



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIAS PARA NO REALIZARSE LA PRUEBA DEL
PAPANICOLAOU

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTAN

DELFINO OLVERA ALYN CASANDRA

RAYÓN MONTOYA DIANA LOREN

Directores de tesis

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GODINEZ RODRIGUEZ

DR. LUIS ALBERTO REGALADO RUÍZ



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México; 2019



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIAS PARA NO REALIZARSE LA PRUEBA DEL
PAPANICOLAOU

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTAN

DELFINO OLVERA ALYN CASANDRA
RAYÓN MONTOYA DIANA LOREN

JURADO DE EXAMEN PROFESIONAL

Presidente: LUIS ALBERTO REGALADO RUIZ

Vocal: MARIA DE LOS ANGELES GODINEZ RODRIGUEZ

Secretario: LILIAN MARGOT ROMERO AMBROCIO

Suplente: URBINO ANTONIO ANGUIANO ALVA

Suplente: JOEL ABRAHAM CALVILLO RIVERA



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México; 2019

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A mis padres Rolando Delfino y Miriam Olvera quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en los momentos buenos y en los peores. Depositando su entera confianza, amor y paciencia en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, inculcándome día a día el esfuerzo y la valentía. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Miriam Vanesa Delfino Olvera y Jesús Rolando Delfino Olvera por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A mis sobrinos por regalarme cada día un poco de su alegría e inocencia, para mejorar mi día, y no fallar en el intento de terminar un día más.

A Christian Contreras Arias y familia, por apoyarme cuando más las necesité, por darme ánimos para cumplir cualquier sueño y meta, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Alyn Casandra Delfino Olvera

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la vida por permitir cumplir un sueño más, a mis padres por levantarme cuando estaba a punto de caer, por cada día de esfuerzo que realizaron para verme cumplir esta meta.

También le quiero agradecer a Loren Rayón Montoya, mi compañera de tesis, por aventurarnos al realizar esta investigación, gracias por tu apoyo y dedicación.

Quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez y al Dr. Luis Alberto Regalado Ruiz, principales colaboradores, durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento y enseñanza permitieron el desarrollo de este trabajo.

A los profesores Urbino Antonio Anguiano Alva, Lilian Margot Romero Ambrocio y Joel Abraham Calvillo Rivera, quienes con su conocimiento y experiencia me guiaron al final de este camino.

A mis compañeras Liliana Rojas, Diana Jaimez y Berenice Melendez, por darme palabras de apoyo durante todo este año, por su ayuda incondicional y por su cariño.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen la Universidad Nacional Autónoma de México, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso educativo dentro de su establecimiento.

Por ultimo le agradezco el tiempo dedicado a las estudiantes de la FES-C, ya que, sin su apoyo, esta investigación no hubiera sido posible.

Alyn Casandra Delfino Olvera

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a mis padres, Eric Fernando Rayón Figueroa y Sofía Lorena Montoya Gavito por darme la oportunidad de culminar con mis estudios, mi carrera, por brindarme la oportunidad de obtener un grado académico más en mi vida haciéndome sentir más orgullosa y segura de que esto será de provecho para mi futuro y el de ellos. Les agradezco por darme todo su apoyo y entera confianza a lo largo de la carrera, porque cuando sentía que todo se venía abajo y que ya no podía con tanto estrés ellos me abrieron sus brazos, me dieron un beso y sus hermosas palabras de aliento. Porque cuando yo llegaba de la escuela y no dormía en toda la noche haciendo tarea ellos me animaban a no rendirme. Siempre me apoyaron y comprendieron en todo y este logro se los debo a ellos.

En segundo lugar, a mis hermanos Erick Rayón Montoya y Luis Fernando Rayón Montoya por apoyarme también cuando no tenía manera de regresar de la escuela en la noche, por darme ánimos, sacarme de algún apuro cuando olvidaba algo y darme un desestrés cada que lo necesitaba. Les dedico mi esfuerzo porque he aprendido mucho de ellos y gracias a lo bueno y a lo malo es que yo fui y seguiré forjando este camino.

Diana Loren Rayón Montoya

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida por permitirme culminar con éxito esta gran etapa en mi vida, a mis padres por darme la fuerza y perseverancia que necesité a lo largo de la carrera. Agradezco a mi familia, amigos y a todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de la carrera y de esta investigación por amarme aún cuando era difícil de querer.

También le doy las gracias a mi compañera de tesis Alyn Delfino Olvera por su paciencia y dedicación y por permitirme llevar a cabo esta investigación con ella y lograr esta meta juntas. A la Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez y al Dr. Luis Alberto Regalado Ruiz por asesorarnos, brindando su conocimiento y experiencia para hacer posible esto.

A la profesora Lilian Margot Romero Ambrocio quien estuvo desde principio a fin de esta tesis y que nos apoyó en todo momento con lo que pudiésemos necesitar. A los profesores Urbino Antonio Anguiano Alva, y Joel Abraham Calvillo Rivera por dar detalles finales para pulir este trabajo. Agradezco a mis compañeras por su apoyo, su cariño, su amistad y todos los buenos momentos que pasamos juntas en todo este año.

Finalmente agradezco a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala por darme la mejor educación en la mejor universidad.

Diana Loren Rayón Montoya

INDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	18
HPOTESIS	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
AUTOCUIDADO Y DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	20
ESTUDIOS PREVIOS DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	26
MARCO CONCEPTUAL	31
FISIOPATOLOGÍA	31
CUADRO CLÍNICO	33
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	35
ESTADÍOS CLÍNICOS	37
TRATAMIENTO	38
PRUEBA DE PAPANICOLAOU	40
TÉCNICA PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	41
EPIDEMIOLOGÍA	43
ASPECTOS LEGALES	45
MARCO CULTURAL	50
CAPÍTULO III	53
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	53
POBLACIÓN Y MUESTRA	53
TIPO DE MUESTREO	54
VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	54

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	58
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	58
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	59
CAPÍTULO IV.....	60
RESULTADOS.....	60
GRÁFICAS ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
CAPÍTULO V	77
DISCUSIÓN	77
RESULTADOS DE LAS GRAFICAS (PORCENTAJES)	78
CONCLUSIONES	83
SUGERENCIAS DE ESTUDIO	84
GLOSARIO	84
REFERENCIAS.....	88
ANEXOS.....	93
ANEXO I: Instrumento de recolección de datos.....	93
ANEXO II: Consentimiento informado.....	96

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Cáncer Cervicouterino constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. Representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial y 8% de las muertes por cáncer en mujeres.

METODOLOGÍA: La investigación se llevó a cabo en FES-C, estuvo constituida por 200 alumnas. Se utilizó un cuestionario que consta de 19 preguntas, valorada con la escala Likert, dividido en dos secciones, la primera sobre factores sociales e institucionales y el segundo sobre factores personales y familiares, con un alfa de Crombach de 0.707 %. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

RESULTADOS: Se encontraron cuatro factores importantes: En primer lugar, el desinterés por parte de las estudiantes de la FES-C, seguido de que no se han realizado la prueba por referencias de que la prueba es dolorosa, posteriormente porque sus padres desconocen que ya iniciaron vida sexual y por último por miedo a conocer el resultado.

DISCUSIÓN: En el estado de México son escasos los estudios que analizan los motivos o causas que interfieren para que las mujeres en edad fértil, acudan a realizarse la prueba de Papanicolaou. La información obtenida es muy semejante a los resultados obtenidos en otras investigaciones.

CONCLUSIONES: La detección oportuna es la mejor forma de combatir este padecimiento, mediante la prueba de Papanicolaou. Aunque la información es gratuita y explícita, las alumnas no tienen la confianza o el conocimiento del lugar a donde pueden acudir a aclarar sus dudas.

Palabras clave: Cáncer Cervico-uterino, Prueba Papanicolaou, Factores.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cervical Cancer is a public health problem worldwide and is the second neoplasm that causes more deaths among the female population. It represents 9% of malignant neoplasms in women worldwide and 8% of cancer deaths in women.

METHODOLOGY: The research was carried out in FES-C, it was constituted by 200 students. This is a questionnaire consisting of 19 questions, valued with the Likert scale, divided into two sections, the first on social and institutional factors and the second on personal and family factors, with a Crombach's alpha of 0.707%. The statistical package SPSS version 25 was considered.

RESULTS: Four important factors were found: First, the lack of interest on the part of the FES-C students, followed by the fact that they have not taken the test by references of the test is painful, later because their parents do not know that they have already started sexual life and finally for fear of knowing the result.

DISCUSSION: In the state of Mexico there are limited studies that analyze the reasons or causes that interfere with women of childbearing age, go to the Pap test. The information obtained is very similar to the results obtained in other investigations.

CONCLUSIONS: Timely detection is the best way to combat this condition, using the Pap test. Although the information is free and explicit, the students do not have the confidence or knowledge of the place where they can go to clarify their doubts.

Keywords: Cervico-uterine cancer, Pap test, Factors

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones pre malignas. Sin embargo, el CaCu constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina.

Este continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial (529 800 casos) y 8% (275 100 casos) de las muertes por cáncer en mujeres. En México, el registro histopatológico de neoplasias malignas del año 2003 mostró una incidencia de 24 094 casos de cáncer cervicouterino invasor y 14 867 casos de carcinoma in situ.

Sin embargo, gracias a la citología y a la histopatología se le puede detectar tempranamente y tratar oportunamente, reduciendo el impacto de esta enfermedad. Sumando a estas medidas, el panorama se torna más favorable al contar ahora con vacunas que prometen disminuir este cáncer, especialmente en los países que presentan el mayor número de casos.

La relación entre el cáncer cervicouterino y el virus de papiloma humano, propuesta a principios de los años 80's por el doctor Harald Zur Hausen, continúa siendo hoy explorada por diversos estudios.

Según la organización mundial de la salud, el cáncer cervicouterino es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300 mil muertes al año. El segundo de los casos corresponde a los países en vías de desarrollo y cerca de 500 mil casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 493 243 y de estos, 273 505 fueron decesos.

En México en el año 2002 se presentaron 12 512 nuevos casos de cáncer cervicouterino, de los cuales 5 777, el 46% de los casos fueron decesos.

Esta enfermedad fue la primera causa de muerte en las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros tipos de cáncer. La mayoría de las mujeres

que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edad de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cervicouterino. Casi todos (99.8%) Se deben a los tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual, que se denomina VPH.

En México, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, pasó de 18.9 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más en 2000 a 11.1 defunciones en 2013.¹

Como ya se mencionó anteriormente en las estadísticas, el cáncer cervicouterino tiene gran prevalencia en las mujeres mexicanas, por la baja prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou.

En la investigación realizada que lleva por título “Factores que influyen en alumnas universitarias para no realizarse la prueba de Papanicolaou” en la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán, tuvo por objetivo identificar aspectos socio culturales que influyen en las alumnas para no realizarse la prueba de Papanicolaou, la siguiente investigación está dividida en cinco capítulos.

CAPÍTULO I En este capítulo podremos encontrar la introducción al tema de investigación, el planteamiento del problema, pregunta de investigación, la justificación, los objetivos de la investigación y finalmente la hipótesis.

CAPÍTULO II Se desarrollaron aspectos teóricos, aspectos legales, aspectos culturales, antecedentes históricos, la epidemiología, conceptos claves de cáncer cervicouterino, la fisiopatología de la enfermedad, se describe detalladamente como se debe realizar de manera correcta la prueba de Papanicolaou.

CAPITULO III Se describirá el diseño metodológico, el tipo y nivel de investigación, la población y muestra, tipo de muestreo, criterios de inclusión, exclusión y de eliminación, las variables de investigación, operacionalización de variables, la descripción del instrumento de recolección de datos, también la descripción de la

prueba de validez y confiabilidad, así mismo sus aspectos éticos que será el consentimiento informado, finalmente el plan de análisis estadísticos.

CAPITULO IV Se darán a conocer los resultados de la investigación, así como las gráficas y el análisis de resultados.

CAPITULO V En esta parte se describe la discusión de los resultados, que nos permitirán demostrar o rechazar la hipótesis de la investigación, también incluye las conclusiones, recomendaciones y/o propuestas sobre el tema investigado, que permiten conocer y aclarar aspectos procedimentales llevados a cabo en la ejecución de la tesis, finalmente se encontrarán las referencias bibliográficas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la esperanza de vida al nacer para 2015, de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue de 76.7 años, siendo de 79.5 para las mujeres, lo que coloca al país en la octava posición en el continente americano.²

Si se considera que, con base en las proyecciones que realiza el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para 2017 había 123.5 millones de habitantes en el país, de las cuales hay 24.5 millones de personas (20% del total) que no son usuarias de servicios de salud. Lo anterior sin considerar aún la calidad del acceso a los servicios de atención que reciben.³

En México hay 2.4 médicos por cada mil habitantes. La disposición de enfermeras graduadas, son solo 12 por cada cien mil personas. Lo anterior contribuye a explicar que el número de consultas médicas en nuestro país sea de 2.7 por persona al año. Un médico mexicano brinda 1,147consultas al año.⁴

La carencia de acceso efectivo a la salud demuestra que hay, por supuesto, un problema de oferta y de infraestructura de servicios de salud, pero también de organización del propio sistema de salud que merece ser revisado. De hecho, distintos grupos de expertos, estudios e instituciones sobre la materia en México han puesto énfasis, desde hace una década, en la necesidad de articular un modelo de atención primaria. ⁵

Hablando acerca de la morbilidad y mortalidad en México, tenemos el siguiente panorama.

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardíacas y las cerebrovasculares, la cirrosis y el cáncer dominan el panorama de la mortalidad, particularmente entre los adultos mayores de 40 años.

Este panorama está íntimamente relacionado con los cambios en los estilos de vida y los factores a los que se encuentra expuesta la población en los últimos años.

En el caso de las mujeres la situación es muy similar, las primeras seis causas de enfermedad fueron las mismas que para los hombres, aunque el número absoluto

es mayor. Las diferencias que se dan en las primeras causas de enfermedad por sexo, son principalmente por la aparición de padecimientos propios de este género, como la vulvo-vaginitis aguda y la candidiasis urogenital.

La octava causa de enfermedad en ambos sexos fue la hipertensión arterial. Además, la novena causa en hombres fue la diabetes, que en el caso de las mujeres ocupó la posición 12, detrás de la obesidad.

Principales de mortalidad:

En la juventud (15 a 29 años), las primeras causas son externas, tanto en hombres como en mujeres: homicidios, accidentes de tráfico y suicidios. En este grupo se mantienen las leucemias y aparece el VIH/ SIDA.⁶

También comienzan a destacar las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia renal.

Entre los 30 y los 44 años se establecen panoramas diferentes por sexo. En hombres se mantienen los homicidios y los accidentes de tráfico, pero aparecen la cirrosis, la diabetes y las cardiopatías isquémicas, además del VIH/SIDA. En mujeres, la diabetes ya es la primera causa de muerte a esta edad y el cáncer de mama se ubica en la segunda posición. Los homicidios aparecen en tercera posición y el cáncer cérvicouterino sigue ocupando un destacado quinto lugar.⁷

A partir de los 45 años, el panorama comienza a ser dominado en ambos sexos por las enfermedades crónicas, aunque entre los hombres siguen siendo frecuentes las muertes violentas y las causadas por accidentes de vehículos automotores.⁷

En las mujeres, el cáncer de mama causa casi 5% de las defunciones entre los 45 y 64 años. Junto con las muertes por cáncer cérvico-uterino, ovario e hígado, suman más del 10% de las muertes en esta etapa de la vida.⁷

En mujeres de 15 a 29 ya se observan muertes por cáncer cérvico-uterino, mientras que en hombres de este segmento poblacional el cáncer testicular es la segunda patología maligna en términos del número de muertes que provoca.

Entre los 30 y 44 años, el cáncer de mama se posiciona como el que más muertes causa en mujeres, seguido del cáncer cervicouterino.

En las mujeres de 45 a 64 años de edad, el cáncer de mama alcanza su máxima frecuencia, con casi 1,000 muertes más que el cáncer de cervicouterino, que es el que le sigue.

En México, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, pasó de 18.9 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años o más en 2000 a 11.1 defunciones en 2013.⁸

De acuerdo a las cifras del Quinto Informe de Gobierno, la población que utiliza los servicios de salud ascendió a 98 millones de personas, de las cuales 50.8 millones estaban aseguradas por alguna institución de Seguridad Social y 47.18 millones eran población no asegurada.⁹

De acuerdo a los datos mencionados anteriormente, el cáncer cervicouterino tiene gran prevalencia en las mujeres mexicanas, he aquí la importancia de la prueba de Papanicolaou.

Tiene como objetivo el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cervicouterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado hasta un cáncer invasor.

Existe una baja prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou y entre los factores que se han encontrado relacionados con su limitado uso están el pudor, la falta de información sobre la utilidad de la prueba o la falta de consentimiento de la pareja.

En un estudio realizado en estudiantes universitarias de la República Mexicana menciona que la prevalencia en la utilización del método de Papanicolaou en mujeres de 20-50 años de edad ha sido relativamente baja: 127 de cada 100 mil

mujeres ha practicado esta prueba alguna vez y 145 de cada 100 mil no lo ha hecho.

10

Estudios realizados por el centro Nacional de equidad y género menciona que en 2015 hubo 291,637 muertes en mujeres, el cual el 13.9% fue por tumores malignos, entre ello, el cáncer de cuello de uterino represento un 9.9%.

El cáncer de cuello uterino es considerado un problema de salud pública. En México, desde el año 2006, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.¹¹

Otro dato alarmante es que México ocupa el primer lugar en el tema de embarazos en adolescentes, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Lo que nos refleja que en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. (ENAPEA).¹²

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores influyen en las mujeres de 18 a 30 años para no realizarse el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino?

¿Se tiene la educación de prevención en las mujeres mexicanas?

¿El nivel académico influye para realizarse chequeos médicos para detectar a tiempo una enfermedad?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América latina, con 68,818 casos anuales.

El 75% de las 28, 565 defunciones anuales por esta causa ocurren en México, Brasil, Colombia, Venezuela, Perú y Argentina.¹³

En México desde el 2006 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres con una incidencia de 23.3 casos por 100.000 mujeres.¹⁴

En 2014, se registraron 3063 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino con una tasa de incidencia de 6.08 por 100,000 habitantes mayores de 10 años.¹⁵

En México el cáncer cervicouterino es uno de las más frecuentes en mujeres mayores de 25 años.¹⁶

Existen diferentes factores que pueden llevar a una mujer a no realizarse pruebas de detección oportuna, es necesario hacer un análisis para identificar cuál de ellos es prevalente y con ello disminuir la incidencia de cáncer cervicouterino en las mujeres en edad reproductiva.

Algunos de ellos son:

- Acceso a servicios preventivos.
- Pudor y desconocimiento al procedimiento de Papanicolaou.

- Temor del procedimiento o al resultado.
- Falta de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino.
- Los valores socio culturales y psicológicos de las pacientes.

Como se menciona en el punto anterior, el aspecto preventivo, es fundamental para detectar a tiempo estas patologías, que cobra cada año más vidas de las mujeres mexicanas. Enfermería como una de sus tantas actividades, es la prevención, no solo de las mujeres que se acercan a los centros de salud, si no de las mujeres que están en la calle, en las casas e incluso en las escuelas, que desconocen a donde se pueden dirigir a tomarse estas pruebas.

Las alumnas de la FES-C, independientemente que están cursando una licenciatura, desconocen acerca de estos temas preventivos.

Al realizar esta investigación, la población femenina mostró mayor interés para realizarse esta prueba en la CUSI Almaraz, reflejado en el aumento del número de pacientes para realizarse esta prueba y preguntar al personal capacitado sobre las dudas que pueden surgir y que la información que les brindamos es fidedigna y la puedan trascender a sus demás compañeras, que como ellas, desconocían totalmente de este tema.

OBJETIVOS

General

Identificar los factores presentes en la población femenina universitaria para no realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Específico

- Determinar el nivel de conocimiento que tienen las estudiantes de FES-C campo 4 UNAM, sobre el CaCu.
- Identificar aspectos socio-culturales que influyen en no realizarse la prueba de Papanicolaou.

- Identificar los hábitos que con las que cuentan las estudiantes para la prevención de cáncer cervicouterino.
- Mostrar a las alumnas de la FESC la importancia que tiene la prueba de Papanicolaou.

HPOTESIS

Hi: El factor social e institucional es el que más se presenta para no realizarse la prueba de Papanicolaou.

Ho: El factor social e institucional es el que no se presenta para no realizarse la prueba de Papanicolaou.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

AUTOCUIDADO Y DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En un artículo realizado por Sosa¹⁷, menciona que el autocuidado es un concepto que se utiliza con facilidad, pero que requiere de una profunda reflexión sobre su uso en la vida cotidiana de la mujer

En la Teoría General de Enfermería de Orem, una de las construcciones teóricas es la que hace referencia a la teoría del Autocuidado en donde los pasos sistematizados de los cuidados dependen de las acciones deliberadas, enlazan la efectividad y continuidad, integran la regulación de la estructura, el funcionamiento y desarrollo humano como formas de cuidado necesarias para la continuidad de la vida. (Orem).¹⁸

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.

Varios son los factores de riesgo que contribuyen a la presencia del cáncer cervicouterino; Número de parejas sexuales, fumar, virus del papiloma humano, pero tiene particular importancia el estilo de vida; que incluye el manejo de estrés en el ámbito familiar y laboral, personalidad, manera de experimentar y resolver emociones, sentimientos; hábitos, costumbres, higiene, alimentación; algunos de estos asociados a los factores genéticos que aumenta la probabilidad de padecer dicha enfermedad.

En el mundo la mujer ha tenido el rol de cuidadora de otros, labró el modelo femenino de “ser para otros” versus “ser para sí”; el cual ha generado bajos niveles de auto concepto, autonomía y autoestima incluyendo la forma de asumir el Autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud (Collière).¹⁹

En este sentido la mujer mexicana se caracteriza por esta manera de ser y ha ido dejando huella con una serie de hechos nocivos para la asunción de su Autocuidado.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

En enfermería, la Teoría General de Dorothea Orem es la que aborda el Autocuidado; está integrada por tres teorías relacionadas:

- 1) La Teoría del Autocuidado que describe y explica el Autocuidado.
- 2) La Teoría del Déficit de Autocuidado que describe y explica las razones por las que enfermería puede ayudar a las personas.
- 3) La Teoría de los Sistemas de Enfermería que describe y explica las razones necesarias para establecer y mantener la enfermería.

Entre los principales conceptos de esta teoría general están: el Autocuidado, los Requisitos Universales de Autocuidado, los Requisitos de Autocuidado Relativos al Desarrollo y los Requisitos de Autocuidado de las Alteraciones de la Salud.

Los Requisitos Universales de Autocuidado son comunes para todos los seres humanos e incluyen: la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener el cuerpo y la función humana, los que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración.

Orem también considera los Requisitos de Autocuidado de las Alteraciones de la Salud. En este apartado incluye el término enfermedad, entendida no solo como la afección a las estructuras y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino al funcionamiento integral del ser humano comprendiendo también lo espiritual.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder

a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda.

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.

4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.²⁰

El siglo XX, representa en la historia del hombre la época de los grandes avances tecnológicos y científicos, pero también, es un momento histórico, en que aparecieron enfermedades que han sido devastadoras para su desarrollo y evolución.

El cáncer cervicouterino a nivel mundial produce pérdidas femeninas diariamente. En México es una de las primeras causas de muerte en la mujer, y aunque se conocen los factores predisponentes, el personal profesional de salud no ha influido de forma significativa en el sexo femenino para que ponga más atención en el cuidado de sí, sobre todo en la promoción de su salud.

Se han tenido logros para que las mujeres acudan a las instituciones de salud para la toma del Papanicolaou, pero eso no es suficiente, solo es una pequeña parte del todo. El cáncer cervicouterino es una enfermedad crónica, agresiva, que debe ser tratada como tal, dicha enfermedad no solo lesiona a la mujer en lo físico, lo biológico, económico, psicológico y espiritual, sino también en su entorno familiar, en la relación con su pareja, de ahí la importancia de identificar las prácticas del cuidado de sí mismas que realizan las mujeres que la padecen.

El Autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar (Marriner & Raile).²¹

Analizando este concepto, lo primero que refleja es que el Autocuidado es responsabilidad del ser humano por sí mismo, del cultivo de sí, haciéndose énfasis en valorar la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo.

El Autocuidado debe ser guiado a un objetivo, el propósito puede estar dirigido a la vida, al cuerpo, a la salud o a otro tipo de aspecto que tenga un importante significado para la mujer o el hombre.

En México tenemos una población profundamente miedosa para vivir, por tal razón las personas construyen y cultivan sus miedos en el cuerpo, sea en síntomas o padecimientos que los mantienen ocupados y dan la imagen de personas capaces de vivir con nuevos padecimientos, raros por cierto para la etiología alópata (López).²²

El Autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico.

Por otro lado, el concepto menciona que el Autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida. Pareciera ser que el ser humano comienza a cuidarse cuando hay una situación que afecta su vida cotidiana, su vida emocional, su vida de relación, o bien puede sentir que lo que lo está afectando no tienen solución, por lo que no es necesario cuidarse, solo hay que esperar a que pase lo que tenga que pasar.

El cáncer cervicouterino como enfermedad que afecta sensiblemente a la mujer a partir de que el médico le da el diagnóstico, produce en ella como primera impresión que se puede morir en corto tiempo. Comienza una etapa de mayor sufrimiento.¹⁷

ESTUDIOS PREVIOS DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

En 1917, George Nicholas Papanicolaou médico griego realizó investigaciones utilizando el frotis vaginal para estudiar la fisiología del ciclo menstrual en animales. En 1925, Papanicolaou inicia estudio de la citología hormonal en la gestante. La aplicación de la citología se dio en diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Hans y Hinselmann en 1925 Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo prueba de lugol en el examen del cérvix uterino. El gran mérito de George Papanicolaou fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionada con el cáncer cervicouterino. Leopold Koss, en 1956, descubrió una célula que nombró coilocito, y Alexander Meissels, en 1970, afirmó que esta célula es patognomónica de la infección por papiloma virus. James Reagan, en 1958, introduce el término de displasias, discriminándola en leve, moderada y severa y Richard, en 1967, propone el término de NIC (neoplasia escamosa) grado I, II, III y el carcinoma in situ.

En dos estudios realizados por Nasie, en 1983, observaron durante 12 años a más de mil mujeres con diagnóstico NIC I-II y encontraron que las lesiones de NIC I regresaron en 62% de los casos en un tiempo aproximado de 39 meses, 16% progresaron a displasia moderada o carcinoma in situ y 22% persistieron sin modificaciones. En las mujeres con NIC II, en el 54% desaparecieron las lesiones y en el 30% progresaron.

En México, Ruiz y García 1985 indicaron el tiempo de evolución de las lesiones, utilizando la moda de la edad de las pacientes, así, en NIC I la moda fue de 35.5 años NIC II de 39.5 años, NIC III de 42 años y carcinoma invasor 49 años; lo que puede indicar que la evolución de la lesión desde NIC I hasta carcinoma invasor requiere de 14 años, aproximadamente.²³

En estudios recientes se menciona que el Cáncer Cervicouterino (CaCu) es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir según la OMS, debido a que su desarrollo es gradual. Al estar precedido durante meses o años por una serie de

neoplasias, cuya evolución puede evitarse con la realización periódica de la prueba de citología cervical. Por lo tanto, es importante determinar cuáles son los factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y cognitivos que influyen en la práctica de la misma.

Los factores principales para no realizarse el examen de detección oportuna de CaCu son el sentimiento de pena y la falta de información y difusión. La correlación entre si conocían el programa, la escolaridad y preguntas específicas sobre la realización del Papanicolaou, así como el conocimiento sobre el tiempo de realización entre cada cuándo o no se debe realizar la prueba, muestran que no lo conocen; menciona Cerpa Padilla en su investigación sobre los “Factores psicosociales en mujeres de 25 a 59 años de edad para no acudir a realizarse el examen de detección oportuna de CaCu en la población adscrita a la UMF N.21 del IMSS Sinaloa”. [2011]. Y que esto debido a que las mujeres siguen sintiendo pena y angustia al realizarse la prueba de Papanicolaou, por otra parte, se tiene la creencia de que la prueba es dolorosa o que puede provocar alguna infección. Así como también la influencia de la pareja y el miedo de conocer el resultado.²⁴

Con relación a los factores ya mencionados antes; la autora de la investigación sobre el “Nivel de conocimiento sobre el CaCu en mujeres de 15 a 49 años de edad, en la UMF N. 34 De Tulancingo Hidalgo”, Gonzales Rangel [2017], menciona haber realizado una entrevista con instrumento tipo cuestionario de 21 preguntas cerradas con alternativas múltiples y dicotómicas, así como una pregunta abierta. Esto para determinar el grado de conocimientos básicos sobre el CaCu, con previa autorización mediante la firma del consentimiento informado. Fueron 374 mujeres las que participaron en esta investigación. De las cuales el 55.6% obtuvo un nivel de conocimiento medio, que correspondió a un mayor número de mujeres en edad fértil. El 31.3% obtuvo un nivel alto de conocimiento y el 13.1% un nivel bajo. Manteniendo la curva de normalidad con una media de 9.94, una moda de 9, mediana de 10 y desviación estándar de 2.9. Obteniendo así un valor de Rho calculado de 0.226 y un valor de $p=0.000$. Por lo tanto, el número de mujeres con niveles de conocimiento bajos y medios superan a las de alto conocimiento.²⁵

Por otro lado, en un estudio realizado por Cuevas Villagómez, sobre los “Factores asociados a la no realización del Papanicolaou de mujeres en edad fértil en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE del DF”. [2016] Se tomó una muestra aleatoria a conveniencia a mujeres de 18 a 50 años de edad, al cual se le aplicó una encuesta similar a lo ya antes mencionado dando como resultados que el 53.8% de las mujeres sabía que la prueba de Papanicolaou se realizaba cada año, mientras que el 13.3% Sabía que la prueba se realizaba cada 6 meses, y el 12% sabía que cada 3 años después de 2 exámenes anuales normales consecutivos. Sin embargo, otra de los ítems del instrumento era que, si su pareja tenía que estar de acuerdo con el procedimiento, dando como resultado en un 92.7% que sí tenían que estar de acuerdo, y sólo el 7.3% dijo que no. No obstante, el que no hayan estado de acuerdo sus parejas, fue debido a que la persona que realizaba el estudio era varón o que temían del resultado.²⁶

También se hizo una investigación acerca de los “Conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres adolescentes de la UMF N. 33 El Rosario”, llevado a cabo por Moral Reyes [2017]. El estudio se realizó en el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco; con una muestra de 250 adolescentes femeninas de 15 a 19 años de edad, cuyos padres y ellas dieron su consentimiento para participar en el estudio. El instrumento contó con 10 ítems con una puntuación final de 20 puntos donde; de 14-20 puntos era una puntuación de conocimientos alta, de 7-13 conocimientos regulares y 0-6 conocimientos bajos. Dando resultados de; 10.8% (27 mujeres) con conocimiento alto, 66% con conocimiento regular (165 mujeres) y 23.2% (58 mujeres) con conocimientos bajos. Cabe destacar que la actitud ante la prueba 107 mujeres, es decir, el 42.8% mostraron una actitud favorable, mientras tanto el 54%, 135 mujeres se mostraron indiferentes hacia la prueba y el 3.2% con 8 mujeres tuvieron una actitud desfavorable.²⁷

Sin embargo, el factor de conocimiento no es el único que aborda esta investigación. Becerril Guevara [2017] en su trabajo de la “Frecuencia de factores de riesgo en pacientes con CaCu del hospital de Gineco-pediatra 3ra del IMSS” presenta un

análisis registrando variables demográficas, estado civil y escolaridad, así como también algunos antecedentes personales no patológicos y Gineco- obstétricos.

Se obtuvo en los resultados que, de los 62 expedientes revisados; el 37.1% (28) tenían escolaridad hasta secundaria y primaria con un 22.6% (14); Con ocupación de empleada con 53.2% (33) ama de casa de 45.2% (28); Estado civil: casada con un 38.7% (24) y soltera con un 24.2% (15); Que fueran originarias de la CDMX y zona Metropolitana con un 88.7% (55). El 100% son residentes del medio urbano. Todos estos siendo los datos más relevantes de las encuestas.²⁸

Por otro lado su investigación abarca el tema de tabaquismo, donde, en un 22.6% (14 mujeres) estuvo presente ese hábito con un máximo de 38 años de edad y un consumo de 15 cigarrillos al día. Hernández Millan en su investigación "Level of knowledge and risk factors predisposing Cuenanayagua women to cervical- uterine cáncer" [2016], estudió a una población femenina de entre 25 y 59 años de edad con cáncer cervicouterino donde encontró que el 80.39% de las mujeres habían tenido el hábito del consumo de cigarrillos, y el 33.33% presentó infección de Virus de Papiloma Humano.²⁹

Así mismo, Becerril Guevara en su estudio menciona que el 100% no especificó tener antecedente de alguna vacuna contra el VPH.²⁸

Aun así su inicio de vida sexual promedio fue de 18.02 \pm 3.221 y máximo de 29 años, con un 87.1% (54 mujeres) de 15 a 24 años de edad.

Finalmente, en un estudio realizado por Carmona Ramos, llamado "Factores asociados a la baja detección de cáncer cervicouterino por medio de la prueba de Papanicolaou, México, DF" [2010]. De un total de 300 cuestionarios que aplicaron para la investigación, el 42% se han realizado la prueba de Papanicolaou en más de 2 ocasiones; el 36% menciona que sólo una vez y el 22% nunca se ha realizado la prueba.³⁰

En otras palabras, se necesita concientizar más a la población sobre el Cáncer Cervicouterino, su prevención, tratamiento y consecuencias de la misma. De esta

forma intervendremos en nuestra población para determinar el grado de conocimientos y tipo de información que tienen a cerca de esta patología, para así determinar la causa o el motivo del poco apego a la prueba de Papanicolaou y de esta manera ayudar en la solución de dudas de las usuarias para animarlas a seguir haciéndose esta prueba de detección oportuna.

MARCO CONCEPTUAL

Alumna: Persona que recibe enseñanzas de un maestro o que sigue estudios en un centro académico.

Factores: Elemento, circunstancia, influencia que contribuye a producir un resultado.

Prueba de Papanicolaou: Es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y pre cáncer.

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados.

Cáncer cervico-uterino: Tumor maligno que se inicia en los tejidos cuello del uterito

FISIOPATOLOGÍA

Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre una displasia leve hasta el cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad.

De acuerdo con la historia natural del cáncer cervicouterino, la edad promedio en la que se detectan las lesiones más frecuentes es:

- Displasia leve lesión de bajo grado (NIC 1), de 20 a 30 años.
- La lesión de alto grado, displasia moderada (NIC 2) y displasia severa (NIC 3) de 25 a 45 años con relación a la detección de casos positivos.
- El cáncer in situ es más frecuente entre los 40 a 45 años.
- El cáncer micro invasor entre los 45 a 50 años.
- El invasor de los 50 años en adelante.³³

Tipos anatomopatológicos

El cáncer de cérvix puede ser de dos tipos según su origen: los originados del epitelio cilíndrico endocervical, adenocarcinoma (carcinoma glandular) que aparece

de 3 a 5% de los casos; y el más frecuente que está presente en arriba del 95% de las pacientes y qué es lo que se origina del epitelio poliestratificado del ectocervix, carcinoma epitelial (escamoso) o epidermoide.

Como en todos los epitelios, en el cérvix, se han descrito desde el punto de vista anatómico una serie de cambios histológicos que se han considerado como lesiones precancerosas de las cuales las más comunes son las siguientes: displasias, metaplasia de células escamosas, hiperplasia de células basales, epidermización, etc. Por otra parte, en los casos en los cuales ya existe el tumor, se encuentran fácilmente las alteraciones histológicas propias de los carcinomas cómo son: Arquitectura celular desordenada (pérdida de la polaridad), cambios de forma y tamaño celular (pleomorfismo), cambios de forma y tamaño del núcleo, tinciones exageradas del mismo (hipercromía), alteraciones en la relación núcleo citoplásmica, frecuentes mitosis vacuolizaciones del citoplasma, distribución irregular de la cromatina, multinucleación, mitosis atípicas, etc. Desde el punto de vista de la morfología celular el carcinoma puede estar compuesto por células bien diferenciadas, que son semejantes a las células del epitelio estratificado que les dio origen, o por las células no diferenciadas que recuerdan elementos embrionarios. En tratándose del adenocarcinoma (del endocervix), se encuentra una disposición glandular atípica muy distinta del aspecto y distribución ordenada de las glándulas cervicales normales, en algunos casos el contraste de lo normal es moderado, en otros por el contrario la disposición glandular es muy abigarrada. Esta misma puede referirse en relación a las anomalías de las células, variando desde pequeñas anomalías, hasta transformaciones completas.

Ahora bien, en relación al grado de invasión es verdaderamente importante el diferenciar el cáncer no invasor o "in situ", que permanece confinado durante largo tiempo dentro del epitelio antes de invadir el estroma. El tipo clásico de este carcinoma "intraepitelial" está constituido por células inmaduras, pequeñas, con citoplasma muy escaso y que ocupan todo el espesor del epitelio. El proceso también puede interesar las glándulas cervicales, pero sin romper la basal, ni penetra el estroma. En esto es lo que se diferencia el cáncer ya invasor, en el cual

el tumor ha rebasado ya dicha capa basal, es decir el epitelio normal se introducen en el estroma, al principio como pequeñas venas y posteriormente como largas columnas que semejan las raíces de un árbol.

Diseminación

La propagación de carcinoma se hace por tres vías: Directa o por contigüidad hacia las estructuras vecinas (cuerpo, vagina, parametrio, tejido celular pélvico, etc.). Por vía linfática, hacia los ganglios regionales y distantes. Las estaciones linfáticas invadidas más tempranamente son las del parametrio, los obturadores, los iliacos externos los iliacos internos; más tarde atacan los iliacos primitivos y los aórticos. Por vía sanguínea (que es la menos frecuente) extendiéndose a órganos pélvicos distantes y a tejidos extra pélvicos. Las metástasis extra pélvicas sólo se observan en un 10% de los casos.

CUADRO CLÍNICO

Por ser un órgano accesible fácilmente el examen, se podría pensar que el diagnóstico temprano de una neoplasia de este tipo sea muy fácil y que se haga aparente desde los estadios iniciales; sin embargo, la realidad es otra, la sintomatología y signología del cáncer cervicouterino es mínima y no específica. Cuando se hacen aparentes, o inspección macroscópica o por la presencia de síntomas persistentes como el sangrado, la leucorrea fétida y el dolor, desgraciadamente la invasión de los tumores notables y casi siempre corresponde etapas muy avanzadas.

El carcinoma intraepitelial básicamente es asintomático. en los estadios invasores iniciales, puede presentarse un sangrado como manifestación temprana, en la mayoría de los casos del tipo intramenstrual y relacionado al coito y al esfuerzo, ocasionándose también por contacto al practicar relaciones sexuales, examen ginecológico, irrigaciones vaginales, etc.; hay que hacer notar que este tipo de sangrado también se presenta en los procesos benignos, en los que hay pérdida del epitelio, como son las simples erosiones cervicales. Las verdaderas hemorragias o sangrados intensos, sólo aparecen en los estadios avanzados.

Otro síntoma es la leucorrea, igualmente es similar a la de los procesos inflamatorios benignos del cérvix y vagina, por lo que tampoco es patognómica. No tiene características especiales excepto cuando el cáncer está más avanzado, en la que ya cambia su color a café o rosáceo, como el agua que se emplea para lavar carne, sólo se hace fétido y lleva detritos necróticos de restos del tejido tumoral. Los dolores igualmente sólo aparecen estadios terminales y casi siempre por invasión a los órganos vecinos o distantes.

A la exploración física fuera de la imagen clásica de la cervicitis crónica, es difícil encontrar alguna otra patología en las etapas iniciales, es más, muchas veces el cérvix es aparentemente normal. cuando existen la erosión del epitelio (úlceras), se produce sangrado al contacto del espejo o la torunda de algodón. En estadios más avanzados puede apreciarse la aparición de una tumoración en forma Vegetal (como coliflor), cuando la neoformación es exofítica o notas de pérdida de sustancia fijeza y endurecimiento cuando es endofítica. En ambos casos, las lesiones son muy friables y deleznales. Cuando el cáncer ha avanzado más y ataca los órganos vecinos, así como el tejido linfático pélvico, los datos exploratorios que se recogen, son de la presencia de tumor en esas partes.

En las etapas finales, cuando hay metástasis a distancia, aparece la sintomatología correspondiente a los órganos afectados (en una intensidad de acuerdo a la magnitud de la extensión), así por ejemplo si hay metástasis pulmonares, habrá síntomas y signos respiratorios y las imágenes radiológicas demuestran la presencia del tumor.

El cáncer cervicouterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas “displasias” las cuales se clasifican por el Sistema Bethesda como anomalías en células epiteliales:

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) incluyendo infección por virus del Papiloma humano/ displasia leve NIC 1, y en lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG) incluyendo en estas categorías a la displasia moderada, grave y el cáncer in situ (NIC 2 y NIC 3) y por último carcinoma epidermoide invasor.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Hay que hacer conciencia pública de la utilidad que tiene la detección oportuna del cáncer ginecológico y la necesidad que tiene toda mujer periódicamente (al menos cada año) deba hacerse examinar, para descubrimiento inicial de este tumor (en tiempo que sea totalmente curable). Este reconocimiento debe de incluir un examen ginecológico completo. ***Ninguna mujer debe morir de cáncer cervicouterino si se somete a revisión periódica en manos de un ginecológico calificado y responsable.***

- Citología vaginal exfoliativa (Prueba de Papanicolaou)

Consiste en la obtención del material conectado en el fondo del saco vaginal posterior, mediante una pipeta de cristal o el extremo de un abatelenguas: así como en el raspado del exocervix hecho en forma circular, especialmente en la unión de los dos epitelios, por medio de un abatelenguas, o de la espátula de ayre.

con el material extraído se hace una extensión sobre un portaobjetos el cual debe fijarse de inmediato introduciéndolo en una solución a partes iguales de éter y alcohol en alcohol puro de 95° o simplemente con la aplicación de un spray sin laca para el cabello. estas laminillas son posteriormente coloreadas o teñidas por las técnicas de Papanicolaou o la de Shorr, para hacer vistas al microscopio y descubrir la presencia de células anormales.

El reporte citológico se clasifica en 5 tipos o grupos:

1. Cuando hay una ausencia de células anormales.
2. En la que se encuentran algunas células atípicas, pero sin caracteres de malignidad.
3. En las cuales hay ciertas alteraciones celulares de probable origen inflamatorio, pero en las que no se pueden descartar por completo un origen tumoral.
4. En estos casos las alteraciones celulares son probablemente de origen tumoral, aunque es posible que sean de origen inflamatorio, es un cuadro sospechoso de malignidad.

5. Cuadro indicativo de malignidad, las alteraciones celulares nos muestran casi con seguridad la existencia de cáncer.

- Prueba de Schiller

Consiste en la pincelación del cérvix con soluciones yoduradas (Lugol); el yodo se combina con el glucógeno presente en el epitelio estratificado por lo que este se tiñe de un color caoba en toda su extensión (prueba de Schiller negativa). Cuando no hay glucógeno por no haber epitelio la mucosa parece con el mismo color que tenía antes de teñir (prueba de Schiller positiva).

Este test No indica la presencia de tumor, sino solamente una anormalidad en el epitelio, ya que lesiones como la erosión, el ectropión, la atrofia y la metaplasia, también dan prueba positiva. Por lo tanto, esta prueba se utiliza para dirigir la toma de una biopsia, o como complemento del estudio colposcópico.

- Colposcopía y colpomicroscopía

El colposcopio permite visualizar con el aumento de 10 a 40 veces el epitelio cervical, para que con un entrenamiento adecuado distinguir las alteraciones anormales en zonas muy pequeñas y en estadios muy tempranos, así como en confirmar la benignidad de algunas lesiones de carácter bien definido y evitar la realización de biopsias inútiles. Su beneficio principal es pues, conocer cuándo debe de hacerse una biopsia y dirigir esta forma mucho más acertada.

El examen colposcópico se lleva a cabo colocando la mujer en posición ginecológica, introduciendo un espejo de preferencia bruñido para reducir los reflejos de la luz introduciendo a través de él, el colposcopio. se hacen tres tipos de observaciones: observación directa, observación después de la embrocación del ácido acético al 3% para eliminar el moco cervical, y observación después de haber hecho la prueba de Schiller.

- Biopsia

Un diagnóstico citológico del cuerpo escópico de malignidad, siempre debe ser confirmado por una biopsia. El estudio histológico es el único que nos va a dar

certeza diagnóstica. La biopsia simple debe ser practicada sólo cuando hay una lesión visible, por inocua que este pueda parecer o dirigida por la colposcopia o la prueba de Schiller. Todas las biopsias únicas, deben ser llevadas a cabo con pinza sacabocados especiales para biopsia cervical y fijarse en formol.

- Conización

La extracción de un cono completo que contenga exo y endocervix, debe efectuarse en casos de citología sospechosa o positiva en ausencia de lesión visible, o cuando una biopsia previa ha hecho el diagnóstico de carcinoma "in situ". Por medio de un bisturí, se practica un corte en forma de cono más o menos profundo, que abarca el exocervix y casi todo el canal endocervical. La hemostasia y el recubrimiento de la zona cruenta se hace con puntos Stundorf o Bialeky, completándose con puntos sencillos laterales. Hay que comprobar al final la permeabilidad del canal cervical neoformado. El cono extirpado después de fijarse en formol, debe ser dividido con pequeños cortes para ser estudiado en su totalidad.

El examen histológico de la biopsia de la conización, no será el diagnóstico definitivo no sólo de la presencia o no de tumor maligno sino sobre todo de su extensión local es decir si es pre invasor ("in situ"), microinvasor o ya plenamente invasor. Esto es muy importante para el pronóstico y el tipo de manejo que se llevará a cabo.

ESTADÍOS CLÍNICOS

I Tumor confiando al cuello uterino.

IA Tumor con invasión diagnosticado por Patología con una profundidad máx. de 5mm medida desde la capa basal y una extensión horizontal menor o igual a 7mm.

IAI Invasión estromal menor o igual a 3mm y extensión horizontal menor o igual a 7mm.

IA2 Invasión estromal mayor de 3mm pero menor a 5mm, y extensión horizontal menor o igual a 7mm.

IB Tumor clínicamente visible confinado al cérvix o etapas pre- clínicas mayores al estadio IA.

IB1 Lesión clínicamente visible menor o igual a 4cm en su dimensión mayor.

IB2 Lesión clínicamente visible mayor de 4cm en su dimensión mayor

II Tumor que se extiende más allá del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.

IIA Tumor que invade fondos de saco vaginal sin invasión parametrial.

IIA1 Tumor menor de 4cm

IIA2 Tumor mayor de 4cm

IIB Tumor con invasión parametrial, sin llegar a la pared pélvica.

III El tumor se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.

IIIA El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.

IIIB El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.

IV El tumor se extiende fuera de la pelvis o presente involucro comprobado por biopsia de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se considera enfermedad metastásica.

IVA El tumor invade a la mucosa de la vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.

IVB Metástasis a distancia.

TRATAMIENTO

El tratamiento será normado de acuerdo al EC, en las etapas tempranas el tratamiento ideal es el quirúrgico. Para aquellas pacientes en EC IA1 los

tratamientos varían desde la conización cervical hasta la histerectomía tipo I, como resultado se obtiene una curación del 99 al 100%. En el caso de las pacientes con EC IA2 a IB1, a quienes se les realiza histerectomía radical tipo III, el porcentaje de curación llega a ser de 85% a 90%. Las recurrencias en estas pacientes son del 10% a 25%, las cuales se presentan hasta en el 64% en los primeros 2 años (6,8-14), y los sitios de presentación de recurrencias son: en la pelvis (60%), en la pelvis y a distancia (20%) y solamente a distancia (20%) (9,13).

Existen otras opciones de manejo para estas etapas, por ejemplo, la traquelectomía radical que se reserva para pacientes con deseos de conservar su capacidad reproductiva, con tumores centrales, menores a 2 cm con histología epidermoide y sin permeación vascular linfática (PVL) páusicas, por lo que la trasposición quirúrgica de los ovarios es una alternativa para las pacientes que recibirán esta modalidad de tratamiento.

La histerectomía tipo III se considera el tratamiento de elección hasta el EC IIA1; en el Instituto Nacional de Cancerología de México este procedimiento se reserva para las etapas IA2 a IB1. Es de importancia mencionar que su uso ha sido reportado aún en etapas más avanzadas tales como la IIB e inclusive la IIIB en algunos centros, sobretodo precedida de tratamiento neoadyuvante con quimioterapia.³²

PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Material y equipo

- ✓ Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical
- ✓ Portaobjetos (Se anota usuaria y fecha)
- ✓ Lápiz marcador
- ✓ Espátula de Ayre modificada
- ✓ Hisopo
- ✓ Espejo vaginal
- ✓ Guantes
- ✓ Fijadores
- ✓ Mesa de exploración
- ✓ Fuente de luz
- ✓ Mesa de mayo

Toma de muestra

Para garantizar una adecuada atención a la usuaria se deben tener en cuenta:

- ✓ La privacidad en la atención.
- ✓ La disponibilidad de insumos y equipo necesario.
- ✓ La orientación y la consejería es informar previamente a la mujer sobre el procedimiento a realizar.
- ✓ El consentimiento informado de la usuaria.
- ✓ La capacidad técnica para el procedimiento por el prestador del servicio.
- ✓ La calidez en la prestación del servicio.

Preparación de material y equipo

- ✓ Rotulado de la laminilla en el tercio superior de la laminilla, las iniciales de apellidos y de nombre(s) de la usuaria y fecha de toma y número de citología.
- ✓ Colocación de la usuaria (posición ginecológica).
- ✓ Colocación de guantes y cubrebocas.

TÉCNICA PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

1. Valoración ginecológica: Inspección de los genitales externos buscando lesiones macroscópicas. (Fig. 1)



Fig. 1

2. Colación del espejo vaginal; Se debe evitar el empleo de lubricantes, aceites y jaleas.

Tomar el espejo estéril, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique. Con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separa los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal. Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45° o en forma vertical 90° con relación al piso de la vagina. Girarlo presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo; para abrir la valvas introducirla un poco más hasta localizar el cérvix, sin lastimarlo. Se recomienda lubricar el espejo con solución fisiológica para introducirlo con mayor facilidad y evitar daño. (Fig. 2)

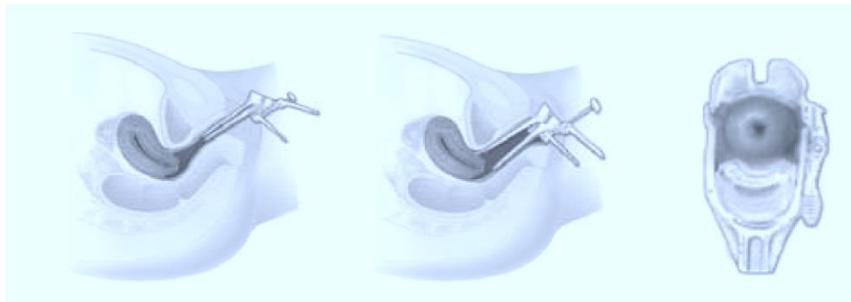


Fig. 2

En caso de existir secreción o sangre separarla cuidando de no tocar el epitelio del cuello ya que de no hacerlo, sería una muestra inadecuada.

3. Toma exocervical: Deslizar la espátula de Ayre por el extremo bifurcado y colocarlo en el orificio cervical. Girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical. (Fig. 3)



Fig. 3

4. Toma endocervical: Introducir la espátula por la parte cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360°. (Fig. 5)



Fig. 5

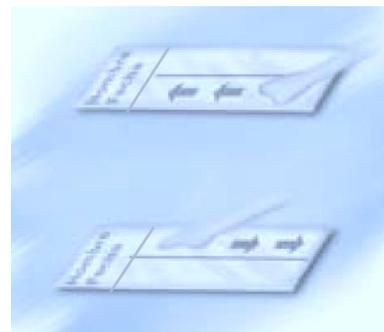


Fig. 4

5. Técnica de extendido: Tomar la muestra endocervical y extenderla en la laminilla de manera longitudinal de forma continua, delgada y uniforme, con dirección a los datos de la paciente, de lado izquierdo. (Fig. 4)

Tomar la muestra de exocervix y extenderla en la laminilla de manera longitudinal de forma continua, delgada y uniforme, con dirección contraria a la muestra de endocervix, de lado derecho.

6. Fijar con Solución fijadora para citología, colocando la laminilla a 30 cm de distancia, roseando una ligera capa.
7. Retirar el espejo lento y suavemente, revisando las paredes vaginales hasta el introito y observando si hay lesiones.³³

EPIDEMIOLOGÍA

“En México tenemos entre 4 mil y 6 mil casos al año de cáncer cervicouterino (CaCu), y al día fallecen entre 11 y 13 pacientes”, alertó la doctora Lucely del Carmen Cetina Pérez, investigadora del Instituto Nacional de Cancerología en el Seminario Permanente de Género y Salud, organizado por el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina.³⁴

El cáncer de cuello uterino es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados, anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo.

Esta neoplasia es un problema de salud pública, que pese a ser un modelo de prevención del cáncer, es la segunda causa de cáncer más común en México y la tercera causa de muerte en todo el mundo. Constituye el 9% (529,800) del total de nuevos casos de cáncer y el 8% (275,100) del total de muertes de mujeres por cáncer en el 2008.³⁵

Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino ENSANUT MC 2016, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, se demuestra un aumento en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos.

En la población adulta mayor de 20 años de edad, la prevalencia combinada del sobrepeso y la obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016, este aumento es de 1.3 puntos porcentuales. En mujeres adultas, se observa un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia combinada es de 75.6% y en hombres la prevalencia combinada es 69.4% en 2016.³⁶

En otros estudios menciona que las ITS son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH.

Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.³⁷

La organización mundial de la salud nos menciona los siguientes datos relevantes:

- Las mujeres son más longevas que los hombres. En 2016, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74,2 años para las mujeres y de 69,8 años para los varones.
- Sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres, que utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo los de salud reproductiva.
- Las enfermedades no transmisibles, que siguen siendo la principal causa de muerte en el sexo femenino, causaron 18,9 millones de defunciones de mujeres en 2015.
- Las enfermedades cardiovasculares son las que provocan el mayor número de defunciones entre las mujeres. Por lo que respecta al cáncer, el de cuello uterino y el de mama son los más frecuentes.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y ello en todas las partes del mundo; todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios,

donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado.³⁸

ASPECTOS LEGALES

Comenzamos con el artículo 4° de la constitución mexicana, que nos menciona que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”³⁹, así lo confirma la OMS mencionando lo siguiente:

- ✓ “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”
- ✓ El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.
- ✓ Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición.⁴⁰

Por ello en México, La Secretaria de Salud ha implementado estrategias que permitan a las mujeres el acceso gratuito a la prueba de detección oportuna de CaCu, (Papanicolaou) y es por eso que da varias recomendaciones

- Acude a la unidad de salud más cercana, para que te hagan la prueba de Papanicolaou.
- No olvides regresar por tu resultado ya que, si existe algún problema, el personal de salud te orientará e informará de lo que debes hacer.
- Si no tienes tu Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años solicítala.
- Si tienes 60 años o más, solicita la Cartilla del Adulto Mayor, y pide te registren fecha de tu Papanicolaou y resultado.
- Sigue las recomendaciones médicas y cuida tu salud.⁴¹

Por lo tanto, en 1994 se creó la Norma Oficial Mexicana 014, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.

Que menciona lo siguiente:

La prevención primaria y secundaria se llevará a cabo por medio de la vacunación y de la citología cervical, respectivamente, éstas serán gratuitas en las unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

La prevención primaria establece premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo e incluye el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino.

En la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares, tomando como referencia lo establecido en esta Norma en materia de prevención, pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado y del cáncer cervicouterino.

Mediante la consejería, se debe asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado.

La consejería se deberá dirigir a las mujeres con los siguientes factores de riesgo:

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmuno-deficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico.⁴²

Un dato alarmante es que México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial y de manera particular, siendo un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia. Se modificó en 2017 la Norma Oficial Mexicana 008, para el tratamiento integral del sobre peso y la obesidad.

Dado que estas condiciones se relacionan con la susceptibilidad genética, con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos; que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama y cervicouterino, endometrio, colon, próstata, entre otros padecimientos.⁴³

A cerca de la planificación familiar la Norma Oficial Mexicana 005, establece que la información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.⁴⁵

Así mismo la Norma Oficial Mexicana 039, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, nos habla que la prevención de las ITS se debe llevar a cabo en toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de estas infecciones, además de llevar a cabo acciones más específicas y frecuentes dirigidas a la población en general y, en particular, a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables.

Prestar servicios de prevención, consejería y asistencia de ITS en el contexto, de planificación familiar y detección oportuna de cáncer y en los servicios especializados de VIH/SIDA.⁴⁵

Relacionado con los grupos vulnerables de riesgo, se encuentra la Norma Oficial Mexicana 047, para la detección a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.

Desde la perspectiva de la salud pública en nuestro país, existe una ausencia de normativa específica para determinar los mecanismos que lleven a preservar la salud durante esta etapa del desarrollo humano a fin de establecer hábitos y estilos de vida que promuevan que quienes integran el Grupo Etario, tengan amplios márgenes de seguridad de cursar una vida adulta y una senectud, lo más saludable posible.

Quienes se ubican en el rango de edad del Grupo Etario, se exponen a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por lo que es factible que adquieran hábitos que requieren intervenciones específicas de los sectores público, privado y social, para atender los déficits que se presentan a su salud; las condiciones que afectan su estado de nutrición, como el sobrepeso, obesidad, bajo peso y conductas alimentarias de riesgo, con las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, la hipertensión arterial y los accidentes cerebro vasculares; así como, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias psicoactivas; el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida; la violencia física, sexual o emocional, las acciones de daño físico auto infligido y los accidentes, son los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida activa y saludable.

El personal de salud que proporciona atención en salud sexual y reproductiva a la población del Grupo Etario implementará estrategias para dar a conocer al Grupo Etario los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y

prevenir las ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón.⁴⁶

MARCO CULTURAL

El cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar en tasas de incidencia a nivel mundial. Más del 85% de la carga global ocurre en países en desarrollo; aproximadamente 15% de nuevos casos en Latinoamérica. Se estima que para el año 2020 habrá un aumento del 41% de casos de cáncer cervicouterino en esta región. En la actualidad, la población tiene mayor conciencia acerca de la importancia de la prevención y existe más apoyo político y financiero en la cobertura de detección y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cáncer cervicouterino.⁴⁷

En México, las variaciones en la mortalidad por cáncer cervicouterino parecen estar ligadas a los niveles de pobreza, aunque no está claro si esto es un obstáculo determinante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias en estas áreas.⁴⁷

Existe menor cobertura del programa de prevención primaria y secundaria de cáncer cervicouterino de México en mujeres pobres. Se requiere garantizar el acceso universal al tamizaje, con búsqueda de mejor alternativa de referencia.³³

Sólo 7% de la población cuenta con algún tipo de seguro médico, de acuerdo con los últimos datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Es decir, que de los 122.3 millones de habitantes que registra el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el país, alrededor de 8.5 millones cuentan con alguna protección. En el último reporte del ramo de Seguros Médicos y de Salud de la AMIS, ésta explica que 37.4% de las enfermedades cubiertas por las compañías de seguros corresponden al tratamiento de cáncer y tumores.⁴⁸

Según la OMS, existe una relación muy estrecha entre factores sexuales y reproductivos con la presencia de CaCu invasor y lesiones precursoras. Esto, consistente con la etiología infecciosa, un importante efecto ha sido observado en mujeres que refirieron tener múltiples parejas sexuales (más de 10 parejas). Y haber tenido un inicio de la vida sexual antes de los 18 años se asoció con un exceso de riesgo; de manera correlacionada, el primer embarazo en menores de esa edad, lo cual presenta un impacto similar en el riesgo.⁴⁹

Entre las mujeres usuarias de anticonceptivos orales, el riesgo de CaCu aumenta con el incremento en la duración del uso. Así como el tabaquismo, que es otro agente no infeccioso sino químico, que es uno de los factores que se ha estudiado de manera importante en la asociación con el CaCu. En otro estudio realizado en mujeres mexicanas se observó el efecto tres veces más en mujeres fumadoras.⁴⁹

Sin embargo, investigando el sistema educativo en México; la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2016 declara que, el 53% de los adultos jóvenes (de 25 a 34 años) en México sólo contaba con educación por abajo de media superior, cifra que aumenta al 63% en el caso de personas entre 25 y 64 años. El porcentaje de mexicanos que no cursó la educación media superior es mucho mayor a los promedios de los países de la OCDE, que es de 22% para personas de 25 a 64 años y de 16% para personas de 25 a 34 años.⁵⁰

Las mejoras tampoco son suficientemente grandes en el caso de los mexicanos que logran llegar a las universidades o posgrados en el país. Solo el 17% de los jóvenes de entre 25 a 64 años de edad en México había cursado la educación superior (universidad) en el 2016, la proporción más baja entre los países de la OCDE, según datos del estudio.⁵⁰

Aunque los datos de diversos países de Europa y América del Norte con altos porcentajes de mujeres estudiantes como Noruega (61%), Polonia, Estados Unidos y Portugal (todos ellos con el 57%) y Canadá (56%) muestran que Las mujeres han tenido un aumento notable en la participación en la educación superior y su presencia en las universidades ha llegado incluso a rebasar a la de los hombres.⁵¹

En otro punto, dentro del concepto de Autocuidado, Orem considera que el ser humano puede ejecutar conductas dirigidas hacia el entorno, en este aspecto el entorno lo forma su pareja y el medio que la rodea, los comportamientos están fuertemente arraigados a un sistema de creencias y tradiciones culturales, en donde las personas no reemplazan fácilmente las creencias ancestrales por nuevos conocimientos (Uribe, 1999).⁵²

En este aspecto, para la mujer con cáncer cervicouterino no es fácil romper las reglas sociales no escritas, que consisten en que al quedarse sin útero deja de ser mujer. La mujer ha sido educada para ser procreadora, por lo que al quedarse sin este órgano es como si ya no existiera, agregándose además la posibilidad de que la pareja la abandone por la creencia arraigada en los varones de que la mujer, al no tener útero dejará de sentir y de satisfacerlo durante el coito, para algunos de ellos es vista como una carga y ella misma se puede sentir como tal.

Es aquí donde influye el mundo simbólico, que comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, y desde este contexto se justifican los eventos que ocurren en la vida cotidiana (Foucault, 1987).⁵³

Así mismo existen otros factores que intervienen a la hora de realizarse la prueba de Papanicolaou, por ejemplo:

- Acceso a servicios preventivos.
- Pudor y desconocimiento al procedimiento de Papanicolaou.
- Temor del procedimiento o al resultado.
- Falta de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino.
- Los valores socio-culturales y psicológicos de las pacientes.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- Cuantitativa: Los resultados de las muestras arrojaron las representaciones numéricas o estadísticas verificables a partir de la observación y comprobación.
- No experimental: No se realizó ninguna manipulación de la población muestra.
- Transversal: Se observó a la población muestra con un periodo de tiempo determinado, se recolectaron datos de una ocasión.
- Descriptiva: Se buscaron características y propiedades importantes de la población muestra obteniendo información sobre las variables.
- Prospectiva: Se recolectaron los datos en el periodo de Abril a Mayo de 2019.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total de alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán, es de 15 362, de los cuales 453 son de Ingeniería agrícola, 2 856 de Medicina Veterinaria y Zootecnia, 2 196 de la licenciatura en administración y 2 255 de la licenciatura de contabilidad, siendo así un total de 7 760 (información del año 2016) donde se tomó una muestra no probabilística de 200 alumnas; De primer semestre a octavo semestre.

Se recolectaron datos a partir del mes de Abril hasta el mes de Mayo de 2019.

- Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Ser mujer ESTUDIANTE
- ✓ Que haya iniciado vida sexual
- ✓ No haberse realizado la prueba de Papanicolaou
- ✓ Edad de 18 a 30 años.

Criterios de exclusión:

- ✓ Los que no están nombrados en los criterios de inclusión

Criterios de eliminación:

- ✓ Formato con llenado incorrecto

TIPO DE MUESTREO

La muestra fue no probabilística a conveniencia, de 200 alumnas, según el objetivo de la investigación.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Sujeto de estudio: Estudiantes universitarias

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos al inicio de la aplicación del instrumento en estudiantes de la FESC.	Escala	1=18-20 2=21-25 3=26-30
Estado civil	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 estudiantes de la FESC tiene o no pareja.	Nominal	1=Soltera 2=Casada 3=Unión libre
Carrera	Serie de estudios que una persona debe cursar para acceder a un título.	Licenciatura que cursan las estudiantes de la FESC al momento de responder el cuestionario.	Nominal	1=Lic. en administración 2=Lic. en contaduría 3=Medicina Veterinaria y zootecnia 4=Ingeniería agrícola

				5= Ingeniería mecánica y eléctrica
Antecedentes obstétricos	Refiere al conjunto de datos precedentes de la vida sexual y reproductiva de la mujer.	Refiere al número de partos, abortos y cesáreas, que han tenido las estudiantes de la FESC.	Nominal	1=Aborto 2=Parto 3=Cesárea 4=Ninguno
Religión	Conjunto de creencias religiosas, que son propias de un determinado grupo humano.	Religión que practican las estudiantes de la FESC.	Nominal	1=Católica 2=Cristiana 3=Otra 4=Ninguna
Método anticonceptivo	Es la protección necesaria contra los embarazos no deseados.	Práctica tomada por las estudiantes de la FESC para el control de la reproducción.	Nominal	1=Si 2=No
Número de parejas sexuales	Es el número de personas con las que se puede tener un encuentro sexual.	Número de personas con las cuales ha mantenido relaciones sexuales las estudiantes de la FESC	Escala	1=1-3 2=4-10 3=+10

Fumar	Aspirar y despedir el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia.	Afirmación o negación al hábito de fumar en las estudiantes de la FESC.	Nominal	1=Fuma 2=Toma 3=Ambas 4=Ninguna
Tomar	Ingerir cualquier líquido que contenga sustancia etílica.	Afirmación o negación al hábito tomar las estudiantes de la FESC.	Nominal	
Vacuna de VPH	Aplicación de la vacuna contra el virus de papiloma humano.	Afirmación o negación de la aplicación de la vacuna las estudiantes de la FESC.	Nominal	1=Si 2=No
Inicio de vida sexual	Edad en años en la cual se realizó el primer coito.	Número de años al iniciar vida sexual, en las estudiantes de la FESC.	Escala	1=-18 2=19-25 3=+25

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó un cuestionario, con 10 preguntas personales, abiertas y cerradas. Se continúa con 19 preguntas cerradas, donde su respuesta es valorada con la escala Likert.

PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Con respecto a la validez, se consideró pertinente la revisión de contenido por dos expertos, quienes modificaron los ítems en distintas ocasiones.

Para verificar la fiabilidad se realizó una prueba piloto a las alumnas de la FESC, el coeficiente de confiabilidad de nuestro instrumento tuvo un resultado de 0.707 lo que indica que la prueba es aceptable.

Se comprobó con el Alfa de Cronbach que nos da una medida de la consistencia interna de los reactivos que forman una escala. Si esta medida es alta, significa que es confiable.

En determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8, son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para esta investigación se consideró lo siguiente:

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud

Capítulo 1

Art. 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

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

Art. 20. Se entiende como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla por lo menos, en los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito.
- III. Las molestias o riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda.
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
- VII. La seguridad de que no se identificará el sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

ANEXO II: Consentimiento informado.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa SPSS versión 25 y se retomó la moda, media y mediana, variación estándar, rango de alfa de Cronbach para verificar la fiabilidad, se utilizó Excel para graficar los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las alumnas de la FES-C, nos reflejaron algunos datos de interés; por ejemplo: Que la edad promedio de éstas es de 18 a 20 años siendo el 59.5% del total (Gráfica 1). Así mismo se promedió la edad de inicio de vida sexual y se mostraron resultados del rango de edad por debajo de los 18 años, representando el 85.5% siendo esto un factor de riesgo para las mujeres de padecer Cáncer Cervicouterino a futuro (Gráfica 2). En cuanto al estado civil, el 96.5% de ellas son solteras (Gráfica 4), aunque el 80.5% nos indique que utilizan un método anticonceptivo (Gráfica 6), no nos asegura que éste sea de barrera o sólo hormonal. Lo cual nos lleva a otro de los resultados de importancia, que es el número de parejas sexuales (Gráfica 7); el 73% de ellas ha tenido de 1 a 3 parejas sexuales, seguido del 24% de 4 a 10 parejas sexuales, no obstante el 53% de las alumnas no tiene antecedentes de la aplicación de la vacuna contra el VPH (Gráfica 10) , por lo que a futuro sin una protección correcta y con el aumento de número de parejas sexuales, podrían estar expuestas a contraer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) como lo es el VPH; lo que a largo plazo podría desarrollar cáncer cervicouterino.

Por otra parte, otro factor de riesgo es el consumo de drogas lícitas dado que poco más de la mitad de las alumnas encuestadas consumen alcohol (42%), fuman (4.5%) o consumen ambas drogas (29.5%) y sólo el 24% no consume ninguna de ellas. (Gráfica 8).

En cuanto al cuestionario, en el primer ítem, (Gráfica 11) el 99.5% de las alumnas afirman que el Papanicolaou es un examen oportuno para detectar el cáncer cervicouterino, es decir, conocen para qué es la prueba. Sin embargo, en los ítems 3, 4 y 5 (Gráfica 13, 14 y 15) que hablan acerca de los requisitos para realizarse la

prueba, determina que más de la mitad de las alumnas encuestadas, desconocen estos aspectos.

Podemos destacar que, en cuanto a la información obtenida de la prueba, el 75.5% de las mujeres menciona que la ha obtenido de profesionales de salud (Gráfica 18) y/o el 67% de familiares, amigos o vecinos. (Gráfica 19). Por otro lado, el 79.2% no han recibido ningún tipo de información acerca del tema. (Gráfica 17).

Desde la perspectiva de la influencia que puede tener la sociedad para no realizarse la prueba, el ítem 10, refleja que el 50.5 % no se ha realizado la prueba, porque sus amigas no se la han realizado, (Gráfica 20) a pesar de que el 60% de las mujeres han hablado del tema. (Gráfica 21). En relación a esto el 60% desconoce del tema porque le da pena preguntar. (Gráfica 22).

Frente a este problema, se detectó que los factores para no realizarse la prueba son los siguientes:

Como primer lugar con un 64.5% (Gráfica 29) el desinterés por parte de las estudiantes de la FES-C, seguido de un 53% (Gráfica 24) que no se han realizado la prueba por referencias de que la prueba es dolorosa, posteriormente el 47.5% (Gráfica 27) porque sus padres desconocen que ya iniciaron vida sexual y por último con el 35% (Gráfica 26) por miedo a conocer el resultado.

GRÁFICAS ANÁLISIS DE RESULTADOS



Gráfica 1. N= 200 Estudiantes de la FESC

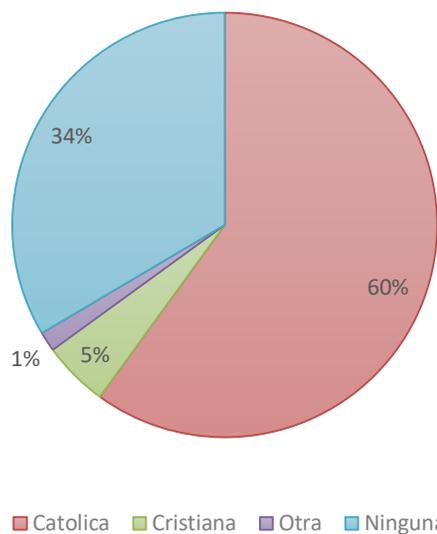
Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 2. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

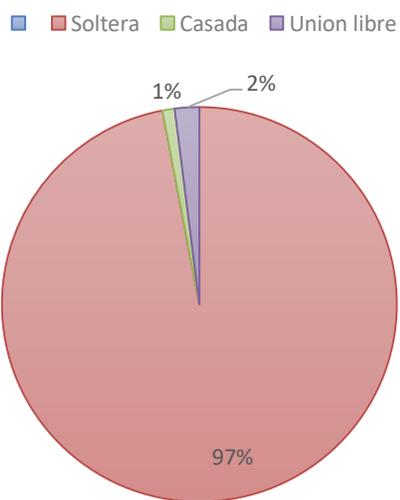
Religión que practican las estudiantes de la FESC



Gráfica 3. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Estado civil en la que se encuentran las estudiantes de la FESC

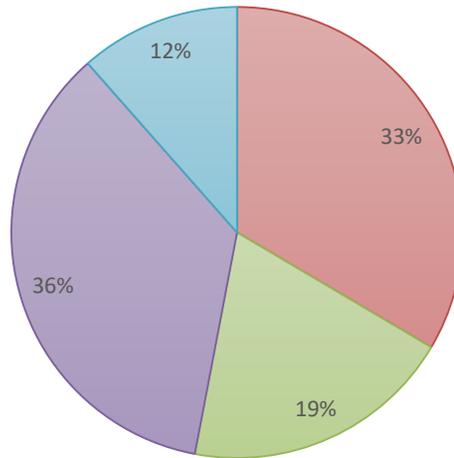


Gráfica 4. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Carrera que cursan las estudiantes de la FESC

■ Lic. en administración ■ Lic. en contaduría
■ Medicina veterinaria y zootecnica ■ Ingeniería Agrícola

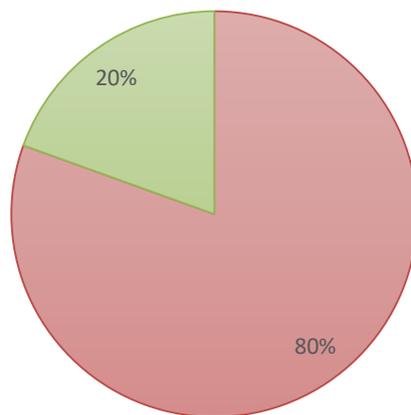


Gráfica 5. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

¿Utilizan algún método anticonceptivo las estudiantes de la FESC?

■ Si ■ No

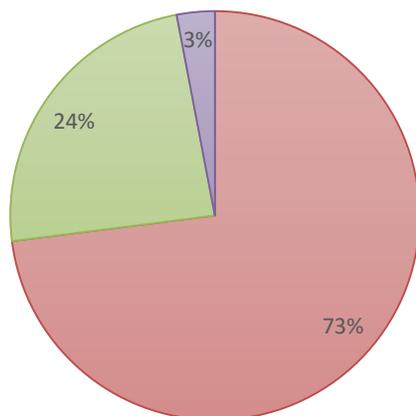


Gráfica 6. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Número de parejas sexuales que han tenido las estudiantes de la FESC

■ 1-3 ■ 4-10 ■ +10

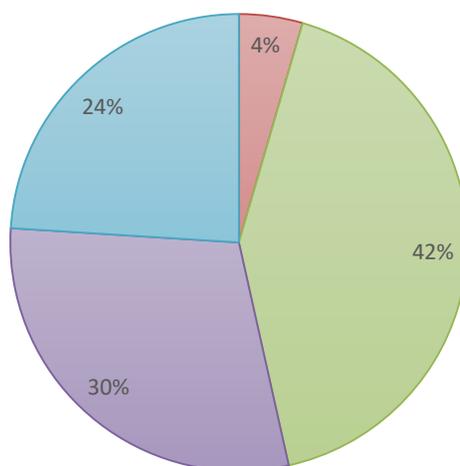


Gráfica 7. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Consumo de drogas lícitas en las estudiantes de la FESC

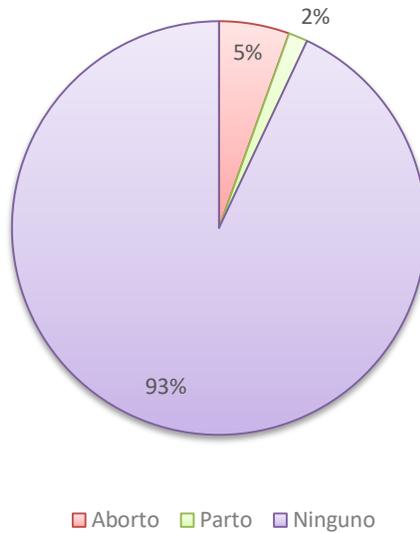
■ Fuma ■ Toma ■ Ambas ■ Ninguna



Gráfica 8. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

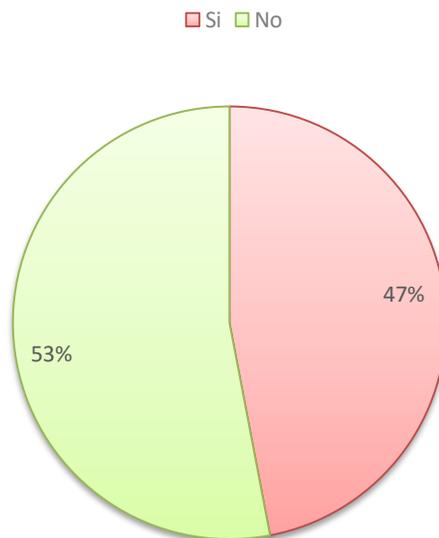
Antecedentes Obstetricos de las estudiantes de la FESC



Gráfica 9. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

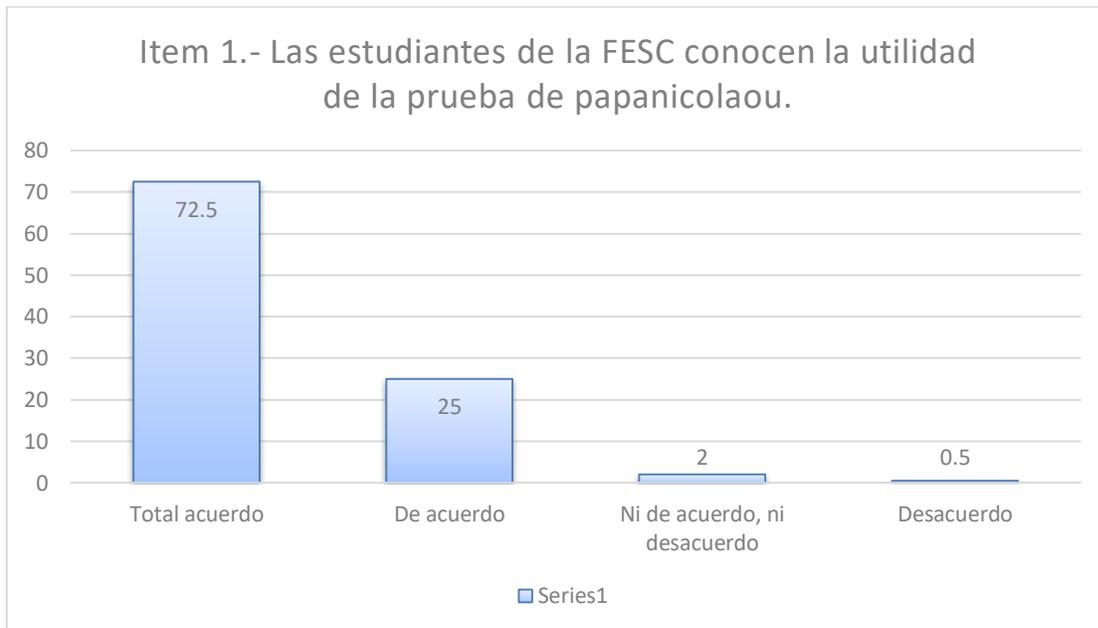
¿Las estudiantes de la FESC tienen la Vacuna VPH?



Gráfica 10. N= 200 Estudiantes de la FESC

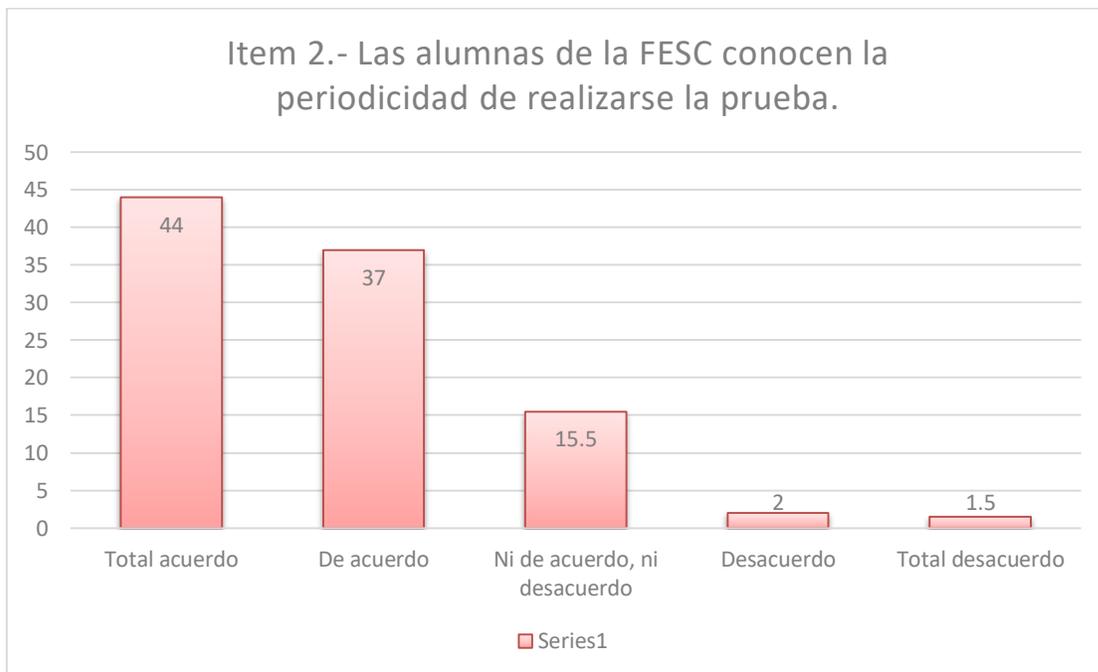
Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de los ítems, cabe mencionar



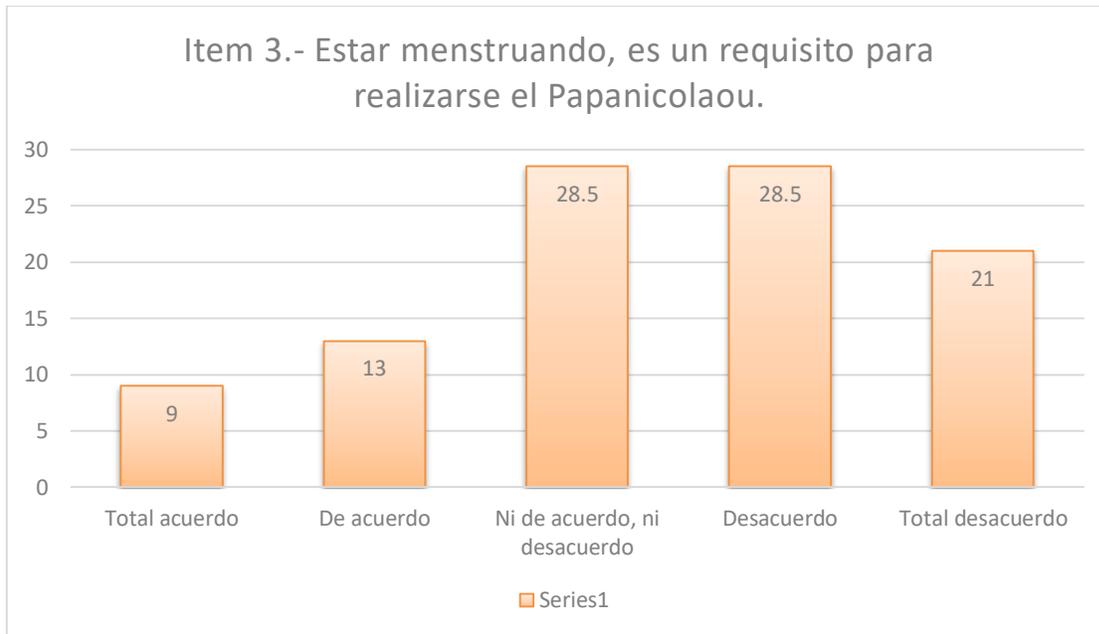
Gráfica 11. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 12. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



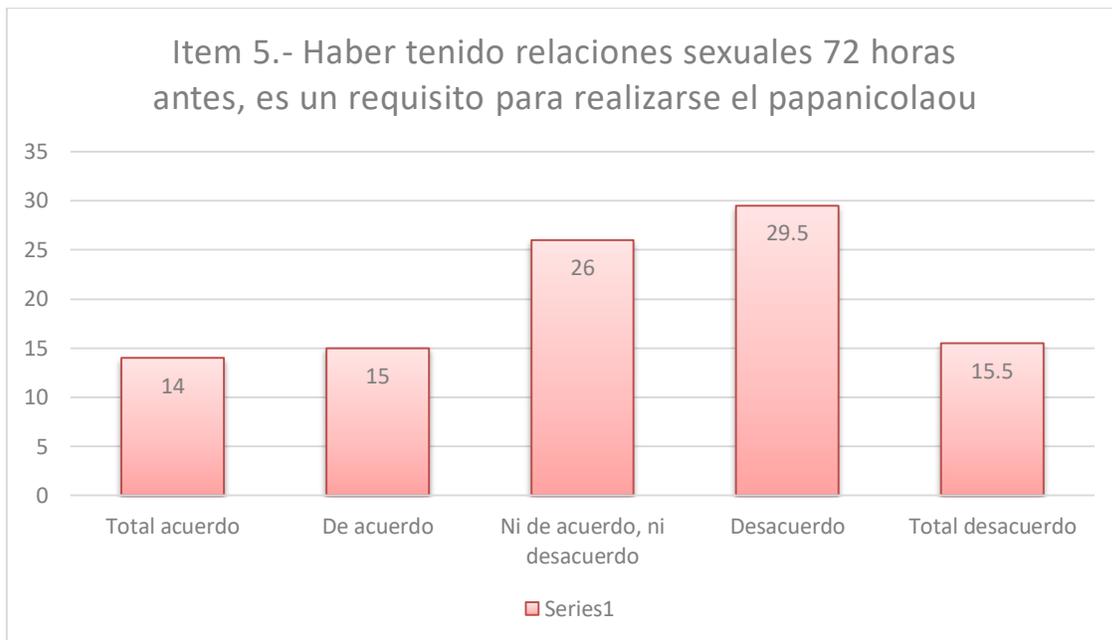
Gráfica 13. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



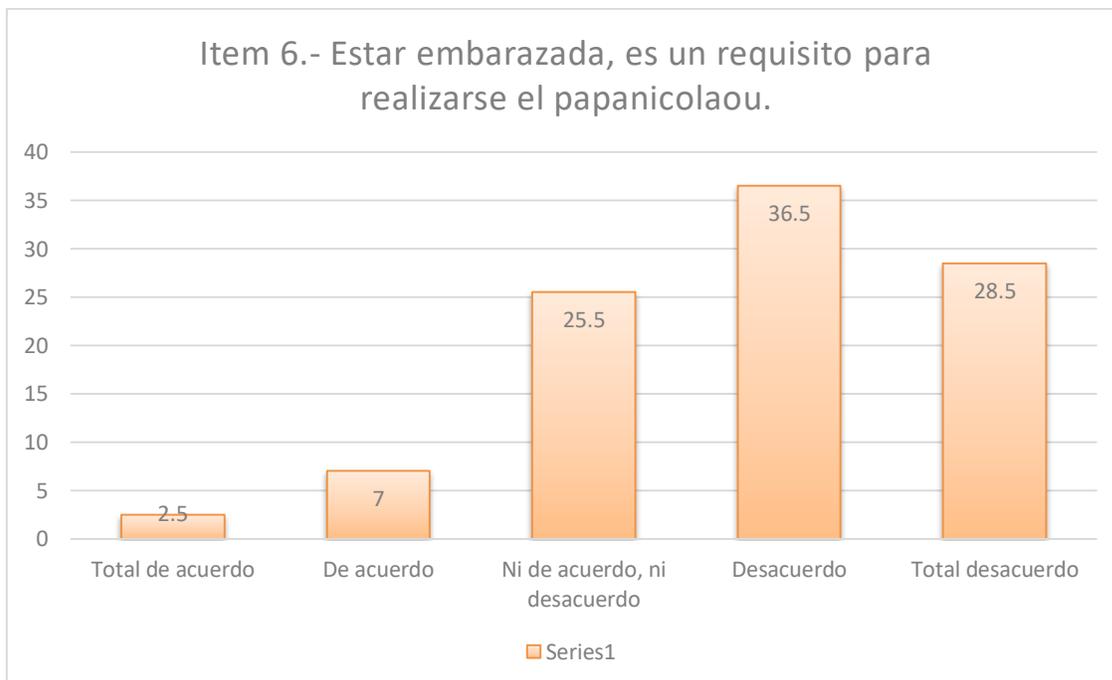
Gráfica 14. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



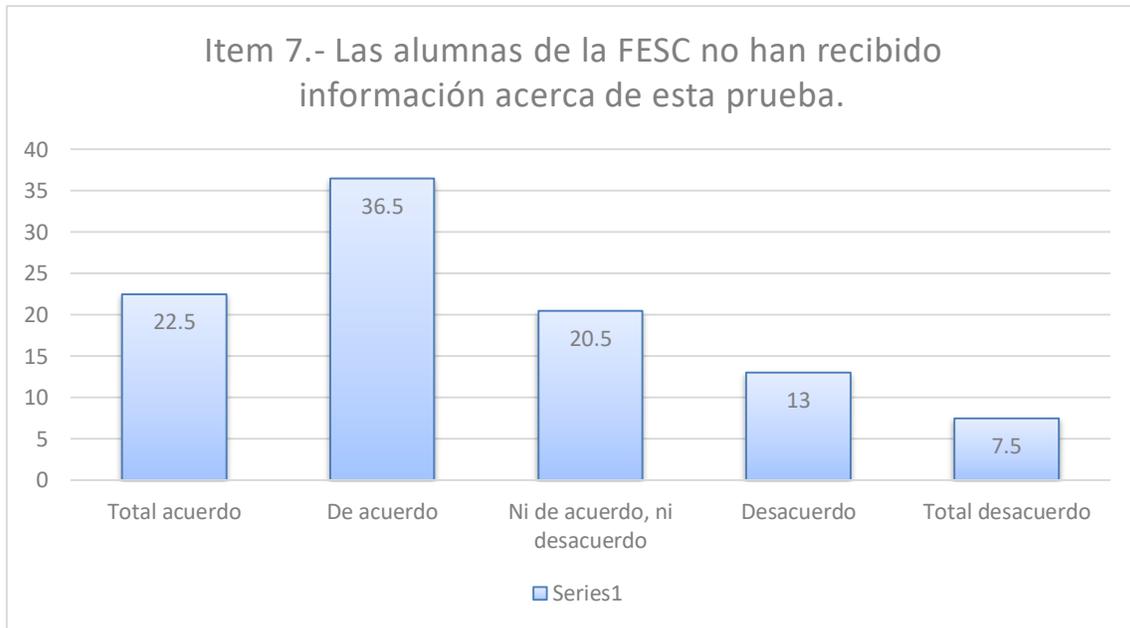
Gráfica 15. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



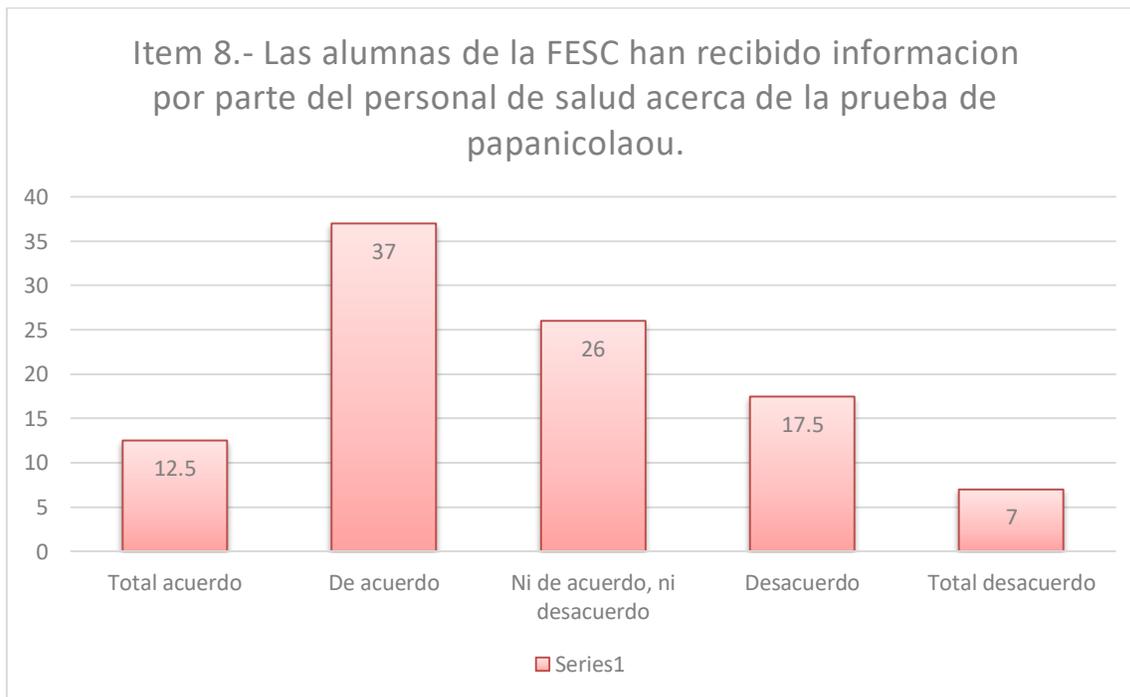
Gráfica 16. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



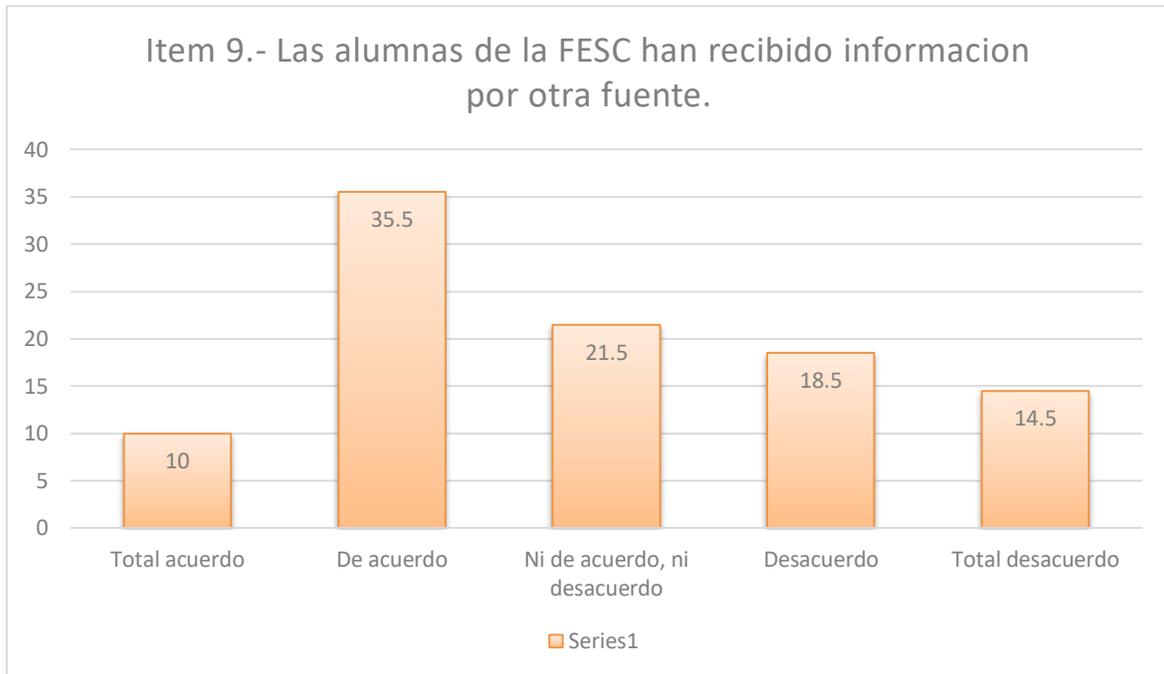
Gráfica 17. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



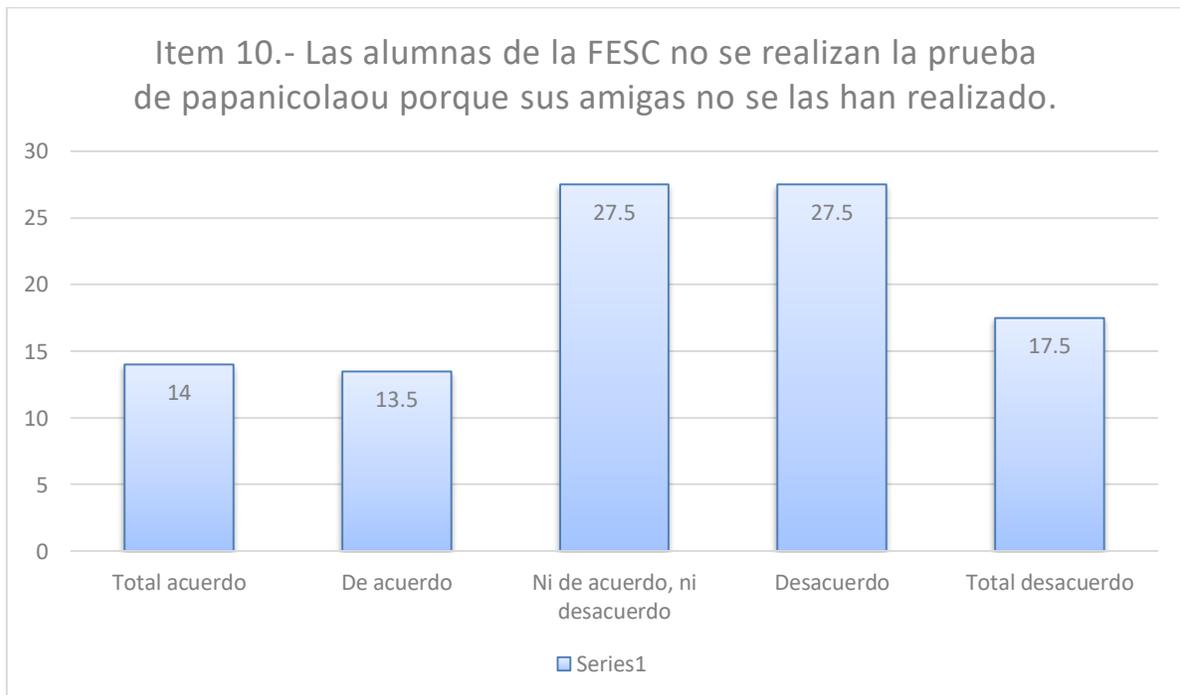
Gráfica 18. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



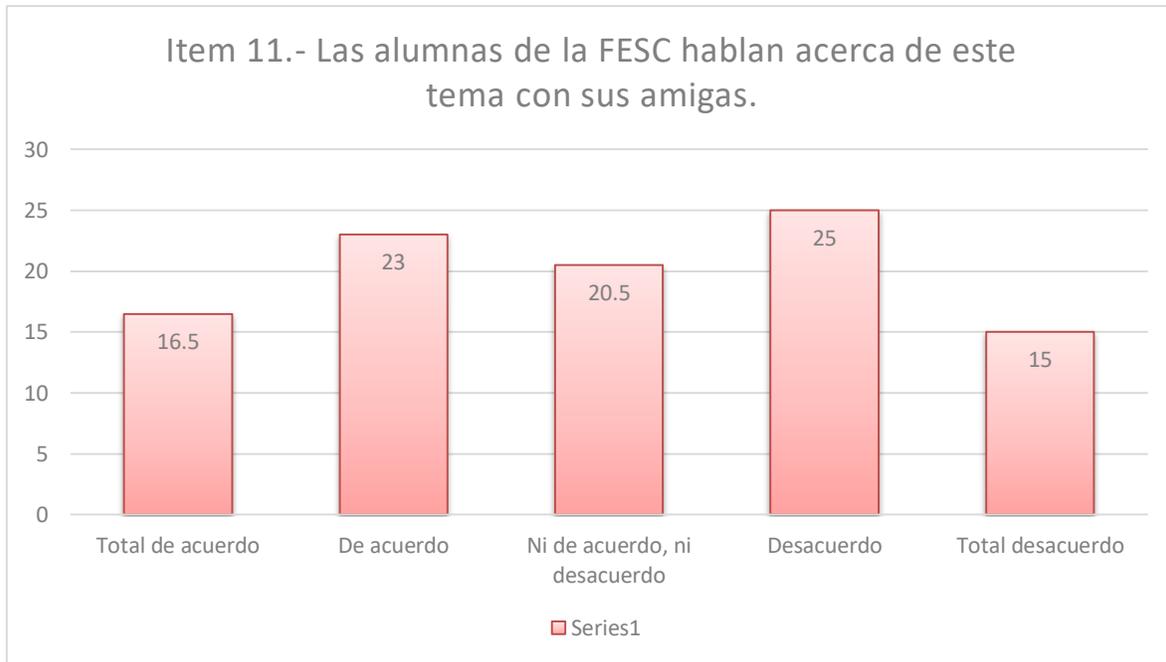
Gráfica 19. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



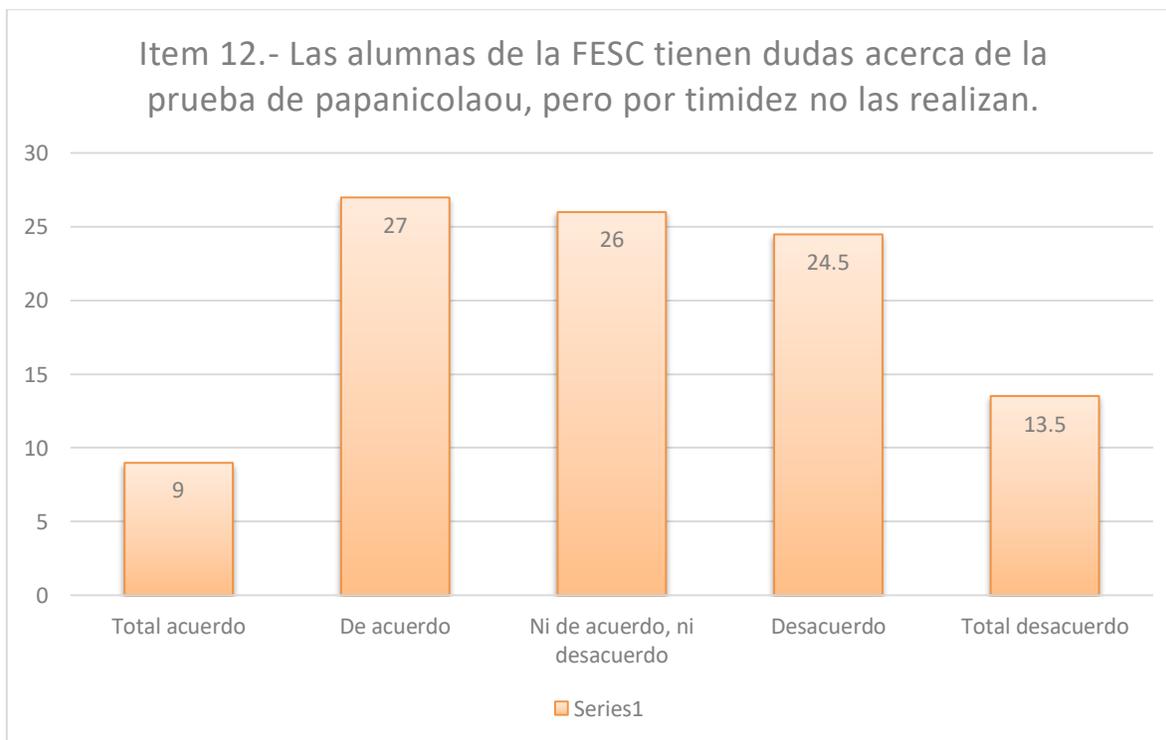
Gráfica 210. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



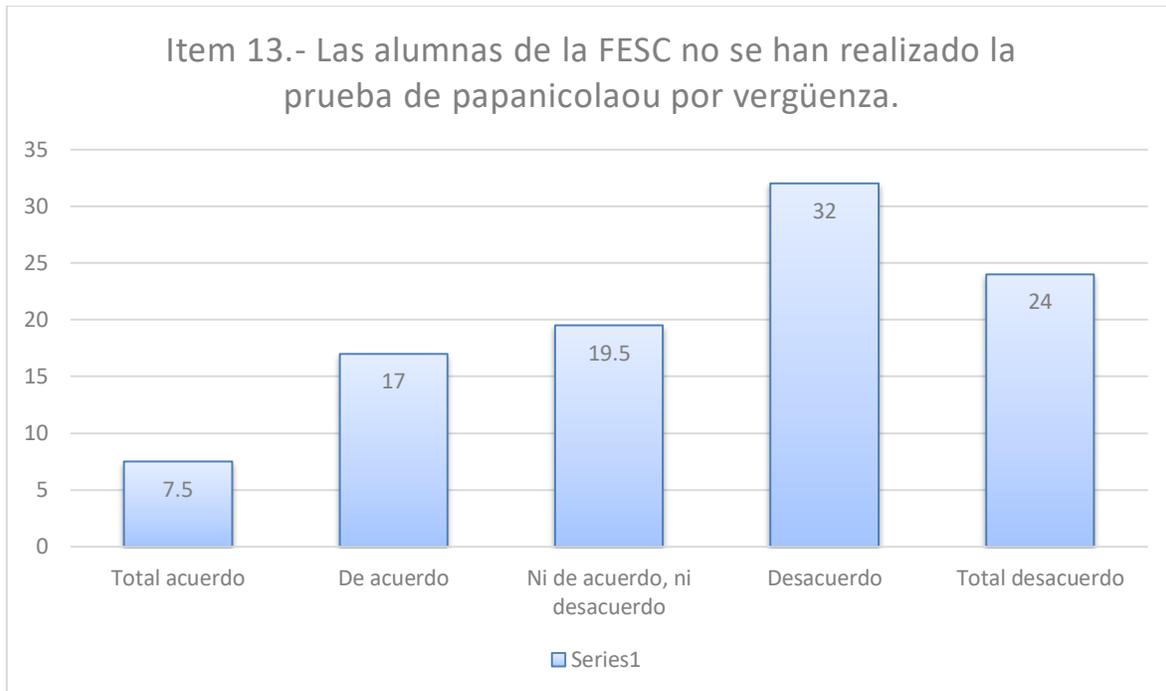
Gráfica 21. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



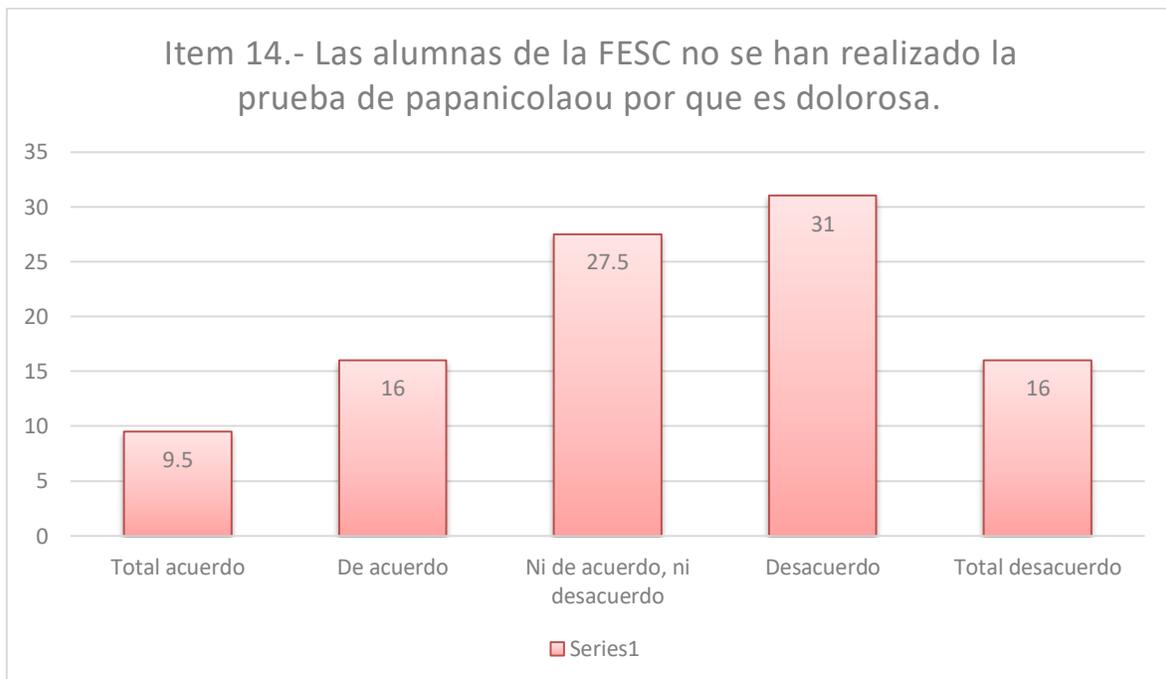
Gráfica 22. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 23. N= 200 Estudiantes de la FESC

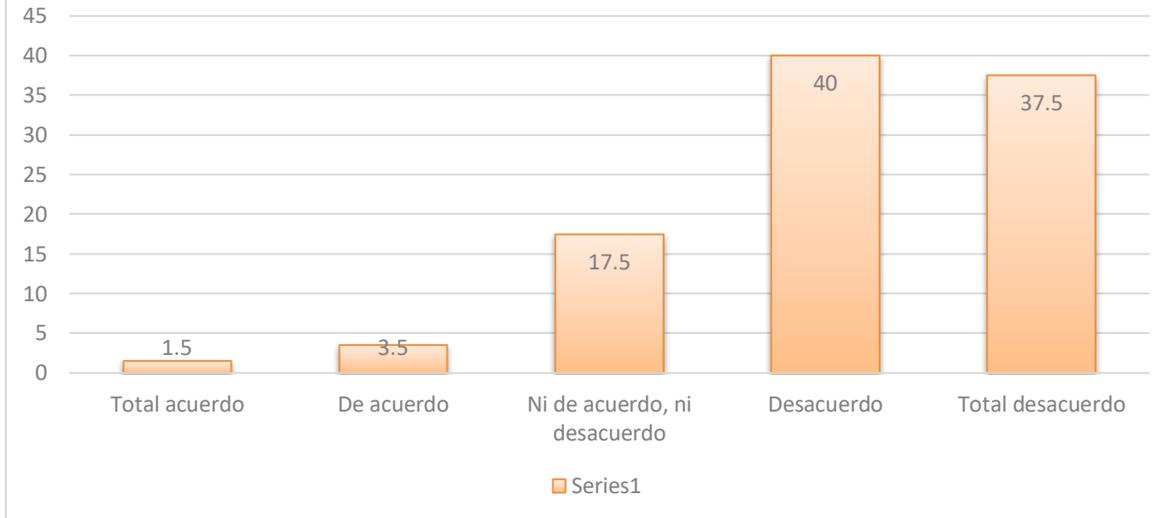
Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 24. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

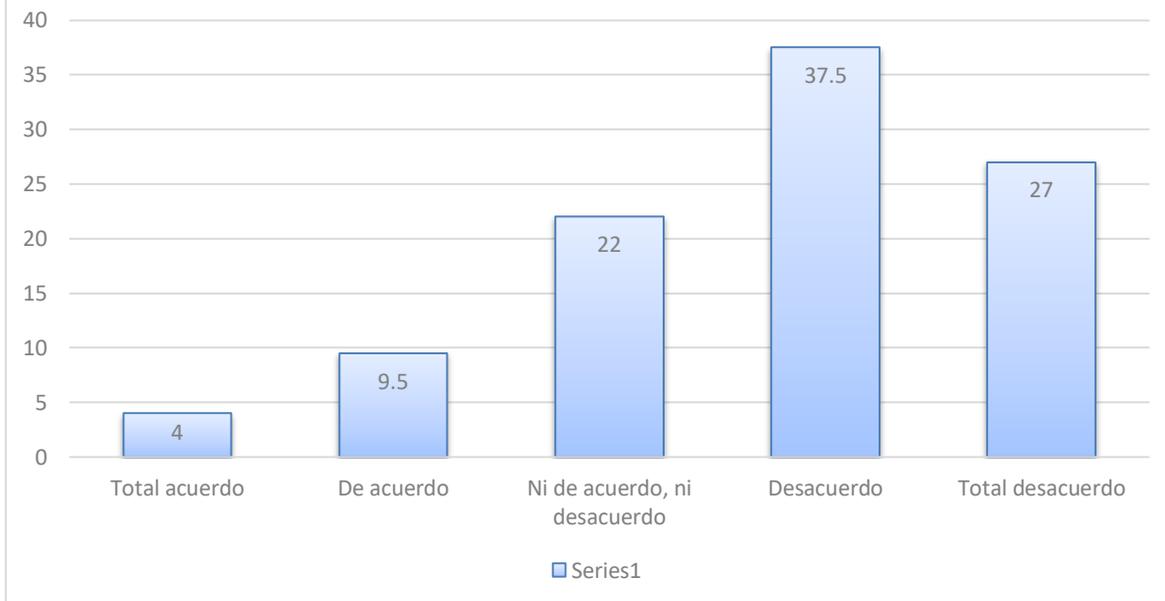
Item 15.- Las alumnas de la FESC no se han realizado la prueba de papanicolaou porque pueden adquirir una infeccion vaginal.



Gráfica 25. N= 200 Estudiantes de la FESC

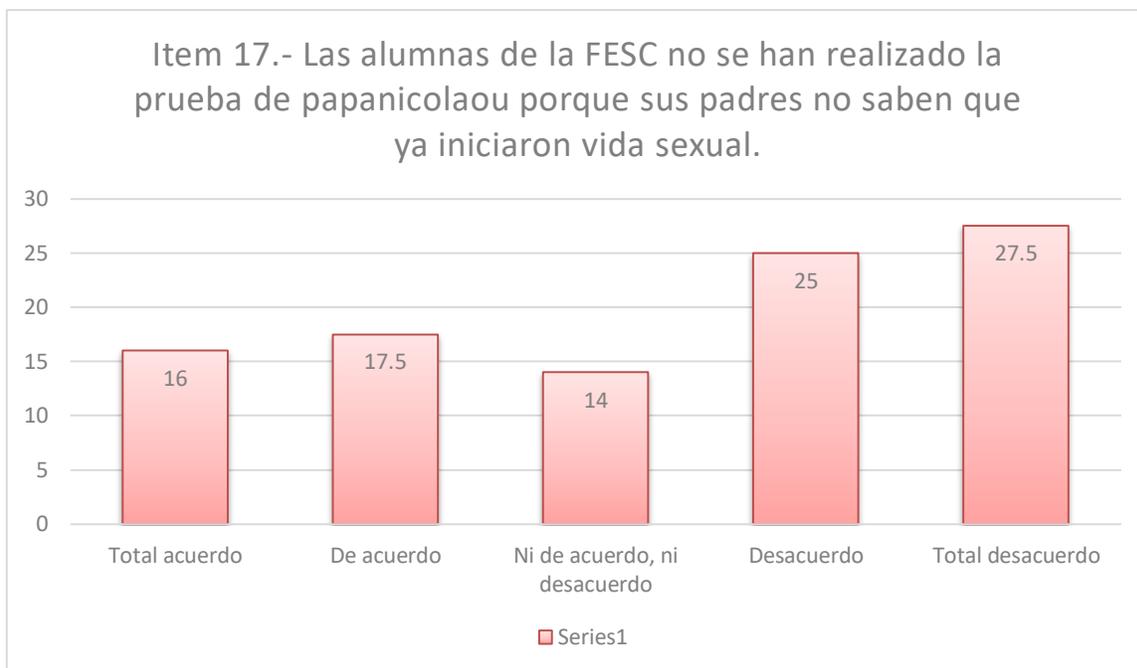
Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Item 16.- Las alumnas de la FESC no se han realizado la prueba de papanicolaou por miedo a conocer resultado.



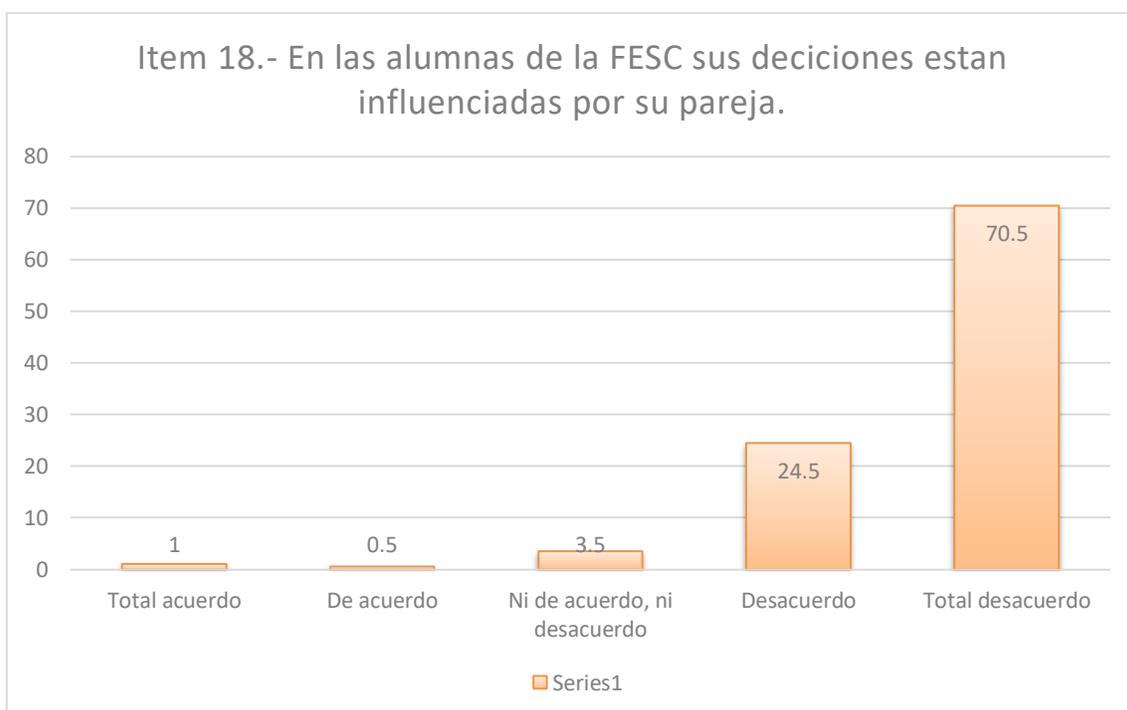
Gráfica 26. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 27. N= 200 Estudiantes de la FESC

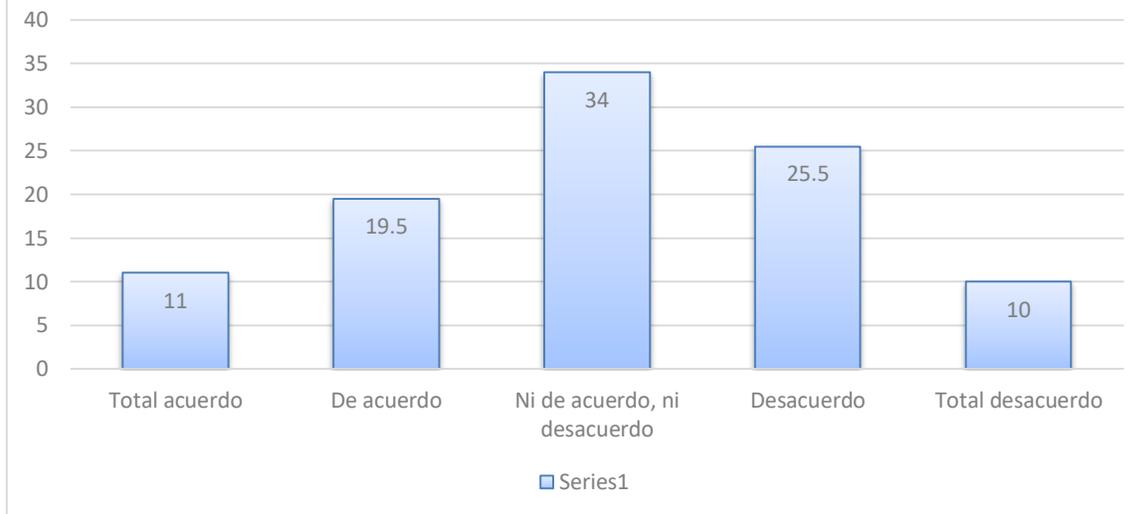
Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.



Gráfica 28. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

Item 19.- Las alumnas de la FESC conocen la importancia de realizarse la prueba de papanicolaou, pero por ahora no les interesa hacersela.



Gráfica 29. N= 200 Estudiantes de la FESC

Fuente: Cuestionario aplicado a las estudiantes de la FESC. Estado de México, 2019.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estado de México son escasos los estudios que analizan los motivos o causas que interfieren para que las mujeres en edad fértil, acudan a realizarse la prueba de Papanicolaou. La información obtenida es muy semejante a los resultados obtenidos en otras investigaciones.

En el presente estudio se observó que la media de edad de inicio de vida sexual fue de 17.04, similar a los resultados de Becerril¹⁸ en su trabajo de la “Frecuencia de factores de riesgo en pacientes con CaCu del hospital de Gineco- pediatra 3ra del IMSS”; donde indica que la media de edad de inicio de vida sexual de su investigación fue de 18.02.

Cerpa²⁴ en su investigación sobre los “Factores psicosociales en mujeres de 25 a 59 años de edad para no acudir a realizarse el examen de detección oportuna de CaCu en la población adscrita a la UMF N.21 del IMSS Sinaloa”. Menciona que los factores más sobresalientes fueron que las mujeres siguen sintiendo pena y angustia porque creen que es dolorosa; en contraste con nuestra investigación, donde las alumnas admiten que no sienten vergüenza porque alguien ajeno las vea al momento del procedimiento. Aunque el 53% refiere que el mayor motivo para no realizarse la prueba es porque piensan que es dolorosa.

Gonzales²⁵ realizó la investigación “Nivel de conocimiento sobre el CaCu en mujeres de 15 a 49 años de edad, en la UMF N. 34 De Tulancingo Hidalgo”, donde el 31.3% de mujeres en edad fértil obtuvieron un nivel alto de conocimiento, en esta investigación se incluyeron dos preguntas sobre dicha dimensión, donde el 99.5% refieren sí conocer para qué es la prueba y el 96.5% conoce cada cuándo se realiza.

Cuevas²⁶ en su investigación “Factores asociados a la no realización del Papanicolaou de mujeres en edad fértil en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE del DF”; habla sobre la influencia que tiene la pareja en la toma de decisión de realizarse la prueba, un 92.7% refiere que sí tenía que estar de acuerdo,

no obstante, nuestra investigación refleja que solo el 5% toma en cuenta la opinión de su pareja.

En relación del estado civil, el 97% de las alumnas encuestadas de la FESC, eran solteras, en contraste con la investigación de Becerril (2017) en donde solo el 24.2% de su población eran solteras.

Moral²⁷ en la investigación “Conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres adolescentes de la UMF N. 33 El Rosario”, encontró que el 54% de las mujeres mostraron una actitud indiferente para la realización de la prueba de Papanicolaou. Un dato similar a nuestra investigación donde el 64.5% de las estudiantes de la FESC, mencionaron no tener interés por realizarse la prueba aún sabiendo la importancia de la misma.

Por otra parte, Hernández²⁹ en su investigación “Level of knowledge and risk factors predisposing Cuenanayagua women to cervical- uterine cancer”, encontró que el 80.39% de las mujeres con cáncer cervicouterino habían tenido el hábito del consumo de cigarrillos. Las alumnas de la FESC mostraron tener hábitos de consumo de tabaco y alcohol en un 76%, siendo datos alarmantes para padecer cáncer cervicouterino a futuro.

Para finalizar, el 47% de las estudiantes de la FESC refiere haberse aplicado la vacuna de VPH. A diferencia de la población estudiada por Becerril²⁸ donde menciona que el 100% no especificó tener antecedente de alguna vacuna contra el VPH.

RESULTADOS DE LAS GRAFICAS (PORCENTAJES)

1) ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

<u>-18 AÑOS</u>	<u>85.5 %</u>
<u>19-25 AÑOS</u>	<u>14.5 %</u>

2) ¿Ya te has realizado la prueba de Papanicolaou? SI__NO 100%

3) Edad:

<u>18-20 AÑOS</u>	<u>59%</u>
<u>21-25 AÑOS</u>	<u>40%</u>
<u>26-30% Años</u>	<u>5%</u>

4) Religión

<u>Católica</u>	<u>60%</u>
<u>Cristiana</u>	<u>5%</u>
<u>Otra</u>	<u>1.5%</u>
<u>Ninguna</u>	<u>33.5%</u>

5) Estado civil

<u>Soltera</u>	<u>96.5 %</u>
<u>Casada</u>	<u>1%</u>
<u>Unión libre</u>	<u>2%</u>

6) Carrera

<u>Lic. Administración</u>	<u>33.5%</u>
<u>Lic. En contaduría</u>	<u>19.5%</u>
<u>Medicina veterinaria y zootécnica</u>	<u>35.5%</u>
<u>Ingeniería agrícola</u>	<u>11.5%</u>

7) Método anticonceptivo

<u>Si</u>	<u>80.5%</u>
<u>No</u>	<u>19.5%</u>

8) Número de parejas sexuales

<u>1-3</u>	<u>73%</u>
<u>4-10</u>	<u>24%</u>
<u>+10</u>	<u>3%</u>

9) Adicciones

<u>Fuma</u>	<u>4.5%</u>
<u>Toma</u>	<u>42%</u>
<u>Ambas</u>	<u>29.5%</u>
<u>Ninguna</u>	<u>24%</u>

10) Antecedentes obstétricos

<u>Aborto</u>	<u>5.5%</u>
<u>Parto</u>	<u>1.5%</u>

<u>Ninguno</u>	<u>93%</u>
----------------	------------

11) Vacuna VPH

<u>Si</u>	<u>47%</u>
<u>No</u>	<u>53%</u>

#	Ítems	Total acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Total desacuerdo
Factores sociales e institucionales						
1.-	El Papanicolaou es un examen oportuno para detectar cáncer cervicouterino.	72.5%	25%	2%	.5%	0%
2.-	Se recomienda realizar la prueba de Papanicolaou cada año, después de dos muestras negativas.	44%	37%	15.5%	2%	1.5%
Es un requisito para realizarse el Papanicolaou:						
3.-	Estar menstruando.	9%	13%	28.5%	28.5%	21%
4.-	No haber ingerido alcohol 48h antes.	35%	33.5%	22.5%	5%	4%
5.-	Haber tenido relaciones sexuales 72 hrs. antes.	14%	15%	26%	29.5%	15.5%
6.-	Estar embarazada.	2.5%	7%	25.5%	36.5%	28.5%
7.-	No he recibido información sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou de manera oportuna.	22.5%	36.5%	20.5%	13%	7.5%
8.-	La información sobre la prueba la he obtenido de los profesionales de salud.	12.5%	37%	26%	17.5%	7%

9.-	La información sobre la prueba la he obtenido de mis amigas, familiares o vecinos.	10%	35.5%	21.5%	18.5%	14.5%
#	Ítems	Total acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Total Desacuerdo
10.-	Ninguna de mis amigas se ha hecho la prueba de Papanicolaou, por eso no me la he hecho.	14%	13.5%	27.5%	27.5%	17.5%
11.-	He hablado de este tema con mis amigas.	16.5%	23%	20.5%	25%	15%

Factores Personales y Familiares

12.-	Tengo algunas dudas sobre la prueba de Papanicolaou, pero me da pena preguntar.	9%	27%	26%	24.5%	13.5%
13.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque me da vergüenza que alguien "ajeno" me vea.	7%	17%	19.5%	32%	24%
14.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque me han dicho que es muy doloroso.	9.5%	16%	27.5%	31%	16%
15.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque pienso que puedo adquirir una infección vaginal.	1.5%	3.5%	17.5%	40%	37.5%
16.-	No me he hecho la prueba de	4%	9.5%	22%	37.5%	27%

	Papanicolaou porque me da miedo conocer el resultado.					
17.-	No me he hecho la prueba de Papanicolaou porque mis padres no saben que ya inicié vida sexual.	16%	17.5%	14%	25%	27.5%
18.-	Mi pareja no me permite realizarme la prueba de Papanicolaou.	1%	.5%	3.5%	24.5%	70.5%
19.-	Conozco la importancia de realizarme la prueba de Papanicolaou, pero por ahora no me interesa hacérmela.	11%	19.5%	34%	25.5%	10%

CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en México y el mundo, este es un problema de salud pública que puede ser abordado de manera preventiva. La detección oportuna es la mejor forma de combatir este padecimiento, esto mediante la prueba de Papanicolaou. Si bien, la prueba es muy importante, notamos en nuestra población que las mujeres en edad fértil no están interesadas por el estudio de diagnóstico oportuno. Es por ello que el motivo de la investigación, fue detectar los factores por los cuales no estaban interesadas las alumnas de la FESC en realizarse de manera oportuna la prueba de Papanicolaou a pesar de que la información está a su alcance.

En cuanto a nuestra hipótesis de investigación, podemos decir que es aceptada ya que el factor social predomina para la toma de decisiones personales, pese a que es un tema muy nombrado; también es un tema con desconocimiento por parte de la población, en donde aún piensan en la prueba como un tema de tabú.

Aunque la información es gratuita y explícita, las alumnas no tienen la confianza o el conocimiento del lugar a donde pueden acudir a aclarar sus dudas. Es por ello que obtienen información poco confiable por parte de familiares o amistades. Haciendo notar la importancia de la enfermería en el ámbito preventivo acerca de la falta de promoción del cuidado y prevención del CaCu.

A pesar de que trabajamos con alumnas de nivel licenciatura, no hay gran diferencia de conocimiento sobre el tema con mujeres de otros grados académicos según estudios revisados previamente, ya que al finalizar el cuestionario les surgieron dudas sobre el tema. Si bien, este no es un problema que empieza en la etapa universitaria debido a que la mayoría inicia su vida sexual antes de los 18 años y a medida que el tiempo avanza, sus hábitos como los de fumar, tomar bebidas alcohólicas, el desinterés por tener aplicada la vacuna contra el VPH, así como también el aumento de parejas sexuales donde no hay certeza de que en estas prácticas utilicen método de barrera; aumenta la probabilidad de padecer CaCu a futuro.

SUGERENCIAS DE ESTUDIO

Enfermería debería trabajar más a fondo en la prevención de esta patología. Nuestras actividades preventivas se han ido disminuyendo con el paso del tiempo debido a que las nuevas generaciones de enfermería se han estado interesando más al área hospitalaria; sin embargo, no debemos olvidar que uno de los objetivos principales de enfermería es la prevención. Por lo que invitamos al personal de enfermería a hacer difusión de llevar una vida sexual saludable animándolos a acercarse al personal de salud capacitado del tema.

Por nuestra parte sentimos que hace falta difusión de los servicios que se brindan en este campus. Nosotras sugerimos hacer programas de interés de promociones que beneficien a su salud y su economía. Difundir por redes sociales a qué población va dirigida y las indicaciones para realizarlo de forma adecuada y obtener resultados correctos. También que, en las campañas de salud, no sólo se les otorguen métodos anticonceptivos con el motivo de disminuir la tasa de natalidad, sino también de proporcionar información de los signos, síntomas y consecuencias de no detectar a tiempo esta enfermedad mediante la entrega de folletos informativos.

GLOSARIO

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Calidad de servicios de planificación familiar. Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

Biopsia: Proceso de extracción de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo, para examen microscópico con fines de diagnóstico histopatológico.

Carcinoma: Cáncer que se origina en los tejidos epiteliales.

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Comorbilidad: a las enfermedades y problemas de salud que tienen su origen o son agravados por el sobrepeso y la obesidad.

Conocimiento: Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante.

Índice de masa corporal (IMC): al indicador antropométrico del estado de nutrición que se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre su talla en metros cuadrados (kg/m^2). Permite determinar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad.

Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.

Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Metástasis: Diseminación de la enfermedad más allá del sitio primario.

Neoplasia o tumores: La definición de Barbacci: “Son proliferaciones anormales de los tejidos que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”.

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Obesidad: Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en el adulto cuando existe un índice de masa corporal peso (kg)/ talla^2 (m) mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Sobrepeso: a la condición de aumento de masa corporal a expensas de la acumulación excesiva de grasa, que supone un riesgo para la obesidad.

Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.

Infecciones de transmisión sexual: Las ITS son enfermedades infecciosas, que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral.

Conductas de salud: Acción llevada a cabo por una persona para mantener, lograr o recuperar la salud y para prevenir la enfermedad. La conducta saludable refleja la opinión de cada persona sobre la salud. Algunas conductas de salud comunes son practicar ejercicio de forma regular, hacer una dieta equilibrada y realizar las inmunizaciones necesarias.

Salud sexual: La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Salud reproductiva: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Comportamientos Sexuales Responsables: El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

Métodos anticonceptivos: Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

REFERENCIAS

1. Lopez A, Lizano M. Cancer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina [Internet]. CDMX. 2006. (Consultado 20 de enero de 2019). PDF.
2. Organización Mundial de la Salud. Revisado el 17 de octubre de 2019. Disponible en <https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2016/05/19/cuales-la-esperanza-de-vida-en-mexico.html>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio)”. Publicado el 10 de julio de 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Poblacion2019_Nal.pdf
4. Excelsior. Las estadísticas a propósito del día del médico. Publicado el 27 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/opinion/carolina-gomez-vinales/las-estadisticas-a-proposito-del-dia-del-medico/1274472>
5. Cordera R, Provencio E (2018). Propuestas estratégicas para el desarrollo 2019-2024 (informe de desarrollo en México). Recuperado de https://ceiba.org.mx/publicaciones/Centro_Documentacion/180411_Informe.2017_PUED-isbn.pdf
6. Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional (2015). Revisado el 18 de octubre de 2019. También disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
7. Cervantes C. Seguridad social y salud (2016), [internet]. Revisado el 17 de octubre de 2019. También disponible en: <https://www.elpulsolaboral.com.mx/seguridad-social-y-salud/2589/atacan-enfermedades-graves-a-jovenes>
8. Programa de acción específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013- 2018. Programa sectoral de salud. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf
9. Secretaria de salud (2015). Diagnostico general de la población (Informe sobre la salud de los mexicanos). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
10. Ybarra J. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios [Internet]. Tamaulipas. Julio-Diciembre 2012. [Consultado 20 de enero de 2019]. Disponible en: <http://>

www.uv.mx/psiysalud-22-2/22-2/Jos%E9%20Luis%20Ybarra%20Sagarduy.pdf

11. Argüeyo E. Cáncer de la mujer [Internet]. México. 2014 [Revisado el 17 enero de 2019; Consultado 20 de Enero de 2019]. Disponible: pdf.
12. Consejo nacional de población. Estrategia Nacional para la prevención de embarazos en adolescentes [internet]. [Revisado: 09 de Mayo de 2016; Consultado: 01 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-106289>
13. Marañón Cardonne, Tatiana, Mastrapa Cantillo, Kenia, Flores Barroso, Yanet, Vaillant Lora, Lillian, & Landazuri Llago, Sanlia. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1), 187-203. Recuperado en 18 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es&tlng=es
14. Consejo nacional de población. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 - 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
15. Consejo nacional de población. Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello Uterino del 22 al 28 de agosto. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/semana-de-sensibilizacion-en-cancer-de-cuello-uterino-2016-con-el-lema-el-cancer-de-cuello-uterino-mascercadeloqueparece?idiom=es>
16. Centro Nacional de equidad de género y Salud reproductiva. Cáncer cervicouterino. México. Fecha de publicación: 30 de noviembre de 2017. Revisado: 20 de enero de 2019.
17. Sosa M. Autocuidado y cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas. México. Fecha de publicación: 16 de mayo de 2010. Consultado 01 de febrero de 2019. Disponible en: pdf
18. Orem, D. (1980). Nursing: Concepts of practice (2a ed.). EEUU: Mc.Graw-Hill
19. Collière, M. F. (1993). Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. México: Mc Graw-Hill Interamericana
20. Naranjo Y, Concepción P. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [Internet]. Cuba. 2017. [Consultado ´14 de Octubre de 2019]
21. Marriner, T. A., & Raile, A. M. (2007). Modelos y teorías en enfermería (7a ed.). España: Elsevier.
22. López, S. (2003). Lo corporal y lo psicosomático, reflexiones y aproximaciones. México: Ceapac
23. Romero N. Reseña histórica de la citopatología y los orígenes de Papanicolaou. *Anales de la facultad de medicina* 2001; 62 (4):342-346.)

24. Cerpa Padilla R. Frecuencia de factores psicosociales en mujeres de 25 a 59 años de edad para no acudir a realizarse el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino en la población adscrita a la UMF N.21 del IMSS de Sinaloa. [Tesis Especialista]. Sinaloa, 2011.
25. González Rangel M, A. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años de edad en la UMF N.34 en Tulancingo Hidalgo. [Tesis Especialidad]. Hidalgo, 2017
26. Cuevas Villagómez G. Factores asociados a la no realización de la Papanicolaou de mujeres en edad fértil en la clínica de medicina familiar oriente ISSSTE del DF. [Tesis especialidad]. Distrito federal, 2016.
27. Moral Reyes K. Conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres adolescentes de la UMF N.33 El rosario. [Tesis Especialidad]. México, 2017.
28. Becerril Guevara M. Frecuencia de factores de riesgo en pacientes con CaCu del hospital de Gineco- pediatra 3ra del IMSS [Tesis especialidad]. México, 2017.
29. Hernández Millan Z. Level of knowledge and risk factors predisposing Cuenanayagua women to cervical- uterine cancer [Tesis especialidad]. Cuenanayagua, 2016.
30. Carmona Ramos H. Factores asociados a la baja detección de cáncer cervico uterino por medio de la prueba de Papanicolaou. [Tesis especialidad]. México, DF. 2010.
31. Manual de procedimientos. Toma de muestra de citología cervical.
32. Gonzalo Montalvo Esquivel, Cáncer cervicouterino, INCAN, 2011. También disponible en <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>
33. Manual de procedimientos. Toma de muestra de citología cervical.
34. García G, Moreno L, Cetina L, Méndez J. México en alerta por cáncer cervicouterino. México. Fecha de publicación: 10 de agosto de 2018; Consultado: 01 de febrero de 2019 Disponible en: gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/08/10/mexico-en-alerta-por-cancer-cervicouterino/
35. Gaceta mexicana de oncología. UNAM. Sociedad mexicana de oncología, A.C. [Internet]. Octubre 2014. [consultado febrero 2019]; Volumen 13: PP 1: Disponible en: www.gamomeo.com/temp/SUPLE%204%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF
36. ENSANUT. Fecha de publicación octubre 2016. Consultado en febrero 2019. Disponible: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf

37. Norma Oficial Mexicana, NOM 005 -SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Consultado 05 de febrero de 2019. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html.
38. Organización mundial de la salud. Revisado el 15 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
39. Constitución política de los estados unidos. Artículo 4°. Disponible en: <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primero/capitulo-i/>
40. Organización mundial de la salud. Salud y derechos humanos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
41. Secretaría de salud. (08 de septiembre de 2015). Cáncer de cuello uterino. Prevención y detección oportuna. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-oportuna>.
42. Rodríguez D. (1994) Secretaría de salud. Norma oficial mexicana nom-014-ssa2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>
43. Ortiz D. (2010). Secretaría de salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
44. Falta de la cultura de la salud. El economista (2017) Consultado 14-08-19 en: <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Falta-de-cultura-de-la-salud-factor-que-debe-tratarse-Sis-Nova-20170727-0055.html>
45. Saldivar B., Apresa T., Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/182/518
46. El preocupante nivel educativo en México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). Consultado 14-08-19 en: <https://es.weforum.org/agenda/2017/09/el-preocupante-nivel-educativo-en-mexico>
47. Zabudovsky, Gina. (2007). Las mujeres en México: trabajo, educación superior y esferas de poder. *Política y cultura*. Recuperado en 14-08-19 de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000200002

48. Uribe, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
49. Foucault, M. (1987). *La inquietud de sí*. México: Siglo XXI
50. Pérez P. (1993). Secretaria de salud. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
51. Tapia C. (2002). Secretaria de salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>
52. Antonio K. (2015). Secretaria de salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
53. Gaceta mexicana de oncología. UNAM. Sociedad mexicana de oncología, A.C. [Internet]. *Epidemiología de cáncer cervicouterino*. Octubre 2014. [consultado febrero 2019]; Volumen 13: PP 8: Disponible en: www.gamomeo.com/temp/SUPLE%204%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 LICENCIATURA DE ENFERMERÍA



Buen día, solicitamos su colaboración para nuestro trabajo de investigación.

Objetivo: Indagar sobre las causas que influyen en la negativa de las mujeres para realizarse la prueba de Papanicolaou.

Su participación consiste en contestar una serie de preguntas, de la forma más sincera posible. La información que nos proporcione será procesada de manera **CONFIDENCIAL**.

Lea los ítems cuidadosamente, marque la respuesta que crea se identifique mejor con ella y responda lo que se le pide.

- 1) ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual? _____
- 2) ¿Ya te has realizado la prueba de Papanicolaou? SI__NO__

Edad:	Religión:	Estado civil:	Carrera:
¿Utilizas algún método anticonceptivo? SI__ NO__ ¿Cuál?			
N° parejas sexuales:	¿Fumas? SI__ NO__	¿Tomas? SI__ NO__	
N° Embarazos:	N° Abortos:	N° Partos:	N° cesáreas:
¿Te has vacunado contra el VPH? SI__ NO__		¿A qué edad? _____	
¿Has tenido alguna ITS? SI__ NO__		¿Cuál? _____	

#	Ítems	Total acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Total desacuerdo
Factores sociales e institucionales						
1.-	El Papanicolaou es un examen oportuno para detectar cáncer cervicouterino.					
2.-	Se recomienda realizar la prueba de Papanicolaou cada año, después de dos muestras negativas.					
Es un requisito para realizarse el Papanicolaou:						

3.-	Estar menstruando.					
4.-	No haber ingerido alcohol 48h antes.					
5.-	Haber tenido relaciones sexuales 72h antes.					
6.-	Estar embarazada.					
7.-	No he recibido información sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou de manera oportuna.					
8.-	La información sobre la prueba la he obtenido de los profesionales de salud.					
9.-	La información sobre la prueba la he obtenido de mis amigas, familiares o vecinos.					
#	Items	Total acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Total Desacuerdo
10.-	Ninguna de mis amigas se ha hecho la prueba de Papanicolaou, por eso no me la he hecho.					
11.-	He hablado de este tema con mis amigas.					
Factores Personales y Familiares						
12.-	Tengo algunas dudas sobre la prueba de Papanicolaou, pero me da pena preguntar.					
13.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque me da vergüenza que alguien "ajeno" me vea.					
14.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque me han dicho que es muy doloroso.					
15.-	No me he realizado la prueba de Papanicolaou porque pienso que puedo adquirir una infección vaginal.					
16.-	No me he hecho la prueba de Papanicolaou porque me da miedo conocer el resultado.					

17.-	No me he hecho la prueba de Papanicolaou porque mis padres no saben que ya inicié vida sexual.					
18.-	Mi pareja no me permite realizarme la prueba de Papanicolaou.					
19.-	Conozco la importancia de realizarme la prueba de Papanicolaou, pero por ahora no me interesa hacérmela.					

**Muchas gracias por el tiempo que me brindó para contestar estas preguntas.
¡QUE TENGA UN EXCELENTE DÍA!**

ANEXO II: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las pasantes de la Licenciatura en Enfermería: Delfino Olvera Alyn Casandra y Rayón Montoya Diana Loren, realizaremos un proyecto de Investigación, para obtener el título de licenciadas, que lleva por nombre “Factores que influyen en estudiantes universitarias para no realizarse la prueba de Papanicolaou” con el objetivo de analizar factores de riesgo predisponentes para padecer cáncer cervicouterino.

Si usted acepta participar en el estudio responderá una encuesta de 45 reactivos que contiene datos generales y personales. Con una duración aproximada de 10 minutos máximo.

Toda la información que nos proporcione será utilizada única y exclusivamente con fines académicos, siendo totalmente anónima y utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto, no estará disponible para ningún otro propósito. Durante su participación no existen riesgos potenciales

Con los resultados obtenidos de esta investigación proporcionaran datos estadísticos para tomar medidas preventivas a futuro.

Su participación en este estudio es voluntaria, tiene derecho a negarse a participar o retirar su participación en cualquier momento. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para usted

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación respecto al proyecto puede comunicarse con el miembro del equipo de investigación Rayón Montoya Diana Loren al correo loren.rayon@gmail.com en un horario de Lunes a Viernes de 9:00 a 13:00hrs.

Si usted acepta participar en esta investigación, firme en la línea:

Firma y Fecha