner city Bronx adolescents: prevalence, progression, and immune modifiers. *Cancer Cytopathology* 1999; 87(4):184-189.
28. Cabrera-Gaytán DA, Palacios-Rodríguez RG, Guzmán-Solorio JA. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52(2):168-175.
29. Ulate-Arguedas H, Alfaro-Pacheco R. Incidencia de citologías cervicales alteradas en mujeres menores de 20 años, en el área de salud de Paso Ancho-San Sebastian entre el 2006 y 2010. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2011; 596:127-131.
30. Ward KK, Roncancio AM, Redeck-Breitkopf C. The influence of cultural adaptation and sexual risk behaviors on cervical cytology in a Hispanic population. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(6):549e1-549e7.
31. Figueroa JP, Ward E, Luthi TE, Vermud SH, Brathwaite AR, Burk RD. Prevalence of human papillomavirus among STD clinic attenders in Jamaica: association of younger age and increased sexual activity. *Sex Transm Dis*. 1995; 22(2):114-118.
32. Wong HY, Loke AY, Chan NH. Risk factors for cervical abnormalities among Hong Kong Chinese women: a large-scale community-based cervical screening program. *J Womens Health*. 2011; 20(1): 53-59.
33. Folch C, Alvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X, et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica*. 2015; 89: 471-485.

REFERENCIAS DISCUSIÓN:

34. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México; Secretaría de Salud; 2006
35. Núñez A, Vallejo M, Ramírez M, Escobar G, Gallego P, Vélez C et al. Factores asociados con lesiones neoplásicas del tracto genital inferior femenino en adolescentes del departamento de Caldas. *Hacia la promoción de la salud*. 2008;13:154-177.
36. Herrero R, Brinton L, Reeves W, Brenes M, Tenorio F. Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990;109(1):7-25.
37. Hernández AM, Lazcano PE, Berumen CJ, Cruz VA, Alonso de RP, González LG. Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico: A case control study. *Arch Med Res* 1997;28(2):265-271.
38. Castañeda, I., Toledo, C. R. & Aguilera, D. M. (1998). Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública México*. 40, 330-338.
39. Franco el, Duarte E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Can Med Assoc J*. 2001;164(7):739-740.
40. Guía para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
41. National Institute of Health. Cervical cancer. Consens Statement. 1996;14(1):1-38.
42. Muñoz N, Bosch X. Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervico-uterino y consecuencias para la prevención. *Bol of Sanit Panam*. 1996;21(6):550-566.
43. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza; OMS; 2005.
44. 2005 Global Sex Survey Results. [En línea]. [Consultado 23/09/2012]. Disponible en http://www.data360.org/report_slides.aspx?Print_Group_Id=93
45. Rodríguez Lundes O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Hernández-V. Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum*. 2009 1: 23.

46. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. *Rev Haban Cienc Méd* 2009,8(4).
47. Martínez Martínez PÁ, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. *Rev Cubana Obstet Ginecl* , 2010 . 36(1).
48. Romero Ledezma K P, Rojas Guardia J. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Rev Cient. Cienc. Med. Cochabamba [Internet]*.
49. Mukherjee BM, Sengupta S. A case-control study of reproductive risk factors associated with cervical cancer. *Int J Cancer* 1994;59(4):476-482.
50. Hernández AM, Lazcano PE, Berumen CJ, Cruz VA, Alonso de RP, González LG. Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico: A case control study. *Arch Med Res* 1997;28(2):265-271.
51. Barut MU, Kale A, Kuyumcuoğlu U, Bozkurt M, Ağaçayak E, Özekinci S, Gül T. Analysis of Sensitivity, Specificity, and Positive and Negative Predictive Values of Smear and Colposcopy in Diagnosis of Premalignant and Malignant Cervical Lesions. *Med Sci Monit.* 2015 Dec 10;21:3860-7.
52. Carrascal M, Chávez C, Sesin F. Correlación diagnóstica de la citología cervical versus colposcopia en lesiones premalignas de cáncer cervicouterino. *IPS Universitaria Barranquilla* 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/Hp/Downloads/547-2000-1-PB.pdf>. Última visita 05 de Febrero del 2016.
53. Gaitán H, Rubio JA, Eslava J. Asociación de la Citología Cervicovaginal Inflamatoria con la Lesión Intraepitelial Cervical en Pacientes de una Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, Colombia 1999- 2003. *Rev. Salud pública.* 2004; 6 (3):253-269.
54. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith js et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the iarc multicentric case-control study. *Lancet.* 2002;359(9312):1093-1101.

55. García G, Pachón jj, Meneses rs, Zuleta jj. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(1):21-27.
56. González-Losa MR, Polanco-Marín G, PuertoSolís M, Murguía-Mesina P. Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2002; 53(3):255-62.
57. Munoz N, Kato I, Bosch FX, Eluf-Neto J, de San Jose, Ascunce N, et al. Risk factor for HPV detection in middle-age women. *Sex Transm Dis* 1996;23:504- 10.
58. Greenberg er, Vessey M, McPherson K, Yeates D. Cigarette smoking and cancer of the uterine cervix. *Br J Cancer.* 1985;51(1):139-141.
59. Spitz mr, Sider jg, Schantz sp, Newell gr. Association between malignancies of the upper aerodigestive tract and uterine cervix. *Head Neck.* 1992;14(5):347-351.
60. Bosch FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802.
61. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
62. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. *Rev Haban Cienc Méd* 2009. 8(4).
63. Francisco Medina E, Sánchez-Lander J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, et al. Cáncer de Cuello Uterino. Consenso Nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. *Rev. Venez Oncol [Internet].* 2011 [citado 8 Ago 2014];23(2).
64. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol.* 2005;161(8):774-780.
65. Consulta Mitofsky. Primera encuesta nacional sobre sexo. México: 2004. [Consultado 23/09/2012]. Disponible en <http://consulta.mx/web/index.php/estudios-e-investigaciones/mexico>.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DESALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDUCTA SEXUAL Y LAS ANORMALIDADES ENCONTRADAS EN LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN MUJERES JÓVENES”
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28
Número de registro:	R-2018-3609-3
Justificación y objetivo del estudio:	Las lesiones pre-malignas de cérvix son altamente frecuentes en mujeres en edad reproductiva y la infección por VPH afecta a alrededor del 20% de estas. El inicio temprano de vida sexual activa y un número elevado de parejas sexuales confieren riesgo de lesiones pre-malignas y malignas de cérvix e infección por VPH. La realización del presente estudio es de utilidad para tomar decisiones en pro de la salud reproductiva de las mujeres usuarias, porque permitirá conocer conductas sexuales de riesgo para lesiones cervicales. También es la base para el diseño y la implementación de una herramienta de evaluación de conductas sexuales de riesgo que confieran susceptibilidad o riesgo de lesiones cervicales. Es factible llevar a cabo este estudio porque se tiene acceso a los resultados de citología exfoliativa cervical y se tiene el volumen suficiente de pacientes para llevarlo a cabo. Al ser este estudio transversal-analítico la información que aporte nos permitirá conocer una relación causa efecto.
Procedimientos:	Se procederá a invitar a las derechohabientes y previa firma del consentimiento informado se realizará una serie de preguntas las cuales son confidenciales, en ningún momento se hará manejo de su nombre. Usted tiene la autoridad de abandonar en cualquier momento esta investigación sin que tenga repercusión en su atención médica en esta unidad de medicina familiar.
Posibles riesgos y molestias:	No se afectará su integridad física. Únicamente requeriremos de aproximadamente 20 minutos de su tiempo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Saber si hay alguna asociación entre la conducta sexual de la paciente con anomalías encontradas en la citología cervical
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de encontrar anomalías en la citología cervical se derivará al servicio de ginecología para su tratamiento.
Participación o retiro:	La paciente es libre de retirarse del estudio en el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	El estudio se realizará bajo confidencialidad por parte del investigador y colaboradores
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Aplicable
Beneficios al término del estudio:	Derivación oportuna al servicio que lo amerite, en caso de ser necesario
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ariadna Flores González. Matrícula: 98378317 Adscripción: Correo electrónico: ari_adna277@hotmail.com Teléfono: 55.34.66.27.76
Colaboradores:	Adriana Josefina Toriz Saldaña. Matrícula: Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28. adriana.toriz@imss.gob.mx Teléfono: 55.59.60.11
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del sujeto	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Doctora Ariadna Flores González Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

HOJA DE IDENTIFICACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28
SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

Nombre: _____ Edad: _____ No. Expediente: _____

<p>Tabaquismo</p> <p>Si () No ()</p>	<p>Alcoholismo</p> <p>Si () No ()</p>	<p>Antecedentes Gineco-Obstétricos</p> <p>Gestas ()</p> <p>Partos ()</p> <p>Abortos ()</p> <p>Cesáreas ()</p> <p>Óbitos ()</p>
<p>IMC</p> <p>_____ Kg/m²</p>	<p>Estado civil</p> <p>Soltera ()</p> <p>Casada ()</p> <p>Viuda ()</p> <p>Divorciada ()</p> <p>Unión libre ()</p>	<p>Resultado del examen de citología cervical</p> <p>ASCUS Si () No ()</p> <p>ASGUS Si () No ()</p> <p>NIC I Si () No ()</p> <p>NIC II Si () No ()</p> <p>NIC III Si () No ()</p> <p><i>Infección por VPH</i></p> <p>Si () No ()</p>
<p>Escolaridad</p> <p>Sin estudios ()</p> <p>Primaria ()</p> <p>Secundaria ()</p> <p>Bachillerato ()</p> <p>Licenciatura ()</p>	<p>Ocupación</p> <p>Ama de casa ()</p> <p>Trabaja ()</p> <p>Estudia ()</p>	

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Cuestionario utilizado en la investigación

Instrucciones. Le solicitamos de la manera más atenta nos haga el favor de responder las siguientes preguntas con sinceridad, las cuales son confidenciales, por ningún motivo se hará manejo de su nombre. Usted tiene la autoridad de abandonar en cualquier momento esta investigación sin que tenga repercusiones en su atención medica en esta unidad de medicina familiar.

Sección I: Consumo de alcohol y drogas

1. ¿Con qué frecuencia has consumido bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses?
 - 1 No he consumido
 - 2 Diariamente
 - 3 De cuatro a seis días a la semana
 - 4 Un día por semana
 - 5 Un día al mes
 - Menos de un día al mes
2. ¿Consumes bebidas alcohólicas en las horas cercanas a la relación sexual?
 - 1 Sí
 - 2 No
 - Prefiero no responder
3. ¿Has consumido drogas ilegales (hachís, marihuana, cocaína, etc.) alguna vez durante los últimos 12 meses?
 - 1 Sí
 - 2 No. Pasar a la pregunta 6
 - Prefiero no responder
4. ¿Qué tipo de drogas has consumido en alguna ocasión durante los últimos 12 meses? Marca todas las que apliquen
 - 1 Hachís o marihuana
 - 2 Cocaína
 - 3 Heroína
 - 4 Éxtasis
 - 5 Anfetaminas (cristal)
 - 6 Alucinógenos (LSD, ácido, hongos alucinógenos, peyote)
 - 7 Inhalantes volátiles (thinner, resistol)

- 8 Ninguna
- 9 Marihuana y alucinógenos

.

5. ¿Alguna vez te has inyectado alguna droga?

- 1 Sí
- 2 No
- Prefiero no responder

Sección II: Conducta Sexual

6. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (anal o vaginal)?

- 1 Sí
- 2 No. Pasa a la pregunta 9
- Prefiero no responder

7. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual (vaginal o anal)?

- Edad en años:
- Prefiero no responder

8. ¿Usaste preservativo en esa primera relación sexual?

- 1 Sí
- 2 No
- No lo recuerdo
- Prefiero no responder

9. ¿Has practicado sexo oral en alguna ocasión?

- 1 Sí
- 2 No
- Prefiero no responder

10. ¿Cómo definirías tu orientación sexual?

- 1 Homosexual
- 2 Bisexual
- 3 Heterosexual
- Otra
- Prefiero no responder

Sección II-A: Relaciones Heterosexuales

11. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?

- _____ Parejas

- Prefiero no responder
- 12. En los últimos 3 años, ¿aproximadamente con cuantas parejas diferentes has tenido relaciones sexuales?
 - _____ Parejas
 - Prefiero no responder
- 13. ¿Utilizaste preservativo en tu última relación sexual?
 - 1 Sí
 - 2 No
 - Prefiero no responder
- 14. En los últimos 3 años ¿has tenido relaciones sexuales que no fuera tu pareja estable?
 - 1 Sí
 - 2 No
 - Prefiero no responder
- 15. En los últimos 3 años ¿Con que frecuencia utilizaste preservativo con estas parejas ocasionales?
 - 1 Siempre
 - 2 Ocasionalmente
 - 3 Nunca

Sección II-B: Relaciones homosexuales

- 16. A lo largo de la vida ¿has tenido relaciones homosexuales?
 - 1 Sí
 - 2 No
 - Prefiero no responder

Sección III: Salud Sexual y reproductiva

- 17. ¿te has diagnosticado en alguna ocasión alguna infección de transmisión sexual?
 - 1 Sí
 - 2 No
 - Prefiero no responder
- 18. Si es que sí ¿Cuál? Marca todas las que apliquen
 - 1 Infección por clamidia
 - 2 Gonorrea
 - 3 Sífilis
 - 4 Tricomonas
 - 5 Herpes genital

- 6 Verrugas genitales o condilomas
- 7 Hepatitis B
- 8 VPH
- 9 Molusco contagioso
- 10 tricomona y verrugas genitales
- 11 Ninguna
- Otras, especificar: _____

19. En tu última relación sexual, ¿utilizaste algún método anticonceptivo?

Marca todas las que apliquen

- 1 Anticonceptivos orales
- 2 Pastilla del día siguiente
- 3 DIU
- 4 Diafragma
- 5 Preservativo
- 6 Ligadura de trompas
- 7 No hemos utilizado
- 8 Implante Subdermico
- 9 parches
- 10 ACO + pastilla del dia siguiente
- 11 preservativo + pastilla del dia siguiente

Otro, especificar: _____

20. ¿Has estado embarazada en alguna ocasión?

1 Sí, cuántas veces: _____

2 No.

Prefiero no responder

¿Has interrumpido algún embarazo voluntariamente?

1 Sí

2 No

Prefiero no responder

GRACIAS POR TU COLABORACION

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma de actividades.

Cronograma de actividades																
	Jul-Sep 2015			Oct-Nov 2016			Oct 2017			Nov 2017			Feb 2018			
1.- Búsqueda bibliográfica	R	R	R													
2.- Diseño del protocolo				R	R	R										
3.-Aprobación del protocolo							R	R	R							
4.- Desarrollo del protocolo y recolección de datos										R	R	R				
5.- Análisis de datos y elaboración de tesis													R	R	R	R