



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TESIS

**“INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL
CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES DE 25-64 AÑOS EN CUANTO
A LA TOMA DE LA CITOLOGIA VAGINAL PERTENECIENTES A LA CLÍNICA
75 DEL IMSS EN MORELIA, MICHOACÁN”**

**QUE PRESENTA:
NEIDE DOMINGUEZ GARCIA**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ASESORA:
L.E. EVANGELINA CHÁVEZ CARVAJAL**

**COASESOR
M.C.I.E JOSE LUIS CIRA HUAPE**

MORELIA, MICHOACAN, MAYO DEL 2006



DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA ESCUELA

L.E.O MA MARTHA MARIN LAREDO
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

EVANGELINA CHÁVEZ CARVAJAL
PRESIDENTE

L.E.D MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA
VOCAL 1

DR. JOSE LUIS CALDERON RODRIGUEZ
VOCAL2

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por que es todo poderoso y siempre estuvo cuando yo le clamaba para que mediera fuerzas para seguir adelante.

A MI MADRE:

Por estarme apoyando de principio a fin con mis estudios, madre la que lleva el nombre más dulce y lo lleva al resplandor que tenga larga vida ya que no existe nadie mejor en la tierra que mi querida madre.

A MIS HERMANOS:

Que siempre han estado en los momentos mas dulces, amargos de mi vida, gracias por darme su gran apoyo y nunca escatimar las cosas que han hecho por mi, yo solo les digo que todos podemos triunfar en esta vida solo hay que esforzarnos cada dia mas.

A MIS ASESORES:

Evangelina Chávez Carvajal y José Luis Cira Huape por apoyarme en unos de mis grandes triunfos, gracias por dedicarme de su tiempo y comprensión.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO REFERENCIAL.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	76
HIPOTESIS.....	82
CONCLUSIONES.....	83
SUGERENCIAS.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	87
ANEXOS.....	91

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervico uterino es un problema de salud pública en gran trascendencia social; en el mundo, ocupa por su incidencia y mortalidad el segundo lugar como neoplasia maligna, con casi 500,000 casos diagnosticados cada año.

Entre los años de 1987 a 1990, México se ubico en el primer lugar en la mortalidad por este padecimiento en el mundo, durante 1996, en el instituto Mexicano del Seguro Social se registraron 3,139 casos y 1,208 defunciones por esta enfermedad, lo que representa que cada día se confirmaron en promedio 9 casos y murieron 3 mujeres derechohabientes por cáncer del cervix.

Actualmente, la población femenina amparada por el instituto esta constituida por aproximadamente 13 millones de mujeres de 25 años y mas; sin embargo, la cobertura de detección en 1996 alcanzo solo el 15% de ellas, sin considerar cuantas mujeres se les realizaron dos o mas detecciones en el mismo año.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, para tener una alta efectividad en el programa de prevención y control del cáncer cervico uterino se requiere lograr una cobertura de detección mayor al 80% en el rango de edad de mayor riesgo y con intervalos de detección de 2 a 5 años, con ello se

podría disminuir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad en un 4% anual de manera sostenida.

En los países desarrollados los programas de detección dan cobertura a más del 60% de la población femenina que a iniciado vida sexual, en cambio en los países en desarrollo, solo un grupo reducido de mujeres con vida sexual activa se beneficia con el estudio.

La importancia de la cobertura se pone de manifiesto en los estudios de casos y controles, donde al valorar a las mujeres con cáncer, se descubre que la mayoría no tiene antecedentes de haberse realizado la citología cervical, o bien se la practico muy joven y de forma esporádica.

Otro aspecto que condiciona la baja temperatura en los países en desarrollo, es que los recursos disponibles para realizar la detección no se administra de manera adecuada, esto va ligado con el criterio de periodicidad para realizar la citología cervical.

Los cambios celulares en este padecimiento siempre tardan varios años en evolucionar, dando tiempo para ser detectados y tratados, haciendo innecesario repetir los estudios de citología cada 6 meses o cada año, cuando existen 2 resultados anuales negativos consecutivos.

Al respecto se han publicado estudios en donde se demuestra que el efecto protector del programa de detección es similar con periodicidad anual, de cada tres años. Cabe señalar que aumentando el intervalo entre un estudio y otro se

tiene la posibilidad de incrementar la cobertura de mujeres que se benefician con la citología cervical.

Otro elemento que afecta la eficacia de los programas de detección es que la mayor demanda de citología cervical se presenta entre los 25 y los 35 años, debido a que, durante la vida reproductiva el acercamiento a los servicios de salud es mayor y al terminar esta, ya no acuden a estudios periódicos debido a que no se les informa que el mayor riesgo de tener lesiones malignas se presenta durante la premenopausia o la menopausia, es decir en mujeres de 40 años y mas.

El cáncer cervico uterino tiene una historia natural de larga evolución que inicia con cambios en el epitelio cervical llamado displasias los que gradualmente van acentuándose hasta que en un término de 15 a 20 años se transforma en un carcinoma invasor. Se sabe que estos cambios están relacionados con la presencia del virus del papiloma humano.

Tanto las displasias como en los cambios por el virus de papiloma humano pueden ser identificados por medio de la citología cervical y deben ser Confirmadas mediante la Colposcopia y al toma de biopsia.

II. JUSTIFICACION

El cáncer cervico uterino es un problema de salud en México, sin embargo mediante algunos procedimientos técnicos es posible identificar lesiones precursoras y casos en forma temprana haciendo factible su control.

En nuestro país, diariamente se diagnostican alrededor de 20 casos, el 70% de ellos se encuentran en etapa clínica avanzada en donde el tratamiento paliativo tiene pobre efecto sobre la calidad de vida y un costo elevado para los servicios de salud, el problema es aun mas grave cuando se considera que en promedio pierden la vida 12 mujeres al día por esta causa, llama poderosamente la atención que tengamos una de las tasas de morbilidad y mortalidad mas altas en el mundo a pesar de que se cuenta con un programa de detección oportuna desde hace 35 años.

En el instituto mexicano del seguro social la situación es similar a la que guarda el panorama nacional, cada día se descubren 12 nuevos casos de cáncer cervicouterino y mueren tres mujeres, y es la primer causa de fallecimiento por tumor maligno en le sexo femenino, presentándose la tasa mas alta de incidencia en el grupo de 65 años y mas. Esto señala que los grupos con mayor riesgo de sufrir la enfermedad invasora son las mujeres de 40 años y más.

La detección oportuna de cáncer cervicouterino constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento, incluye dos importantes procesos: la toma y la interpretación de la muestra.

En relación al procedimiento para la toma de la muestra, deben de unificarse los criterios y seguir la técnica adecuada en todas las unidades de atención medica del IMSS. De la calidad de la toma de muestra citologica depende que en el proceso de interpretación sea posible identificar las lesiones precursoras del cáncer, las imágenes compatibles con la infección por el virus del papiloma, y el carcinoma cervico uterino.

Para una adecuada interpretación de la muestra se busca incrementar a la capacidad de respuesta de los centros de lectura y elevar la calidad de la interpretación. lo anterior se piensa lograr mediante la capacitación y actualización de los citotecnologos y una reorganización de los centros de lectura la cual comprende el aumento de la plantilla del personal, compra de equipo y mobiliario, abastecimiento regular de insumos, nuevos mecanismos para la recepción y entrega de laminillas y la reubicación estratégica del Personal, bajo la dependencia normativa de los patólogos, quienes participan activamente en la Asesoría, supervisión y control de sus actividades.

De las mujeres derechohabientes que se realizan la citología, algunas cuentan con más de 30 estudios en su vida al cumplir los 60 años pero un alto

porcentaje de ellas jamás se lo han practicado. La importancia de esto, como se menciono anteriormente, es que las pacientes que presentan cáncer generalmente no tienen el antecedente de haberse realizado alguna prueba.

Se ha demostrado que las mujeres que menos demandan el estudio son generalmente aquellas con bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, por lo que se requiere realizar búsqueda intencionada en esta población. Lo cual es muy importante detectar este tipo de mujeres ya que es uno de los factores relevantes para que puedan presentar cáncer cervico uterino ya que son personas que ignoran la importancia del Papanicolaou debido a que no tienen los conocimientos por eso es muy importante informarle a la población acerca de esta patología.

Debido a que es posible mediante la toma de Papanicolaou detectar oportunamente el cáncer cervicouterino es importante realizar esta investigación para identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres que acuden a realizarse el procedimiento en la clínica 75 del IMSS, así como determinar cuáles son los medios de comunicación con más influencia para motivar que acudan a realizarse este procedimiento. Con los resultados de este estudio será posible sugerir estrategias para que se refuerce la información en los medios de comunicación que tengan más impacto en las mujeres.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana, por lo que su prevención y su atención médica son una prioridad institucional que debe ser abordada de manera integral.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino muestra un comportamiento estable en los últimos 20 años, por lo que se concluye que las intervenciones en este periodo no han logrado el impacto esperado. Más aún, a partir de 1989 se observa una tendencia ascendente de la mortalidad y de la letalidad de esta enfermedad.

Al analizar la letalidad como un indicador de la gravedad de la enfermedad al momento del diagnóstico, de la calidad de la atención médica y de la efectividad de los programas de detección oportuna, se identificaron delegaciones que registraban tasas de morbilidad bajas con altas tasas de letalidad. Lo anterior significa que el programa de detección tuvo un bajo impacto, y que las mujeres son identificadas en las etapas tardías del cáncer cuando el tratamiento médico tiene poco que ofrecer, por eso es muy importante informar a la población a través de los medios de comunicación y de forma individualizada, la gran importancia que es el realizarse el examen para la detección del cáncer cervicouterino (Papanicolaou). El cual puede prevenir y detectar a tiempo este padecimiento.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente interrogante

¿Qué conocimiento tienen las pacientes de 25 a 64 años adscritas a la clínica 75 del IMSS, con respecto a la toma del Papanicolau y de qué manera influyen los medios de comunicación para que estas pacientes acudan a realizarse el procedimiento?

IV. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Analizar el conocimiento que tienen las pacientes de 25 a 64 años en cuanto a la toma de la citología vaginal adscritas a la clínica 75 del IMSS y que medios de comunicación influyen para su realización.

4.2. ESPECIFICOS

- Identificar a las mujeres de 25 a 64 años adscritas a la clínica 75 del IMSS que desconocen para que sirve el estudio
- Identificar los motivos mas relevantes por los cuales las pacientes no desean realizarse el Papanicolaou
- Determinar los medios de comunicación que influyen para que las pacientes se realice su Papanicolaou
- Identificar factores que influyen en el conocimiento que tienen las mujeres acerca del Papanicolaou

V. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

5.1. ANATOMIA DEL ÚTERO

La matriz es un órgano hueco con espesas paredes musculares, que se sitúa en la pelvis entre la vejiga por delante y del recto por detrás.

Se continua por debajo con la vagina y en cada lado con las trompas de falopio. Se inclina hacia delante de forma que la superficie anterior descansa sobre la vejiga: ambas superficies y el fundus están cubiertos por el perineo; la bolsa peritoneal entre el útero y el recto es la parte más profunda de la cavidad abdominal.¹

El útero virgen es periforme y mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de ancho en su porción mayor, y 3 cm. de grueso. Consiste en 2 partes; a saber: porción superior, el cuerpo, y posterior superior más angosta, el cuello. El cuerpo se redondea en una eminencia que sobresale por arriba del nivel en el cual desembocan las trompas de falopio; esta porción del útero se llama fondo.

Pared. La pared del útero consiste en tres capas; a saber: endometrio, miometrio y peritoneo parietal.

1.-la cubierta de membrana de mucosa, denominada endometrio, esta compuesta por 3 capas de tejidos: una capa superficial compacta de epitelio cilíndrico simple, parcialmente ciliado, se denomina capa compacta, una capa

¹ David levay “Anatomía y fisiología humana” editorial Paidotribo, 1999, Págs. 332-333

esponjosa media o intermedia de tejido conjuntivo lazo, llamada capa esponjosa, y una capa intermedia mas densa que se llama capa basal, que une el endometrio con el miometrio. Subyacente. Durante la menstruación y después del parto, las capas compacta y esponjosa se desprenden. El espesor del endometrio varia entre 0.5 mm, justamente después del flujo menstrual y 5mm cerca del final del ciclo endometrial, El endometrio sufre cambios periódicos cada 28 días

2.-La túnica media y gruesa, el miometrio, consiste en tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas las direcciones, longitudinal, transversal y oblicuamente, y dan al útero gran fuerza.

Las asas de fibras musculares lisas se entrelazan con los componentes de tejidos elásticos y conjuntivos y se mezclan en general sin ninguna línea limítrofe definida entre ambas capas. El miometrio alcanza grosor máximo en el fondo mínimo en el cuello del útero; este es magnifico ejemplo del principio de adaptación de la estructura a la función. Para expulsar al feto; esto es: para hacerlo descender y salir del útero, el fondo debe de contraerse más enérgicamente que la porción inferior de la pared uterina, y el cuello del útero debe de experimentar dilatación.

3.-Una túnica externa de membrana serosa, el peritoneo parietal, que es incompleta pues no cubre porción alguna del cuello del útero y solo reviste parte del cuerpo (todo excepto la cuarta parte inferior de la cara anterior). El hecho de que el útero no este cubierto completamente por peritoneo tiene importancia clínica por que permite efectuar operaciones en este órgano sin el peligro de infección que entraña seccionar el peritoneo.²

² C. P. Anthony "anatomía y fisiología", Mc Graw-Hill, Interamericana, décima edición, 1999, Págs. 621-622.

Cavidad. Las cavidades del útero son pequeñas por espesor de las paredes. La cavidad del cuerpo es plana y triangular, su vértice se dirige hacia abajo y contribuye el orificio cervical interno, que se abre hacia el conducto cervical. Este también se estrecha en su parte inferior y forma el orificio cervical externo, que se abre en la vagina. Las trompas de falopio en la cavidad uterina en sus ángulos supero externos.

Irrigación del útero. El útero recibe un rico aporte vascular de las arterias uterinas, ramas de las iliacas internas. Además, la sangre de las arterias ováricas y vaginales llega al útero mediante anastomosis con los vasos uterinos. Las arterias tortuosas entran a la pared uterina como arteriolas y se convierten en capilares entre las glándulas endometriales.

Las venas uterinas, ováricas y vaginales llevan la sangre venosa desde el útero hacia la s venas iliacas internas.³

En el cuello se encuentran glándulas mucosas, las cuales secretan aproximadamente 40 o 50 mililitros por día.

Este moco se cervical se vuelve menos viscoso, cerca o cuando se presenta la ovulación, haciendose mas receptivo para los espermatozoides.

Cuando el periodo se encuentra lejos de la ovulación el moco se vuelve más viscoso, el moco cumple varias funciones importantes con la fecundidad, por ejemplo: pueden impedir la penetración de los espermatozoides, pueden aportar energéticos a los espermatozoides los puede proteger del ambiente hostil de la vagina de los fagocitos etc.

³ Gary A Thibodeau “Anatomía y Fisiología” Harcourt, cuarta edición, 2000, Págs. 910-911

Varias estructuras que son extensiones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, que se llaman ligamentos, mantienen la posición del útero. Los ligamentos anchos son estructuras pares y son pliegues del peritoneo parietal que unen el útero a cada lado de la cavidad pélvica, los vasos sanguíneos y nervios pasan a través de estas estructuras. Los ligamentos del útero-sacos, también son prolongaciones peritoneales, pares que se encuentran a cada lado del recto y unen al útero con el sacro. Los ligamentos cardinales, se extienden hacia debajo de las bases de los ligamentos anchos entre la pared pélvica y el cervix y la vagina.⁴

5.2. CÁNCER CERVICO UTERINO

Los tumores malignos del aparato reproductor femenino se producen principalmente en el útero (cuello y endometrio) y en los ovarios, también puede localizarse en la vagina o en la vulva, aunque con menos frecuencia. En los Estados Unidos la tasa de mortalidad debida al cáncer en el cervix ha disminuido en forma sostenida durante los últimos 40 años. Esta disminución se atribuye a una detección temprana a través de los exámenes anuales, incluyendo la citología cervico vaginal y la sofisticación de las técnicas quirúrgicas y radioterápicas. El cáncer de cervix que se identifica y se trata con una fase precoz y preinvasiva es 100% curable, por lo que la detección precoz es de vital importancia.⁵

⁴ Miguel Ángel Ponce "Anatomía y Fisiología", México DF, 1998

⁵ Long Phipps/Cassmeyer "Enfermería Médico Quirúrgica" tercera edición, Harcourt, 1998, Págs. 1165-1166

La singular facilidad de acceso al cervix para estudios histológicos y citológicos, así como de examen físico directo, a permitido el estudio intensivo del cáncer uterino excipiente y en el aprendizaje considerable a cerca de la histogenesis de los canceres endocervical y endometrial. Aunque tales conocimientos distan todavía de ser completos, revelan que muchos de estos tumores tienen comienzo gradual no explosivo, y que las lesiones predecesoras puedan existir en forma reversible que va seguida de una etapa de cáncer en situ, o superficial durante unos años. Aunque estas fases tienden a ser asintomáticas, son detectables con los métodos de que se dispone, cuyo usos generalizado sin duda a contribuido mucho a disminuir los índices de cáncer cervical invasivo durantes los últimos tres decenios.

Estos conceptos del desarrollo de los canceres uterinos han convencidos muchos ginecólogos de que el control absoluto de dichas enfermedades es posible en el futuro predecible, o sea, que puede esperarse que se erradiquen las mujeres por cáncer uterino con los métodos diagnósticos y terapéuticos que se tienen.

5.3. ETIOLOGIA

El virus del papiloma humano (VPH) miembro del grupo papovavirus, produce condilomas acuminados. Se trasmite de manera sexual, afecta a menudo a ambos compañeros, e infecta al mismo grupo de edad que las otras enfermedades venéreas.

Este virus de DNA produce lesiones papilomatosas elevadas que se distinguen con facilidad en la vulva, lo mismo que lesiones menos perceptibles en vagina y en cuello uterino. Las lesiones son mucho mas floridas en las pacientes diabéticas, embarazadas, que toman anticonceptivos orales o que experimentan inmuno supresión las quejas mas frecuentes se relacionan con las propias lesiones, pero puede haber descarga vaginal o prurito.

Las lesiones vaginales y cervicales son en ocasiones exofiticas o papilomatosas (Verruga), pero pueden ser también planas, adoptar la forma de espigas o púas o ser invertidas.

Los virus de los subtipos 6 y 11 son los causantes primarios de las verrugas genitales.⁶

Por lo general se obtiene una biopsia pequeña para corroborar al diagnostico antes de iniciar el tratamiento medico. Se puede obtener una respuesta satisfactoria con podofilina la cual esta contraindicada en el embarazo, o con ácido tricloroacetico. Las lesiones también pueden destruirse por ablación con láser, crioterapia, electro desecación o cauterio. En algunos casos es muy útil el tratamiento inmunológico con inyecciones intralesionales o sistémicas de interferón. También hay unos informes de éxito con crema de 5-fluoruracilo

⁶ Benson/pernon "Manual de Obstetricia y Ginecología, novena edición, Mc Graw-Hill interamericana 1994.Pág. 523

en la parte superior de la vagina. Con la mayoría de los tratamientos es habitual que haya recurrencias ya que no se erradican por completo el virus.⁷

Se habla de carcinoma “in situ” para referirse a las lesiones en que todo el espesor del epitelio consta de células neoplásicas indiferenciadas, y de displasia para todas las de más lesiones precancerosas del epitelio que se subdividen en leves, moderadas y graves. Dada la falta de divisiones bien delimitadas, estas formas predecesoras se han agrupado con el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), y se dividen en grados: grado 1 displasia leve, grado 2 displasia moderada y grado 3 displasia grave y carcinoma “in situ”.

La NIC suele identificarse en la unión del epitelio escamoso de la porción externa del cervix y el epitelio mucoso cilíndrico del endocervix. Que el cáncer cervical en etapa inicial se localice en la unión escamo cilíndrica reviste gran interés teórico importancia practica. Esto implica que el carcinoma plano cervical, suele aparecer en el epitelio plano estratificado de esta unión, entre los dos tipos epiteliales. Interesa señalar que la unión escamo cilíndrica histológica no siempre se localiza en el orificio externo del cervix. En algunas mujeres con NIC, se ubica en la porción externa del cervix, debido a la everción del endocervix o la erosión cerca del orificio mencionado. Tal diseminación del epitelio cilíndrico mucoso a la porción externa del cervix

⁷ Danforth “Tratado de Obstetricia y Ginecología, octava edición, Mc Graw-Hill interamericana; 2002, Págs. 849-850

hace que muchos casos la displasia este al alcance del ginecólogo y su observación directa durante al examen vaginal.⁸

El cáncer cervico uterino es mas frecuente en casadas, y en particular las casadas en edades tempranas que en las solteras. Se ha comprobado mayor frecuencia entre las prostitutas y en mujeres que han padecido sífilis. Igualmente en las de condición socioeconómica baja.⁹

El carcinoma cervico uterino invasor es raro en mujeres en edad reproductiva, en el caso de lesiones invasoras suele haber leucorrea acuosa, o teñida con cáncer, o hemorragia. La paciente por lo general ha tenido hijos y más de 30 años de edad.¹⁰

El cáncer de cervix precoz suele ser asintomático. Los dos principales síntomas son la leucorrea y las hemorragias vaginales. La secreción vaginal aumenta progresivamente en cantidad y se hace acuosa, acabando por aparecer oscura y mal oliente por necrosis o infección de la masa tumoral. Las hemorragias se producen en intervalos irregulares, entre los periodos o después de la menopausia. Puede producirse tras el coito, las duchas vaginales o la defecación. Con el progreso de la enfermedad, las hemorragias se hacen constantes y aumenta su cantidad.

⁸ Scout-disaia Tratado de Obstetricia y Ginecología”, sexta edición, Mc Graw Hill interamericana 1994 Págs.: 1045-1055

⁹ Dr. Rafael Álvarez Alba “Salud publica y Medicina Preventiva” 2da edición, manual moderno 1998 Pág. 319

¹⁰ Berscher, Mackay Colditz, “Obstetricia” 3era edición, Mc Graw-Hill, Interamericana, 2000, Pág. 410.

5.4. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS PARA EL CÁNCER DE CERVIX:

- Papanicolaou
- Exploración física
- Biopsia cervical múltiple
- Colposcopia
- Conización
- Citoscopia
- Sigmoidoscopia
- Radiografía de tórax

5.5. TRATAMIENTO:

El ginecólogo y el oncólogo terapéutico realizan conjuntamente la evaluación y el estadiage de la paciente con carcinoma de cervix.

El carcinoma in situ se trata extirpando la zona afectada. Esta extirpación se puede extirpar mediante criocirugía, electro cauterización, láser, conización o histerectomía. La criocirugía, el electro cauterización y los tratamientos con láser requieren un aprendizaje especial y un seguimiento estrecho para asegurarse de que la lesión se ha destruido del todo, la criocirugía láser han demostrado su eficacia en el tratamiento de las displasias cervicales. La conización, o extirpación cónica de una gran porción de exocervix y

endocervix, se considera como un tratamiento conservador en mujeres que desean tener hijos. La histerectomía es el tratamiento de elección en la paciente que no desea fertilidad.¹¹

5.6. HISTORIA DE LA CITOLOGIA VAGINAL

La citología cervicovaginal por el método de PAPANICOLAOU (implantada de forma general en la década de los años 50), sigue siendo hoy día el método más útil y barato para el estudio de las lesiones escamosas preinvasoras (displasia y carcinoma "in situ") de cérvix. Las campañas masivas de despistaje que se realizan habitualmente en los países desarrollados han contribuido claramente al descenso del cáncer cervical invasor y, por tanto, a la mortalidad por esta causa.

El médico americano de origen griego GEORGE PAPANICOLAOU, mientras estudiaba la maduración hormonal de la mucosa vaginal, descubrió que se podía identificar células tumorales en el flujo vaginal de mujeres con cáncer de cérvix. Papanicolaou publicó su estudio en el año 1,928 en USA, siendo muy limitada su aceptación por la comunidad científica. Por otra parte, Aurel Babés, un patólogo rumano, publicó también la posibilidad de diagnóstico del cáncer uterino por citología exfoliativa (Bucarest, 1,927). Hacia la mitad de la década de los 40, J. Ernest Ayre, médico canadiense, describió el método que hoy conocemos como de Papanicolaou, para el

¹¹ Beare Myers "enfermería médico quirúrgica" 3era Edición Vol. 2, Harcourt, 2000, Pág. 1675-1677

estudio de la mucosa cervicovaginal. Ayre usó una espátula (espátula de Ayre) para obtener las células, extendiéndose posteriormente en un porta de cristal para luego fijarlas inmediatamente y teñirlas finalmente para hacerlas visibles al microscopio. Este hecho, junto con el desarrollo y aceptación de los conceptos de carcinoma precoz y carcinoma "in situ", hicieron por fin que el entusiasmo por esta técnica fuese masivo y que los laboratorios de Citología y Anatomía Patológica en los años 50 realizaran esta técnica de forma rutinaria. Cuando Papanicolaou publicó su Atlas de Citología Exfoliativa en 1,954, ya se estaba utilizando esta técnica para muchos más órganos. Podemos concluir diciendo que los trabajos de Papanicolaou y sus seguidores han dejado una influencia dominante en el desarrollo de la citología moderna actual.

5.6.1. FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA

La mucosa vaginal y ectocervical están constituidos por un epitelio plano escamoso multiestratificado no queratinizado que presenta una maduración ininterrumpida desde las células basales o de reserva (germinales) a las más maduras y diferenciadas de la superficie. Este proceso tiene una maduración entre 4 y 5 días. Las células escamosas observadas en una muestra citológica proceden predominantemente de la superficie, aunque también se pueden observar de las capas más profundas. El fundamento de la técnica está basado en dos conceptos básicos (desde un punto de vista simplista pero útil): La diferenciación escamosa de las células y la carcinogénesis, que se manifiestan por las características del citoplasma y del núcleo, respectivamente.

La diferenciación escamosa (maduración citoplasmática) se divide arbitrariamente en cuatro capas: basal, parabasal, intermedia y superficial.

La carcinogénesis (cambios nucleares) pueden dividirse igualmente en cuatro niveles: normal, reacciones proliferativas benignas, neoplasia intraepitelial (displasia / carcinoma "in situ") y, finalmente, carcinoma (microinvasivo y francamente invasor).

Lo dicho nos permitirá valorar adecuadamente, en la mayoría de los casos, el estado de la mucosa cervicovaginal, tanto en el aspecto hormonal como neoplásico y microbiológico.

5.6.2. VALORACIÓN HORMONAL:

Durante el ciclo menstrual, la mucosa cervicovaginal, muy sensible a la secuencia hormonal fisiológica (estrógenos y progesterona), sufrirá cambios que nos permitirán darnos una idea de la maduración celular, averiguando el "estatus" hormonal, así como detectar situaciones patológicas en las que secundariamente va a estar alterada. Una mujer en edad fértil va a tener un 40% de células intermedias y un 60% de células superficiales en la fase preovulatoria. En la fase postovulatoria el porcentaje será inverso, con un 60% de células intermedias y 40% de células superficiales. En ambas situaciones no existen células basales ni parabasales. En la menopausia habrá un 80% de células parabasales y un 20% de células intermedias (atrofia)¹²

¹² www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html

5.6.3. ¿QUE ES LA CITOLOGIA CERVICAL?

Es la toma de la muestra de las células del endocervix y exocervix es uno de los métodos para detectar en las etapas tempranas el cáncer cervicouterino. También es conocida como Papanicolaou.

La citología cervical constituye el método más eficaz para la detección del cáncer cervicouterino con el se pueden observar alteraciones en las células del cuello del útero que posteriormente pueden convertirse en cáncer.

La detección es una prueba sencilla, toma unos pocos minutos, se practica con material esterilizado o desechable y es realizado por personal que en su mayoría son mujeres y están altamente capacitadas para su realización.

El examen consiste en colocar a la paciente en una mesa de exploración en posición ginecológica o de litotomía, introducir un espejo vaginal que permita descubrir el cuello de la matriz; es probablemente este el momento que puede causar más molestia a la mujer, por que el resto del procedimiento no causa ninguna molestia. Posteriormente se obtiene una pequeña muestra de las células del cuello uterino, realizando un raspado con una espátula y un cepillo pequeño; este tejido se coloca y se extiende a una laminilla de vidrio, que se envía al laboratorio para examinarse en el microscopio y comprobar si su estado es normal o sufre alguna alteración.

La citología cervical se debe de practicar a las mujeres, preferentemente, a partir de los 25 años de edad y después que hayan iniciado vida sexual; idealmente se debe de practicar un nuevo examen al año del primer examen normal, y si se obtiene un segundo resultado negativo el estudio se debe de practicar en forma periódica cada tres años hasta la edad de los 64 años.

En mujeres mayores de 64 años que cuenten con dos resultados negativos en los últimos 5 años ya no están indicados continuar los estudios. Tampoco esta indicado realizar la citología en las mujeres que se les ha extirpado quirúrgicamente la matriz (histerectomía) por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, miomatosis uterina o cualquier otro padecimiento no relacionado con el cáncer.

En las mujeres mayores de 65 años que nunca se han practicado el Papanicolaou es importante que se le efectuara para descartar el padecimiento.

Para poderse practicar la prueba de detección es recomendable que la mujer acuda al servicio con las siguientes condiciones:

- No estar menstruando. Hay que aclarar que los sagrados normales que duran mas de 8 días y los que se presentan entre un periodo menstrual y otro no impiden la toma de muestra. Por lo contrario, las mujeres con sangrado anormal deben de hacerse la prueba para detectar cualquier alteración.

- No haberse aplicado en la vagina medicamentos 3 días antes del estudio.

- La presencia de secreción purulenta en el cuello del útero es uno de los factores que limitan la obtención de la muestra citológica de calidad, y es por esto deseable que la mujer acuda a practicarse el estudio este enterada de la conveniencia de recibir tratamiento médico ante la sospecha de cualquier cervicovaginitis.

El cuello uterino está compuesto por el exocervix y endocervix.

El exocervix es la porción vaginal del cervix que se extiende hacia abajo a partir del orificio cervical externo hasta la reflexión del epitelio cervical hacia el fornix vaginal. El canal endocervical es la porción del cuello uterino que se extiende hacia arriba del orificio cervical interno del istmo superior.

En el cuello uterino se encuentran 2 tipos de epitelio:

El escamoso estratificado no queratinizante que recubre la superficie vaginal del exocervix y el epitelio columnar alto, mucoso secretor, que constituye el recubrimiento epitelial del endocervix. Debido a que la maduración epitelial completa ocurre durante los años reproductivos de la mujer, las características celulares descritas son aquellas que se encuentran durante este periodo.

Durante la maduración sexual, el epitelio escamoso estratificado no queratinizado del exocervix se compone de varias capas: la capa de las células basales, que corresponde a una hilera de células adheridas a la lamina basal y que constituye la fuente de regeneración epitelial; unas pocas capas de células parabasales, que también contribuyen a la regeneración celular; una capa de

Células intermedias, que forma la mayor parte del espesor epitelial, y una capa superficial de células escamosas. El cervix se encuentra cubierto por una capa de epitelio escamoso húmedo y, a diferencia de la piel, carece de la capa granular que es frecuente en otros epitelios escamosos. En los frotis citológicos de estos epitelios se encuentran 3 tipos celulares: células escamosas superficiales, células escamosas intermedias y células parabasales.¹³

5.6.4. RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL

Los resultados de la citología cervical, se proporcionaron en la consulta médico familiar, 30 días después de la toma de la muestra.

El reporte del resultado citológico se efectúa empleando la siguiente clasificación:

- Negativo a cáncer
- Negativo con proceso inflamatorio
- Displasia leve (NIC1)
- Displasia moderada (NIC2)
- Displasia grave (NIC3)
- Carcinoma “in situ” (NIC3)
- Carcinoma invasor
- Carcinoma de células escamosas

¹³ H. M. Shingletown/ W.C. Fowler “Oncología ginecológica” Mc Graw-Hill, Interamericana 1998, pags 9-11

- Adenocarcinoma
- Maligno no especificado
- Células neoplásicas de otro origen
- Imagen de infección por virus del papiloma humano (IVPH)

5.6.5. RESULTADO DE LA MUESTRA SE INTERPRETA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- Negativo a Cáncer. Las células del cuello del útero no muestran ninguna alteración, por lo tanto el cervix esta sano.
- Negativo a Cáncer con proceso inflamatorio. Las células del cervix presentan alteraciones inflamatorias. Este reporte es frecuente en las mujeres con actividad sexual y pueden deberse a un tipo de infección cervicovaginal.
- Displasia Leve, Displasia Moderada, Displasia Grave, son lesiones precursoras que señalan la presencia de células de aspecto claramente anormal, con diferente grado de alteración de las capas del cuello uterino.
- "Cáncer In Situ". Es también una lesión precursora el que existe células anormales en las capas superficiales de células que recubre el cervix.

- **Cáncer Micro-Invasor o Invasor.** Las células cancerosas afectan capas de tejido mas profundas del cuello uterino o se han diseminado en otras áreas del útero.

5.6.6. RECOMENDACIONES ANTE LA PRESENCIA DEL RESULTADO CITOLOGICO ANORMAL

Ante un resultado inflamatorio con hallazgos de infección cervicovaginal el medico informara y orientara a la paciente sobre la importancia y conveniencia de Seguir las recomendaciones en cuanto la aplicación y toma de medicamentos tanto de ella como de su pareja en el horario señalado.

- La pareja debe de abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tiempo que dure el tratamiento
- Acudir a las citas que le programen el personal de salud para valorar el resultado de su tratamiento
- Repetir la citología cervical dos meses después de resuelto el problema de infección con la finalidad de valorar nuevamente las condiciones del cuello uterino y tener la certeza de que no existe algún otro tipo de alteración.

A las mujeres que se le detecta la presencia de displasia o cáncer es necesario orientarlas para que continúen su manejo y explicarles la necesidad de realizar

otros estudios mas especializados que permiten confirmar el diagnostico y así establecer el tratamiento mas adecuado para controlar la enfermedad.

Se debe informar respecto a cada uno de los procedimientos tanto de diagnostico como de tratamiento que se indique señalando en forma sencilla en que consisten y cuales son los pasos a seguir en cada uno de ellos.

5.6.7. PARTICIPACION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA PARA LA TOMA CORRECTA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL

- A las mujeres que asisten para realizarse la detección de cáncer cervicouterino les informara que es la citología cervical y cual es el procedimiento de la toma de la muestra con el propósito de reforzar la confianza y aceptación del estudio.

- Señalara a la paciente la importancia de la veracidad de los datos que proporcione en relación a su dirección y teléfono a caso de ser necesaria su localización.

- Promoverá la toma de la citología vaginal en forma subsecuente

- Informara y orientara sobre la importancia de acudir a consulta con el medico familiar treinta días después de la toma de la muestra para saber los resultados del estudio.

- Cuando las mujeres que asisten a la detección informan que tienen flujo o cuando el personal detecté durante la exploración alguna alteración orientara a la mujer sobre la importancia de solicitar consulta con su medico familiar para el tratamiento correspondiente

- A las mujeres mayores de 25 años de edad con vida sexual activa que asistan al servicio de medicina preventiva por motivos tales como inmunizaciones, detección de diabetes etc. las sensibilizará sobre los beneficios sobre la práctica de la citología vaginal y las orientara sobre las condiciones en que deben de acudir a la toma de la muestra.

5.6.8. MOBILIARIO, EQUIPO Y MATERIAL PARA LA TOMAR LA MUESTRA DE CITOLOGÍA VAGINAL

MOBILIARIO

- Escritorio y silla secretarial
- Maquina de escribir
- Mesa de exploración ginecológica con talonera
- Banco giratorio

- Bote de basura de acero inoxidable con pedal
- WC dentro del área de vestidor
- Percheros

EQUIPO

- Charola de acero inoxidable de 60 x 20
- Mesa de mayo de acero inoxidable
- Lámpara de chicote
- Mesa pasteur de acero inoxidable

MATERIAL

- Espejo vaginal desechable (no requiere esterilización)
- Espejo vaginal metálico esterilizado chico
- Cepillo colector endocervical (citobrush no requiere esterilización)
- Abate lenguas de madera o espátula de Ayre
- Laminillas portaobjetos
- Guantes de látex desechables
- Cubre bocas
- Lápiz marcador con punta de carbón de tungsteno
- Fijador en aerosol sin laca
- Bata para paciente
- Torundas alcoladas
- Gasa de 5 x 5
- Frasco de solución salina
- Toallas femeninas desechables

5.6.9. FORMATOS DE REGISTRO

- Formato de solicitud y reporte de resultado de citología cervical
- Libreta de control
- Formato de concentrado diario de actividades
- Formato de registro mensual de las actividades medico preventivas

5.7. PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACION DE LA CITOLOGIA VAGINAL DENTRO DEL IMSS:

- Solicite la cartilla de salud y citas médicas de la mujer e interrogue cuando se realizo la última detección. Si ya inicio vida sexual activa, y tiene 25 a 64 años, tiene mas de tres años sin detección, tuvo su primera citología hace un año o nunca se ha hecho su Papanicolaou, indique que debe de efectuarse la detección.
- Si no esta menstruando o recibiendo tratamiento por infección cervico vaginal, explíquelo que le tomara una muestra de las células del cuello del útero y que las molestias no serán mayores alas de una exploración ginecológica.

- Si esta menstruando recibiendo tratamiento con óvulos, o cremas vaginales, cítela, anotando día y hora en la que tendrá que acudir para la detección.
- Llene con cuidado el formato de solicitud (Pesquisa) y reporte de resultados de citología cervical y pedirle que pase al vestidor y se coloque la bata con la abertura hacia atrás.
- Anote en el extremo izquierdo de la laminilla con lápiz punta de diamante las iniciales de la mujer, número de afiliación, y número de folio.
- Solicite que se coloque en posición ginecológica sobre la mesa de exploración, cubra las piernas de la mujer con una sabana. Coloque la luz de tal forma que permita visualizar el campo en donde se hará la toma.
- La enfermera se debe de colocar un cubre bocas, debe de aplicar solución fisiológica antes de introducir el espejo vaginal.
- Indique que la mujer respire lentamente con la boca abierta para que relaje el cuerpo y tenga menos molestias al introducir el espejo.
- Separe los labios mayores con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda enguantada.

- Tome el espejo vaginal con la mano derecha y colóquelo en forma lateral y cerrado.
- Indique a la mujer que puje e introduzca el espejo vaginal, gírelo con un movimiento suave, seguro y ligeramente hacia atrás y abajo, y abre el espejo.
- Eleve lentamente la puna del espejo sin sacarlo, a fin de visualizar el cuello del útero, cuando lo observe en su totalidad, asegure el espejo vaginal.
- Retire el moco o exudado abundante con una gasa.
- Observe las condiciones del cuello y de la vagina, buscando anomalías como ulceraciones, sangrados, tumoración.
- Efectué la primera toma con el extremo irregular de la espátula de Ayre o la abate lenguas para obtener material de la zona escamo cilíndrica (zona de transformación).
- Extienda la muestra uniformemente en el tercio medio de la laminilla, con movimientos circulares.
- Tome la segunda muestra del endocervix con el citobrush introdúcelo hasta que desaparezcan las cerdas a través del orificio cervical, girándolo suavemente 180° a favor de las manecillas del reloj.

- Retire el citobrush y extienda la muestra en el tercio externo de la laminilla, inclinando las cerdas ligeramente y girando el cepillo en sentido contrario de las manecillas del reloj, cierre el espejo.
- Indique a la mujer que afloje su cuerpo y retire el espejo vaginal en un solo movimiento.
- Fije la muestra con aerosol (Cito spray), mediante rociado fino y uniforme, a una distancia de 5° centímetros. Espere a que se seque la laminilla y guárdela en la caja porta laminillas.
- Solicite a la mujer que se baje de la mesa y se cambie.
- Informe la fecha aproximada de entrega de resultados. Para que acuda con su medico familiar, mencione que algunas muestras son insuficientes e inadecuadas y será necesario tomar una nueva muestra, en este caso se le llamara o se le buscara en su domicilio.
- Anote las acciones en la cartilla y en el registro diario (hojas Raíz).¹⁴

¹⁴ Programas Integrados de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

5.8. CALIDAD DE LA MUESTRA CITOLOGICA

Para valorar si la muestra se tomo de forma adecuada se considerara la presencia en la laminilla de células endocervicales y exocervicales, ya que esto indica que la muestra fue tomada de la zona de transformación o de la union escamocilindrica.

En el apartado 15 del formato de solicitud y reporte de resultados de citología cervical, que se refiere a características de la muestra se registra este dato por el cito tecnólogo. En aquellas pacientes en las que la muestra no contenga estas, el estudio se considerara inadecuado y deberá repetirse.¹⁵

5.9. CAUSAS MAS FRECUENTES QUE IMPIDEN LA TOMA DE UNA MUESTRA ADECUADA

- Que la mujer se encuentre muy tensa y no coopere en la realización del estudio

- El cuello uterino no se identifique

¹⁵ 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

- La muestra no se tome de la zona de transformación o de la unión escamocilíndrica

- La muestra no sea completamente transferido a la laminilla

- Que no exista suficiente desprendimiento de células epiteliales al tomar la

- El frotis no se extienda lo suficiente y quede grueso que la muestra se deje secar antes de fijarla

- Que se use insuficiente o excesiva cantidad de fijador

- Que la muestra contenga material inflamatorio relacionado con la menstruación o material purulento. Por ello, cuando exista sangre o exudado es conveniente limpiar el cuello con una gasa antes de tomar la muestra

5.10. ESTADÍSTICAS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL

El tamizaje anual de las mujeres en edad fértil mediante la prueba de Papanicolaou puede ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino invasor gracias a la detección a tiempo de la displasia cervicouterina, estado precanceroso más fácil de tratar. Sin embargo, las mujeres de origen hispano participan menos

en los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino que las mujeres de otros grupos étnicos. Según la Encuesta de Vigilancia sobre Factores de Riesgo Conductuales, realizada en El Paso, Texas, EUA, 16,6% de las mujeres hispanas mayores de 18 años nunca se han sometido a la prueba de Papanicolaou. Las razones de esta actitud son los sentimientos de vergüenza, miedo y desesperanza, la falta de conocimientos acerca del cáncer cervicouterino y del tamizaje, y la carencia de un seguro de salud. La mayoría de los estudios que han evaluado los factores que determinan la poca participación de estas mujeres en el tamizaje de cáncer cervicouterino han abarcado a todos los grupos de edad, por lo que no se dispone de suficiente información acerca de los elementos que influyen específicamente en las mujeres jóvenes de este grupo poblacional.

Este estudio correlacionó los antecedentes de participación en el tamizaje de cáncer cervicouterino con las creencias, actitudes y características personales de las mujeres de origen hispano de 18 a 25 años de edad que residen en El Paso, área metropolitana ubicada en la frontera entre México y EUA. Para ello se aplicó una encuesta transversal a una muestra de conveniencia compuesta de 200 mujeres de 18 a 25 años de edad que se consideraban a sí mismas hispanas y que asistían a cursos de superación en varios centros de educación para adultos en El Paso.

Se elaboraron varias escalas basadas en el Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model), desarrollado en la década de 1950 para explicar el poco uso que se hacía de los servicios de tamizaje y prevención establecidos para la detección y el tratamiento tempranos de enfermedades asintomáticas. Las

escalas empleadas fueron diseñadas para evaluar la percepción que tenían las mujeres participantes acerca de su predisposición a padecer de cáncer cervicouterino, la gravedad de esta enfermedad, los beneficios del tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou y las barreras que les impedían someterse al tamizaje. La encuesta también contaba con una escala de aculturación basada en el Índice de Aculturación General de Balcazar con respuestas estructuradas mediante una escala de Lickert. Por último, las encuestadas también respondieron preguntas acerca de sus pruebas de Papanicolaou anteriores, los embarazos que habían tenido, su actividad sexual y los métodos anticonceptivos que empleaban, así como el nivel de escolaridad que habían alcanzado y el tipo de seguro médico que tenían.

De las 189 mujeres que respondieron la encuesta, 69% informaron de haberse realizado alguna vez una prueba de Papanicolaou, pero solo 56% dijeron habérsela realizado en el último año. Asimismo, 80% de las encuestadas manifestaron que eran sexualmente activas y de ellas, 63% dijeron usar algún método anticonceptivo. La mayoría de las encuestadas (72%) comprendían la gravedad del cáncer cervicouterino, su susceptibilidad a padecerlo (89,8%) y los beneficios que brinda la prueba de Papanicolaou (69,3%). Sin embargo, solo 61,2% respondieron que la mayoría de las mujeres jóvenes que conocían se sometían a esta prueba. Tener un mayor nivel de aculturación y considerar que la mayoría de las mujeres jóvenes solteras se someten a la prueba de Papanicolaou se asociaron de manera directa con el hecho de haberse sometido al tamizaje en alguna ocasión.

Algunos elementos percibidos como barreras para hacerse el Papanicolaou mostraron una asociación con el hecho de no haberse realizado nunca esta prueba. Los principales fueron la idea de que la prueba sería dolorosa o causaría vergüenza, que la prueba afectaría a la virginidad, el no saber a dónde dirigirse para hacérsela, el sentimiento de que la pareja no la aprobaría, el criterio de que solo las mujeres que han tenido hijos necesitan la prueba, y la idea de que las mujeres solteras que se hiciesen la prueba serían vistas como mujeres sexualmente activas. Se encontró una asociación más débil con la creencia de que otras mujeres jóvenes se realizaban la prueba.

Los resultados de este estudio demuestran que las mujeres estadounidenses de origen hispano que no tienen una vida sexual activa no siempre perciben la necesidad de hacerse una prueba de tamizaje de cáncer cervicouterino. Las mujeres con un mayor nivel de aculturación presentaron una probabilidad cinco veces más alta de haberse hecho una prueba de Papanicolaou que el grupo de menor nivel de aculturación.

A pesar del diseño transversal de este estudio y de que se basó en datos aportados por las propias mujeres, los resultados revelan que la participación de las mujeres jóvenes de origen hispano en el tamizaje de cáncer cervicouterino es baja en esta comunidad urbana de la frontera entre México y EUA. Además, demostró que determinadas percepciones erróneas obstaculizan el tamizaje en este grupo de mujeres.¹⁶

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud ,Programa de Publicaciones (DBI/E)525 Twenty-third Street, NW Washington, DC 20037, EUAFax: (202) 338.0869

MARÍA DEL CARMEN CASTRO VÁSQUEZ en su artículo, presenta el primer análisis de los resultados obtenidos en la encuesta realizada a una muestra probabilística de mujeres madres de 25 a 55 años de edad, de los sectores medio y popular, en Hermosillo, Sonora, sobre el conocimiento del cáncer cervicouterino y la práctica de la prueba del Papanicolaou. Los resultados se presentan diferenciados por sector social, así como algunos con base en la población total. Dicha encuesta es la primera parte de una investigación más amplia que busca profundizar en el conocimiento sobre los elementos socioculturales que facilitan y obstaculizan la prevención de este cáncer. Algunos de los resultados: la mayor parte de las mujeres afirmaron conocer la prueba del Papanicolaou y el cáncer, en términos generales, pero al indagar en información más específica las proporciones disminuyeron de manera importante; las mujeres que alguna vez se habían realizado la prueba son en mayor proporción del sector medio que las del sector popular; Llama la atención que la mayoría de las mujeres no recibieron información sobre cuerpo y sexualidad en su niñez y adolescencia en su familia¹⁷

FERNANDO MENESES-GONZALEZ Y EDUARDO CESAR LAZCANO PONCE, presentan las prevalencias de uso del examen Papanicolaou en 64,762 mujeres entrevistadas por la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación en la República Mexicana. La población de estudio fueron mujeres de 15 a 49 años de edad, entre las cuales más del 90% fueron mayores de 25 años. La prevalencia de utilización de Papanicolaou fue de 126.79 por cada 100,000

¹⁷ www.ciad.mx/desarrollo/revista/n16.htm

mujeres de 15 a 49 años, y estas son diferentes de acuerdo con la edad, la escolaridad y el acceso a la seguridad social. Los resultados muestran que el Programa de Detección de Cáncer Cervical de México incide en mayor proporción en mujeres que potencialmente se encuentran en una situación de riesgo bajo de enfermedad y, por el contrario, la prevalencia de utilización de la población objetivo del programa es baja. Las tasas de prevalencia estatal más bajas del antecedente de uso de Papanicolaou alguna vez en la vida se registraron en Aguascalientes (0.64 mujeres de 15 a 49 años que alguna vez tuvieron Papanicolaou), Oaxaca (1.31 mujeres de 15 a 49 años que alguna vez tuvieron Papanicolaou), Baja California (1.41 mujeres de 15 a 49 años que alguna vez tuvieron Papanicolaou) y Tlaxcala (1.47 mujeres de 15 a 49 años que alguna vez tuvieron Papanicolaou). Comparando estos resultados con la Encuesta Nacional de Salud II, la prevalencia de uso de Papanicolaou no ha cambiado en el patrón de utilización de las mujeres mexicanas y confirma que el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervical requiere de una mayor intervención.¹⁸

Cifras encontradas de un total de mil 791 resultados y laminillas de tomas de Papanicolaou, 947 resultaron positivos o precursores del cáncer cérvico uterino

Las laminillas fueron tomadas a mujeres de los municipios de Pinotepa Nacional, Tuxtepec, así como las regiones del Istmo de Tehuantepec, Valles Centrales y la Sierra

Datos oficiales señalan que Oaxaca ocupa el segundo lugar en mortalidad por

¹⁸ Rev Inst Nal de Carcerol Mex 1999; Volumen 45(1): 17-23

cáncer cervicouterino al registrar un promedio de 190 muertes por año, lo que significa que cada tercer día fallece una mujer como consecuencia de este padecimiento.

Los empleados del sector salud, que por razones obvias omitieron sus nombres, entregaron al comunicador documentos comprobatorios en los que se demuestra que en los 947 exámenes antes referidos realizados entre 2001-2003, los resultados son positivos de lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino.¹⁹

En México muere una mujer cada dos horas por cáncer avanzado de cuello útero.

En Paraguay la tasa es de 47 casos cada 100,000 habitantes.

En Colombia las mujeres tienen un 4.7% de probabilidad de desarrollar un carcinoma invasor.

En Chile mueren 9 cada 100.000 por esta patología.

En Bolivia se esperan 1.500 casos nuevos por año.

En Uruguay el cáncer de cuello ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la mujer.²⁰

¹⁹ www.cimacnoticias.com/especiales/llamadosalud/ -

²⁰ HYPERLINK "http://www.pasteurlab.com/Notipasteur

Madrid, 12 de enero de 2006 – Las mujeres mayores de 55 años, las que viven en zonas rurales y las de niveles sociales menos privilegiados no se realizan de forma óptima el test de Papanicolau o citología vaginal, la única prueba para la detección precoz de lesiones precancerosas que pueden evolucionar a cáncer invasor de cuello uterino (también denominado cáncer de cervix), un tumor que afecta cada año a 10 de cada 100.000 mujeres en España (unos 2.100 casos anuales de carcinoma invasor) y cuyo pronóstico es desfavorable cuando se detecta en estadios avanzados.

Así se pone de manifiesto en el Estudio Afrodita, un trabajo reciente realizado en España para evaluar la cobertura del cribado del cáncer de cuello uterino mediante citología vaginal a nivel nacional, basado en una encuesta a 6,852 mujeres de entre 18 y 70 años, de 17 comunidades autónomas.

Aunque las tasas de incidencia de este tipo de cáncer en nuestro país son de las más bajas de Europa, el Dr. Luis María Puig-Tintoré, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona y coordinador de este estudio junto con el Institut Català d'Oncologia, comenta que “el cáncer de cuello de útero no ha desaparecido en España a pesar de que se está haciendo cribado, incluso sorprende que ha aumentado el número de casos en los últimos años. Esto nos llevó a querer conocer primero qué cantidad de pruebas se hacen, dónde y quién las hace y qué resultados se obtienen; saber el número de citologías anormales que obligan a hacer otros estudios y, por último, tener datos sobre el nivel de conocimiento de las mujeres sobre el objetivo de las revisiones y sobre la propia infección por el virus del papiloma humano”.

En nuestro país disponíamos hasta ahora de una información limitada sobre la cobertura del cribado del cáncer de cuello uterino. Para los especialistas era importante cuantificar y monitorizar el uso de la citología para poder planificar y racionalizar su uso en un país con un cribado oportunístico como el nuestro, lo que motivó la puesta en marcha del Estudio Afrodita.

Los programas organizados de cribado poblacional mediante citología aunque con limitaciones han demostrado disminuir la incidencia y mortalidad derivada del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, en España, quizás debido a las bajas tasas de incidencia tradicionales, la estrategia de realización de citologías ha sido oportunística en las revisiones ginecológicas y no ha habido programas de cribado poblacionales organizados.

Aunque algunas comunidades han ido adoptando las recomendaciones de los organismos internacionales para establecer protocolos de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, otras comunidades no lo hacen. Así mismo, existen datos, confirmados en el Estudio Afrodita, que muestran que el cribado oportunístico practicado lleva a la sobre utilización de la prueba en las mujeres más jóvenes, con más medios económicos y de bajo riesgo y a la infrautilización de la prueba en las mujeres mayores, con menos medios económicos y que más lo necesitan.

Las diferentes sociedades médicas (Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Citología) recomiendan de manera consensuada realizarse la primera citología a los tres años después del inicio de las relaciones sexuales o

a partir de los 25 años. La frecuencia más recomendada para la repetición de la prueba es cada tres años, tras dos exámenes anuales con resultados normales. Una periodicidad inferior aporta escasos beneficios e incrementa notablemente los costes.

Según explica el Dr. Puig-Tintoré, “estas pautas están internacionalmente aceptadas, lo que ocurre es que en España no se siguen bien. La ausencia de un cribado poblacional organizado motiva que las mujeres que no acuden voluntariamente a un control tengan un riesgo más elevado de desarrollar un cáncer.

Por otra parte, el cribado oportunista o a voluntad de la mujer, es poco eficiente, al reiterarse innecesariamente su frecuencia. La revisión ginecológica, aconsejable de forma periódica, no incluye realizar necesariamente cada año una toma citológica, que debe seguir las pautas de cribado aconsejadas. El contenido de la revisión variará en función de las características individuales de cada mujer, distintas a lo largo de la vida (adolescencia, madurez sexual, embarazo, premenopausia, menopausia o senilidad”).

El estudio Afrodita fue presentado a la comunidad científica por el Dr. Xavier Castellsagué, del Servicio de Epidemiología Registro del Cáncer del Institut Català d’Oncologia y autor del estudio, el pasado mes de noviembre en el marco de la XVII Reunión Anual de la Asociación Española de Patología

Cervical y Colposcopia y, en líneas generales, pone de manifiesto una cobertura desigual del cribado de cáncer de cuello uterino en España. Aunque la cobertura general se acerca a la óptima del 80%, existen comunidades autónomas donde la cifra se aleja bastante de este resultado.

Así, las cifras oscilan entre una cobertura citológica del 85,3% de las mujeres en Canarias en los últimos cinco años hasta el 58,3% de cobertura en Extremadura.

Además de Canarias, las comunidades autónomas con una mayor cobertura de cribado de cáncer de cuello de útero son Madrid, La Rioja y Asturias. En el otro extremo se encuentran, además de Extremadura, las comunidades de Andalucía y Castilla-la Mancha.

Por último, el residir o no en una ciudad favorece el cribado de cáncer de cuello uterino. El 61,1% de las mujeres de pueblos con menos de 5.000 habitantes se han practicado una citología alguna vez frente al 77,6% de las de municipios con más de 200.000 habitantes.

Además del lugar de residencia, la edad también influye en el tamizaje de cáncer cervical. Así, mientras que un 77% de las mujeres de entre 26 y 35 años se han realizado una citología, el porcentaje aumenta a 84% en el tramo de edad de entre 36 y 55 años y disminuye al 63% en las mujeres de más de 55 años.

También se observan diferencias respecto a la frecuencia de realización de las citologías. Mientras que el 41% de las encuestadas se habían sometido a la prueba hace menos de un año, el 69% se la habían hecho en los últimos tres años y el 73% en los últimos cinco años.

La clase social también resultó ser un factor influyente en la realización de citologías. Según pone de manifiesto el estudio Afrodita, el 59% de las mujeres situadas en el nivel más bajo de la escala social se habían realizado alguna vez una citología frente al 83% en el nivel más alto.

Información sobre la prevención del cáncer de cuello de útero

Además, de estimar la cobertura del cribado cervical mediante la técnica de Papanicolau en mujeres españolas, el estudio Afrodita tenía ciertos objetivos secundarios como conocer los factores asociados con el uso de la prueba, describir diferencias en los antecedentes obstétricos y ginecológicos de las mujeres españolas según grupos de edad y describir el grado de conocimiento de las mujeres españolas respecto a la citología vaginal y al virus del papiloma humano (VPH).

Según han demostrado diversos estudios, el VPH, concretamente los subtipos VPH 16 y el VPH 18, es la causa directa del desarrollo de más del 99% de los casos del cáncer de cuello de útero. Según los últimos datos epidemiológicos, el 75% de las mujeres padecen una infección por VPH en algún momento de su vida, generalmente poco después del inicio de su actividad sexual. Cualquier mujer sexualmente activa tiene riesgo de exposición a los VPH de

alto riesgo que se transmiten por contacto piel con piel durante la actividad sexual.

Aunque se trata de una infección muy frecuente, la probabilidad de transmisión es mayor en las mujeres que inician sus relaciones sexuales muy jóvenes, en las que tiene varias parejas sexuales a lo largo de su vida y en las que, aún siendo monógamas, mantienen relaciones sexuales con hombres que han tenido a su vez varias parejas.

Según pone de manifiesto el estudio Afrodita, a un 73% de las mujeres nunca le han hablado de cómo prevenir o evitar el cáncer de cuello de útero. En el caso de las mujeres que respondieron afirmativamente a esta cuestión fue el ginecólogo su principal fuente de información.

A pesar de la frecuencia de la infección por VPH y su estrecha relación con el cáncer de cuello de útero, sólo un 38% de las españolas conoce el VPH, frente a un 51% que no sabía de su existencia.

De esta última parte de la encuesta se concluye que es necesario mejorar la difusión a la mujer de la información y utilidad de la citología cervical para la prevención del cáncer de cuello uterino.

Se prevé que entre 2006 y 2007 esté disponible una vacuna para prevenir la infección por los tipos más oncogénicos del VPH. La introducción amplia de esta vacuna en la población podría aumentar y complementar de forma notable la prevención conseguida por la realización periódica de citologías vaginales.²¹

²¹ www.buscasalud.com/boletin/noticias/2006_01

En un estudio realizado en estados unidos de america por Irwing M. Rosenstock, se encontro que de las mujeres entre los 25 y 59 años de edad, en quienes se concentra el programa de tamizaje de cáncer cervicouterino 78,8% habían tenido como mínimo una prueba de Papanicolaou en su vida, y 68,8% habían tenido una en los últimos 3 años. Según las estadísticas del programa, 637 de las mujeres que indicaron haberse sometido a una prueba de Papanicolaou durante el último año, solamente 20,6% necesitaban hacerse la prueba. Las demás no pertenecían al grupo de edad que se la debía hacer o se habían sometido a otra prueba hacía menos de 30 meses. Las mujeres de raza negra y las de bajos ingresos fueron las más propensas a no haberse hecho la prueba en los 3 años anteriores a la encuesta (41,7 y 64,3%, respectivamente), y fueron precisamente las que tuvieron el riesgo más alto de padecer de cáncer cervicouterino (62,3% en el caso de mujeres con tres factores de riesgo o más). La concentración de la prueba en ciertos grupos mostró una asociación directa con la posición socioeconómica²²

²² Mail Stop K-64, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3717
(770) 488-4751 - Sistema de información de voz 1 (888) 842-6355 - Fax (770) 488-4760
cancerinfo@cdc.gov
<http://www.cdc.gov/cancer>
<http://www.cdc.gov/spanish/cancer>

5.11. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA MOTIVAR LA REALIZACION DE LA TOMA DE PAPANICOLAOU

5.11.1. ¿QUE SON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS?

Desde los primeros tiempos, con la existencia de la persona humana; el deseo de comunicación era de vital importancia. Sin la comunicación, no habría transmisión de conocimientos, ideas, pensamientos, sentimientos, etc. El hombre primitivo ha ido evolucionando a lo largo de los milenios, llegando a construir un lenguaje interpretado y hablado por medio de símbolos y luego de letras a los cuales les ha dado significado y conforman hoy el Lenguaje.

La comunicación a distancia, ha sido su preocupación. El hombre ha querido acortar la distancia física. Desde las primitivas señales de humo, pasando por el telégrafo eléctrico hasta llegar la actual Internet. La distancia, se ha visto acortada con los avances tecnológicos, que el hombre actual (descendiente de ese hombre primitivo) ha construido hasta lograr resultados que han transformado el pensamiento humano y la forma de comunicarse.

Los medios de comunicación masivos nos acercan información de cualquier parte del mundo en un abrir y cerrar de ojos. El caudal de información al cual se tiene acceso es inmensurable. Se ha conquistado el espacio. Ya no solo de utiliza la Tierra como escabel de sus inventos tecnológicos; sino que los ha

colocado a grandes distancias sobre el Planeta y de los cuales hace uso para proveer de información a toda la humanidad

La comunicación es un aspecto fundamental en la vida de las personas. Existen diversas formas de comunicación:

Dos personas se comunican por medio de gestos y palabras.

La ropa que lleva puesta una persona, indica a que se dedica esa persona. Ej. Enfermera, policía, bombero, etc.

El reloj es un medio de comunicación que da la hora.

Un pictograma de "Prohibido fumar" puede ser interpretado por cualquier persona en todo el mundo.

Las comunicaciones tienen algo en común: todas transmiten un mensaje o una información.

La comunicación humana consiste en la transmisión de información a través del espacio y del tiempo.

5.11.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVAS:

➤ Telégrafo Eléctrico

En 1832, Samuel Morse, presencié una demostración en la cual se observaba cómo la electricidad era capaz de hacer oscilar un imán. Morse descubrió que de esta manera podía mover un lápiz. Entonces dedujo que era posible enviar

mensajes a través de un alambre por donde circula electricidad, abriendo y cerrando el circuito de modo tal que se produjeran impulsos eléctricos de diferente extensión.

En 1843, Morse desarrolló el telégrafo eléctrico y un código de puntos y rayas, conocidos con el nombre de Código Morse.

El operador envía los mensajes en forma de puntos, rayas y espacios, según como presionaba la tecla del transmisor. En otra población había un receptor que imprimía con tinta sobre una cinta de papel los correspondientes puntos o rayas enviados en forma de impulsos eléctricos.

➤ **La Radio**

En 1899, Guglielmo Marconi de 21 años de edad, logró una comunicación inalámbrica, de costa a costa del canal de la Mancha (50 Km.) en código Morse. Surge la telegrafía sin hilos o radiotelegrafía. La radiotelegrafía no permitía transmitir la voz humana porque las ondas eléctricas que emitía solo podían lograrse por impulsos y no con la secuencia continua que es necesaria para emitir voces o música.

En 1906, Lee de Forest, inventó las válvulas termoiónicas que pueden amplificar (modular las ondas) las señales eléctricas correspondientes a los sonidos, con lo cual se hizo posible la radiodifusión.

El 27 de agosto de 1920, se realizó la primera transmisión radial en la Argentina, desde el teatro Coliseo de Buenos Aires, transmitiendo la obra Parsifal.

Las emisoras de radio pueden transmitir por AM (amplitud modulada) o por FM (frecuencia Modulada).

En la actualidad, es un valioso medio de información y educación por la rapidez de su difusión, por la economía del servicio y por el alcance de su emisión.

➤ **La televisión**

En 1926, John Baird, presentó las primeras imágenes televisivas al Royal Institute de Londres. El desarrollo de la televisión comenzó en 1930, tuvo un paréntesis durante la Guerra Mundial porque los científicos se dedicaron al radar y a las comunicaciones militares.

En la década del '70, las emisiones en color comenzaron a imponerse sobre el blanco y negro.

La televisión es un medio de difusión y de penetración cultural muy importante. Su influencia en la sociedad actual es evidente. La televisión puede informar, entretener y educar.

➤ **La información**

El intercambio de información y de conocimientos entre las personas, a través del espacio y del tiempo, constituye la esencia del proceso de la comunicación.

El dato, es la representación por medio de símbolos, es decir, números, palabras o dibujos de una parte de la realidad. Es algo, sobre que se tiene conocimiento, pero que por sí solo no dice nada. Ej. 1969. Los datos deben ser registrados de alguna manera para que estén disponibles cuando sean necesarios. Ej. Disquetes, planos, libros, etc.; éstos se consideran soportes de datos.

La información, son las respuestas (a los qué, cómo, cuándo, cuánto) que se logra a partir de la interpretación y el procesamiento de los datos, reduciendo la incertidumbre acerca de un suceso. Ej. 20 de Julio de 1969.

Ejemplo: La guía telefónica está llena de datos: apellido, nombre, dirección, teléfono. Cuando alguien busca el número telefónico de una persona, el dato se transforma en información. Se puede decir que la persona procesó los datos; y al marcar el número, utilizó la información.

➤ **Retroalimentación**

Procesar datos para obtener información quiere decir realizar con esos datos determinadas operaciones intelectuales. En el caso de la guía telefónica, la

operación es la búsqueda. Si quiero saber si una empresa ganó o perdió plata; el proceso es matemático: Debe – Haber.

La misma información puede significar cosas diferentes según quien la recibe. Ej.: El sonido de la bocina de un tren, significa para el pasajero que espera en la estación, que su medio de transporte está llegando. Para los automovilistas dispuestos a cruzar el paso a nivel, significa que deben detenerse y esperar que pase el tren. Para la persona que viaja en el tren, significa que está llegando.

El significado de la información depende del momento, de la situación, de la persona que la recibe y de su necesidad.

En todo sistema de comunicación debe existir:

El mensaje o información que se desea transmitir.

El emisor que envía los mensajes.

El receptor que recibe los mensajes del emisor.

El medio por donde viajan los mensajes desde el emisor al receptor.

Redes de comunicación

➤ **Internet**

El desarrollo de la computación y su integración con las telecomunicaciones en la telemática han propiciado el surgimiento de nuevas formas de comunicación, que son aceptadas cada vez por más personas. El desarrollo de las redes informáticas han posibilitado su conexión mutua y, finalmente, la existencia de Internet, una red de redes gracias a la cual una computadora puede intercambiar fácilmente información con otras situadas en regiones lejanas del planeta.

Las redes de computadoras resultan de la conexión de varias computadoras entre sí, desde pocos centímetros de distancias a kilómetros de distancias entre cada una de ellas.

La finalidad de la misma es compartir recursos (generalmente caros y escasos) como impresoras, lectoras, memorias, etc., además de información almacenada; permitiendo de esta manera el aprovechamiento máximo de los recursos de una organización y la disminución de los costos.²³

5.12. COMUNICACIÓN EDUCATIVA

El propósito de la educación para la salud es crear conciencia en las mujeres sobre el beneficio que existe al realizarse la detección en forma periódica. Los

²³ Alegre, N., Calcagno, N., Fernández, M. & Miño, M. (1998). Internet (Trabajo práctico de investigación para la carrera Técnico Universitario en Informática Aplicada). Chaco- Argentina: Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Ingeniería.

puntos fundamentales que deben comunicarse para que se realice estas son las siguientes:

- Realizarse periódicamente el estudio de citología cervical cuando haya iniciado vida sexual, al contar con dos resultados negativos en dos años consecutivos, la prueba podrá diferirse cada tres años hasta la edad de 65 años
- Las mujeres menor de 25 años que han iniciado vida sexual antes de los 18 años deben de realizarse la detección temprana,
- Para apoyar esta conducta en la población femenina, es absolutamente indispensable que la población masculina sea adecuada en la importancia de su participación, alentando y acompañando a sus familiares mujeres a realizarse el estudio
- En mujeres mayores de 65 años, con dos resultados negativos consecutivos en los últimos cinco años, no está indicado continuar los estudios, tampoco en mujeres con histrectomía total por enfermedad benigna, con excepción de aquellos casos que exista alguna indicación médica .
- 95 de cada 100 mujeres que se realizan el estudio, tienen un resultado negativo a cáncer y la mayor parte de aquellas con algún resultado anormal al ser atendidas por el ginecólogo en la clínica de displasias tienen curación total.

La educación como elemento principal para formar la salud, en cualquiera de sus modalidades, se realiza siempre mediante el proceso de comunicación.

A través de la comunicación educativa se puede promover el uso adecuado de los servicios de salud, crear una amplia sensibilidad tanto en los prestadores de servicios, como en la población general, difundir nuevos conocimientos, así como fomentar cambios en creencias y conductas individuales.

La transmisión de mensajes educativos a la población constituye un reto, en donde el proceso educativo no debe limitarse a la transmisión de información por medios masivos, confiando en que los mensajes serán entendidos y aplicados, sino que principalmente buscan la Interrelación directa en el quehacer reforzador y formativo que todo el personal de salud debe de realizar en sus áreas operativas.

Una comunicación eficaz en salud se basa en la transformación de los conocimientos técnicos y científicos a mensajes, que el público al que van destinados puedan comprender, aceptar y explicar fácilmente, lo cual implica necesariamente un flujo constante de información bidireccional, entre el emisor y el receptor.

Al transmitir los mensajes educativos relacionados con el cáncer cervicouterino, los prestadores de los servicios de salud deben adoptar una actitud convincente, procurando no usar términos técnicos incomprensibles, utilizar un lenguaje sencillo de acuerdo a la cultura de la población, evitar al máximo estigmatizar a la mujer por su comportamiento sexual, respetar los valores

hábitos y costumbres de la población y de, y sobretodo vigilar que el contenido de los mensajes sea uniforme y este sustentado en los criterios técnicos médicos establecidos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

Se han identificado factores predictivos de la no demanda de la citología cervical entre ellos se han asociado: el ser mujer menor de 35 años, así como mayor de 54 años de edad, con bajo nivel de escolaridad, residente de áreas rurales o suburbanas, con pobre o nulo conocimiento acerca de la prueba del Papanicolaou como medio de detección oportuno, el no haber recibido explicación de los pasos a seguir en la toma de la citología cervical, la inaccesibilidad de las unidades de atención a la salud y el machismo de la pareja que prohíbe a la mujer practicarse el estudio.

Estos factores predictivos de la no demanda permiten orientar las actividades educativas a la población más vulnerable, y en la que será necesario hacer una mayor labor persuasiva, enfatizando los beneficios que representa para la mujer la prueba del Papanicolaou.

El desarrollo de las actividades educativas se realizarán a través de técnicas de comunicación interpersonal: individuales y grupales, así como de medios masivos.

Comunicación individual: en las unidades médicas el personal de salud incluirá los mensajes educativos relacionados con el cáncer cervicouterino por medio de entrevistas y como parte de la atención integral a la salud,

durante el contacto que tenga con la población femenina usuaria de los servicios; así mismo, estos mensajes serán incorporados en el quehacer del personal que realiza actividades de campo en los programas de vacunación universal, fomento de la salud, paquete básico de salud escolar y en el acuerdo de acciones vinculadas para la salud de los trabajadores, programa de atención integral al adulto mayor.

Las actividades educativas de campo serán una estrategia fundamental para la búsqueda intencionada de mujeres derechohabientes no usuarias de las unidades que nunca se han realizado el estudio de citología cervical o tienen mas de tres años de no practicárselo.

Comunicación grupal: en las sesiones educativas grupales que se realizan dentro de las unidades y de las comunidades, se incorporaran los mensajes relacionados con en el cáncer cervico uterino. El personal que realice estas actividades debe de aplicar y combinar técnicas grupales, como: discusión dirigida, demostración, interrogatorio, teatro, sociodrama, relatos y testimonios de mujeres que han presentado esta enfermedad etc. En todos los casos se estimulara la interacción de los asistentes y se plantearan pregunta que lleven al grupo a la reflexión y que estimulen al dialogo y el intercambio de experiencias.

Medios masivos: los materiales educativos como dipticos, trípticos y folletos que tendrán el propósito de apoyar las actividades de comunicación interpersonal individuales y grupales que realice el personal de salud tanto intra como extramuros. Servirán para reforzar los mensajes educativos mas

importantes que se requiere que la población se acuerde.

Los carteles y anuncios en periódicos murales podrán servir para proporcionar la citología cervical, como medida de prevención del cáncer cervico uterino. En las unidades médicas deberán ser colocados de manera estratégica en lugares visibles, de gran afluencia o tránsito de la población usuaria de los servicios.

Para que la comunicación educativa contribuya a la prevención del cáncer cervico uterino, es necesario que el personal en el que recae la responsabilidad de realizar estas actividades, disponga de la información básica necesaria que permita conocer el problema de salud que se aborda, su magnitud, importancia y trascendencia, los factores de riesgo que están asociados al problema y cuales son las medidas para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control; y con base en ella se puedan elaborar mensajes educativos dirigidos a la población derecho habiente de acuerdo a las características socioculturales y a las necesidades locales de educación para la salud.

Investigación formativa sobre asuntos relacionados con el uso de los medios de comunicación masivos entre las mujeres afroamericanas

El objetivo de este trabajo de investigación es mejorar el uso de los medios de comunicación locales a fin de informar a las mujeres afroamericanas sobre la disponibilidad de los servicios de mamografía. Para ello, se realizarán una serie de reuniones de grupos focales con la participación de mujeres afroamericanas de Georgia, de edades comprendidas entre los 40 y los 64 años, estén en condiciones de aspirar a participar en el programa. Esta investigación se propone determinar, a partir de los encuestados, de qué

manera se podría utilizar la televisión y la radio como fuentes de información de salud e identificar los programas y las estaciones que oyen o ven las mujeres, así como las horas durante las cuales escuchan la radio o ven los programas de televisión. Además, la investigación explorará los diferentes tipos de medios impresos que podrían ser de más utilidad para llegar a ciertas poblaciones. Se espera que los resultados de los grupos focales estén disponibles en 2005. Los mismos serán utilizados para diseñar y someter a prueba una intervención que permita hacer más visible entre las afroamericanas.

Investigación formativa sobre asuntos relacionados con las pruebas de detección del cáncer de seno y el cáncer cervical entre mujeres que raramente o nunca se practican dichas pruebas

El objetivo de este trabajo de investigación formativa fue entender mejor las razones por las cuales algunas mujeres mexicanas o mexicoamericanas que viven en los Estados Unidos se practican las pruebas de detección del cáncer de seno y del cáncer cervical con muy poca frecuencia o por qué nunca lo hacen. Dicho trabajo examinó el conocimiento general que las participantes examinadas tenían sobre el cáncer de seno y el cáncer cervical y sobre las pruebas de detección, sus posiciones y creencias sobre estas pruebas, los facilitadores y las barreras que impiden la realización de las pruebas de detección y la influencia social en las decisiones de la mujeres de hacerse las pruebas de detección del cáncer de seno y el cáncer cervical. Los resultados de este estudio son relevantes para la planificación de una investigación sobre intervenciones conductuales necesarias para llegar a las mujeres mexicanas y mexicoamericanas y aumentar su participación en las pruebas de detección del

cáncer de seno y el cáncer cervical. Se ha concluido la fase de recolección y análisis de datos y se espera que el informe final esté listo a finales de 2004.²⁴

5.13. ASPECTOS LEGALES DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y LA PRÁCTICA ANTIETICA

Hasta hace poco las personas se sentían desvalidas en su papel de pacientes, y esto no era de extrañarse puesto que se les priva de su individualidad, lo mismo que de sus pertenencias y se les lanza en entorno ajeno en el que poco pueden hacer para controlar lo que le suceda. Se les rodea de caras desconocidas y de equipo extraño. Se invade de su vida privada. Pierden la dignidad. Tiene miedo de criticar por temor a las represalias. Dudan en insistir en obtener respuestas a sus preguntas por que reciben un claro mensaje de ocupado. Dentro de todo eso esta subyacente el temor de perder la salud y hasta la vida.

5.14. CARTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

El paciente tiene derecho a que se le otorgue atención considerada y respetuosa.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud
Programa de Publicaciones (DBI/E)
525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA
Fax: (202) 338.0869

El paciente tiene derecho de obtener de su medico información actual y completa en relación con en el diagnostico de su caso, tratamiento y pronostico, en términos que el paciente pueda entender, dentro de lo razonable.

Antes de que se inicie cualquier procedimiento/tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir de su medico la información necesaria para poder otorgar su consentimiento enterado, excepto en casos de urgencias.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento, dentro de los límites de la ley, y a que se le informe de las consecuencias medicas de sus actos.

El paciente tiene derecho a que se respete totalmente su vida privada en relación al programa medico de atención que se le aplique. Las discusiones del caso, las consultas, exámenes y tratamientos son confidenciales y deben tratarse con toda discreción.

El paciente tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros que pertenezcan a su caso se mantengan en secreto.

El paciente tiene derecho a esperar que, dentro de sus posibilidades, el hospital responda a las solicitudes de los servicios hechas por el paciente, según lo indique la urgencia del caso, el hospital debe de proporcionar evaluación, servicios y/o transferencia a otro hospital.

En lo que concierne a la atención que se le otorgue al paciente, este tiene derecho a que se le de cualquier información relacionada con conexiones que existan entre el hospital en que se encuentra y otras instituciones.

El paciente, en caso de que el hospital se proponga a someterlo a experimentación que afecte su atención o tratamiento, tiene derecho a que se le asesore al respeto.

El paciente tiene derecho a esperar que su tratamiento sea continuo, dentro de lo razonable.

El paciente tiene derecho a examinar, y recibir una explicación, de la cuenta de gastos en que ha incurrido, sin importar cual sea la fuente del pago.

El paciente tiene derecho a saber cuales son los reglamentos y normas hospitalarias que deben seguir como paciente.²⁵

5.15. LA ETICA ENFERMERA:

Por todo lo dicho, pensamos que los profesionales de enfermería deben de poseer una ética profesional basada, en primer lugar, en principios sociales, donde el enfoque de los problemas sea, por tanto, el racional y el social, es decir, basado en una ética civil.

En este sentido, es perfectamente aplicable a la enfermería la concepción que de la bioética tiene el profesor Diego Gracia, al defender la necesidad de

²⁵ Joyce Beebe Thompson, "Ética en Enfermería", Manual Moderno 1999, Págs. 289-291

laborar una ética mínima, no confidencial, que puede ser vinculante para todos. Siguiendo a este mismo autor, puede decirse que la moderna ética enfermera a de aspirar a ser universal y por tanto, a ir mas allá de los meros convencionalismos morales, pues, aunque la razón nos sea absoluta, es necesario llegar a establecer criterios universales.

Para ejercer con autentico profesionalismo la enfermería, será preciso partir de una estructura moral integrada por principios y valores éticos, pero teniendo en cuenta que esos valores no han de ser entendidos únicamente en el sentido en que lo emplean las éticas axiológicas es decir, como de cosas valiosas en si mismas o dignas de ser valoradas, si no como metas o fines valorados por la comunidad enfermera, y reconocidos como el producto de un conjunto de valores compartidos, es decir, aceptados, respetados universalmente por las enfermeras y enfermeros.

Defender un modelo de ética civil enfermera no resulta, sin embargo, tarea fácil, pero basándose en los razonamientos expuestos a lo largo de todo este capítulo puede, quizá, concluirse que la ética enfermera ha de ser una construcción moral que oriente las aptitudes y los comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, prevengan sus alteraciones, contribuyan a la recuperación rehabilitación de las personas enfermas, y ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles y, todo ello, desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales.

La ética enfermera ha de ser, por tanto, calificada como una ética social interpersonal que debe regular la conciencia profesional, teniendo como

objetivo principal la defensa de los derechos e intereses regidos por la dignidad de la persona y la rectitud de intención.²⁶

5.16. ENFERMERÍA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD

Es importante que la enfermera conozca los problemas de salud de mayor prevalencia en su país.

Se llama comunidad a una colectividad cuyos miembros presenta ciertas características de vida que le son comunes como el habitar la misma zona, asistir a la misma iglesia, etc...

La enfermera comunitaria puede definirse como la síntesis entre la práctica de enfermería y la salud pública aplicada a promover y conservar la salud de las poblaciones. Pueden distinguirse 6 elementos básicos en la práctica de la salud en la comunidad:

Promover una vida sana elevando el nivel de bienestar para un individuo, una familia, un grupo o toda la comunidad.

Prevenir los problemas de salud, como actividades de protección contra enfermedades, accidentes, malos tratos etc.

Proporcionar cuidados terapéuticos mediante servicios directos e indirectos a individuos con problemas crónicos.

²⁶ M. P. Arroyo/A. Cortina “Ética y Legislación en Enfermería” Mc Graw-Hill, Interamericana, 1998, Págs. 71-75

Brindar servicios de rehabilitación encaminado a reducir las incapacidades, restaurar funciones perdidas y enseñar a vivir con limitaciones.

Hacer una valoración constante de la salud y su atención en una comunidad, así como en el ámbito nacional e internacional para evaluar las necesidades y la eficacia de las medidas empleadas, y para crear mejores servicios.

Practicar la investigación como componente crítico de la práctica de la salud comunitaria, lo cual proporciona los medios para identificar problemas y probar mejores formas de aportar servicios de salud.²⁷

5.17. PROMOCION PARA LA SALUD

No existe una receta que pueda aplicarse de manera general para la promoción de la participación comunitaria. En cada entidad federativa, en cada municipio, en cada localidad, la participación tiene propias peculiaridades que hay que considerar.

Sin embargo existen elementos que necesariamente deben de considerarse en la promoción de la participación comunitaria. El reconocimiento del valor que representa como elemento esencial en la elaboración y en la ejecución de los programas.

Consideran a los integrantes de la comunidad como la fuente mas importante de apoyo, ya que están viviendo el problema y conocen mejor las propuestas

²⁷ Beverly Dugas "Enfermería Practica" Mc Graw-Hill , Cuarta Edición, 2000, Págs. 35-37

de solución y la necesidad los ha obligado a buscar alternativas inmediatas en donde se utilizan mejor los recursos existentes a un menor costo.

La participación comunitaria requiere de acciones que recojan las propuestas populares para colocarlas en un lugar prioritario considerar como alternativas de solución los programas y las experiencias positivas que la comunidad ha desarrollado con anterioridad.

La promoción de la participación comunitaria requiere del respeto a las formas a los tiempos de participación comunitaria y de adaptarse a ellos sumándose y apoyándolos. La participación comunitaria requiere de confianza que debe de ser fomentada por una persona o institución, con autoridad moral, que hayan demostrado resultados efectivos en beneficio de las comunidades.

Hay que considerar que la confianza es lo mas difícil de obtener pero lo mas fácil de perder, tratándose de la participación comunitaria.

Los llamados a la participación no siempre encuentran la respuesta activa de la población, si no se define el como, el donde, y el para que. Cuando se da respuesta a estas preguntas el potencial participativo de la sociedad reacciona y presenta resultados concretos. Siempre se participa si hay una experiencia fundada en progreso individual y colectivo.

La participación en la elaboración de programas públicos y la ejecución son cuestiones poco resueltas en la teoría y en la práctica, que deben de abordarse con decisión

La participación es un método de gobierno, es un estilo de ser política en el estado en la sociedad que supone cumplir con un conjunto de requisitos. Es precisa una actitud abierta e invasora, de credibilidad en la entidad promotora.²⁸

5.18. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

El Plan Nacional de Salud es un plan estratégico de largo plazo, por un lado combina acciones dirigidas a resolver los problemas de la exclusión social, por otro establece un enfoque sectorial de la temática sanitaria, en especial en las regiones autónomas del Caribe nicaragüense, al mismo tiempo que propone un papel más beligerante de la vinculación de los actores que inciden en el sector, proponiendo un esquema de relación que asegure la gobernabilidad del sector salud. Por otra parte, es importante destacar que el Plan Nacional de Salud es la guía fundamental para las futuras transformaciones del Sistema de Salud, lo que se alcanzará a través de tres grandes procesos: el proceso de Reestructuración del Ministerio de Salud, que tendrá un impacto sensible en la institucionalidad del Sistema de Salud; la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud que será el nuevo referente para la prestación de servicios de salud en el país y finalmente, el proceso de Ajustes a la Financiación de las Acciones de Salud, el que debe conducir a la búsqueda de nuevos modelos que permitan la sostenibilidad de las mismas en el largo plazo. Con esta comprensión del Plan Nacional de Salud, se hace necesario que su implementación se logre a partir del establecimiento de una secuencia

²⁸ Lic. Yolanda Senties “Participación Comunitaria” 2000, Págs. 20-25

de planes quinquenales de carácter sectorial y planes operativos anuales de cada una de las instituciones que integran el sector y el Sistema de Salud, los que deben estar íntimamente vinculados entre sí, con el fin de asegurar su coherencia interna y al mismo tiempo, que se correspondan con la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo. Desde esa perspectiva, el Plan Nacional de Salud 2004- 2015 se constituye en el eje articulador de la actuación sectorial y de la inversión en salud; sus objetivos, metas, estrategias e intervenciones pasan, a ser el referente de los planes quinquenales del sector salud. En razón de lo anterior deben reflejar una desagregación de los mismos componentes para ser operados en el mediano plazo. A su vez, cada plan quinquenal debe delimitar con mayor precisión los alcances de los objetivos, metas e intervenciones para el período que le corresponde, de tal forma que se pueda establecer los recursos que dicho plan demandará en su ejecución. El monto de los recursos que se establecerá con un enfoque sectorial que permita racionalizar la inversión en salud. En lo que respecta a los planes operativos, éstos deberán ser de carácter institucional, corresponderse con el ejercicio presupuestario del país y su marco de referencia estará dado por los planes quinquenales. Los alcances de las intervenciones descritas en los planes operativos, dependerán de la disponibilidad de los recursos de las instituciones, tanto de los recursos financieros nacionales, como de los que se obtengan por la cooperación internacional. Sólo de esta forma se asegurará que los recursos estén disponibles en el período de ejecución para facilitar la consecución de las metas de la prestación de servicios.

El Plan Nacional de Salud establece con precisión los niveles de impacto esperado en las condiciones objetivas de salud de la población, lo que se expresa en los Objetivos de Salud del PNS y en la dimensión del esfuerzo que hay que realizar, para transformar la situación de salud (Metas de Salud). Sin embargo, alcanzar los objetivos propuestos estarán en dependencia del efecto que tengan distintas intervenciones que influirán en el desarrollo de la sociedad en su conjunto, especialmente del éxito que se logre con la puesta en marcha del Plan Nacional de Desarrollo y las acciones específicas que se ejecuten para modificar la situación de pobreza del país, las que se han definido en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza.

Desde esa perspectiva, la estructura definitiva del Plan Nacional de Salud, como las formas de operarlo en los próximos quince años, deben ser coherentes con los cambios previstos en los Objetivos de Salud. A partir de esta estructura del Plan Nacional de Salud 2004-2015 y de los planes quinquenales, el seguimiento del Plan Nacional de Salud debe incluir dos tipos de vigilancia: La primera debe concentrarse en su eficacia, lo que implica monitorear la consecución de los resultados esperados en el Plan Nacional de Salud, y la segunda, debe referirse al impacto que se logre en la situación de salud (Metas de Salud). A continuación se presenta el Esquema de Seguimiento, en el cual se interrelacionan estos dos ámbitos: Para asegurar la eficacia del PNS es necesario el seguimiento sistemático de la implementación de las intervenciones seleccionadas en el mismo plan, con el fin de tener la certeza de su ejecución en tiempo, forma y secuencia, de tal manera que se pueda prever que la implementación de dichas intervenciones contribuyan realmente a la consecución de los objetivos específicos. Por otra parte, en el

Plan Nacional de Salud, es fundamental identificar, periódicamente, el nivel de consecución de los resultados previstos, ya que se presupone que son requisitos para alcanzar las transformaciones en la situación de salud de la Población, y por tanto, de la consecución de las metas de salud. La direccionalidad del Plan estará dada en la medida que se vigilen sistemáticamente los grados de aproximación a sus resultados, ya que esto permitirá tomar las decisiones pertinentes sobre el comportamiento del sector y el Sistema de Salud. El ciclo de vigilancia se completa con el seguimiento a la metas de salud, lo que implica el seguimiento a los problemas de salud que se pretenden resolver. Esto debería combinarse con el monitoreo de sus determinantes y condicionantes, con el fin de tener las referencias necesarias para poder valorar el peso que tienen las intervenciones y estrategias del Plan Nacional de Salud, en el conjunto de las intervenciones sociales. De la misma forma se tomarán como referencia, las metas intermedias del Plan Nacional de Salud, que reflejan los resultados esperados (éstas están vinculadas a los objetivos específicos).

Dichas metas deben ser valoradas para los años 2005, 2010 y 2015.

En el caso de las metas de salud del Plan Nacional de Salud, si bien es cierto que su comportamiento y tendencias se perciben mejor en el mediano y largo plazo, debe hacerse un esfuerzo por identificar rápidamente estas tendencias, con la finalidad de valorar el grado de efectividad de las intervenciones y estrategias del Plan, especialmente en el sentido de percibir los cambios en las zonas del país o en los grupos poblacionales donde las diferencias son mayores (ejemplo la heterogeneidad de la mortalidad materna entre el Atlántico y el Pacífico). El seguimiento de las metas del Plan Nacional de Salud, deberá contribuir a la vigilancia del cumplimiento de los compromisos

de Gobierno, especialmente en lo que respecta a las Metas del Milenio y al perfeccionamiento de las estrategias e intervenciones seleccionadas en el citado Plan, especialmente en el sentido de incrementar la especificidad de las mismas en los planes quinquenales y operativos, sobre la base de evidencias.

El seguimiento de los indicadores de las intervenciones del Plan Nacional de Salud, debe ser anual con el fin de poder establecer, si las intervenciones descritas en el Plan, se han implementado y en qué dimensión, de acuerdo a los valores que se hayan definido para el corto, mediano y largo plazo. De la misma forma, se debe incluir la vigilancia anual del nivel de consecución de los objetivos específicos en el mediano plazo, de tal forma, que se puedan prever los resultados que se obtendrán al finalizar el período y hacer los ajustes necesarios en las intervenciones que fueron diseñadas en el Plan Nacional de Salud. Las fuentes de información para el seguimiento de los planes quinquenales deben ser las mismas instituciones y organizaciones

Que integran el Sector Salud, las que deben de proporcionar dicha información en tiempo y forma. Sin embargo, el éxito del seguimiento al Plan Nacional de Salud sólo se conseguirá en la medida que él mismo sea realizado de forma sectorial ya que de esta manera se estará asegurando que los actores involucrados en su ejecución, tengan las evidencias necesarias para tomar las decisiones pertinentes.

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

Permitan ajustar continuamente las estrategias e intervenciones del Plan Nacional de Salud. Bajo esta lógica, el Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud conductor de la Política y Plan Nacional de Salud, debe crear las condiciones necesarias, para que se aseguren los procesos de recolección

de la información, así como su procesamiento y análisis técnico, institucional; sin embargo, debería ser en las instancias de coordinación sectorial (Consejo Nacional de Salud, Mesa Sectorial, Consejos Regionales Autónomos, etc.) donde se interprete de forma definitiva, con una visión sectorial, de tal forma que la información pueda vincular a decisiones y nuevos compromisos sectoriales, que contribuyan a mejorar la orientación del Plan Nacional de Salud. El seguimiento del Plan Nacional de Salud debe combinarse con la vigilancia sectorial de la implementación de los planes territoriales (en cada SILAIS). Esto permitirá asegurar una participación social amplia, que involucre la revisión periódica de las particularidades de las estrategias e intervenciones que se estén implementando en cada territorio y las Regiones Autónomas de la Costa Caribe. Ello permitirá contribuir, desde el nivel local, al compromiso social con las transformaciones de la salud de la población y el desempeño del sector y sistema de salud. Complemento del esfuerzo que se realice para dar seguimiento al Plan Nacional de Salud, será necesaria la realización de evaluaciones formales quinquenales, que contribuyan, no sólo a valorar el proceso de implementación del Plan, sino también a valorar el nivel de impacto alcanzado, tanto en la situación de salud de la población como en el desempeño del Sistema de Salud. Dichas evaluaciones deberán valorar los avances de la Política Nacional de Salud en los distintos momentos de la implementación del Plan Nacional de Salud. Las informaciones requeridas para las evaluaciones del Plan Nacional de Salud, deberán combinar fuentes primarias y secundarias; con respecto a las fuentes primarias, será indispensable identificar con los actores que inciden en el sector salud, su visión sobre el proceso de implementación del plan y su impacto en la situación del sector salud. Sobre las fuentes secundarias, serán las

instituciones que integran el sector y sistema de salud, las que deben aportar informaciones que contribuyan a valorar los alcances del Plan, lo que deberá complementarse con los resultados de encuestas sobre nivel de vida y de salud, así como estudios que se hayan realizado, de forma específica, para la situación del sector salud en el país. Tal como se estableció en la Política Nacional de Salud, la primera evaluación del Plan Nacional de Salud deberá realizarse al finalizar la presente administración de Gobierno, de tal forma que se puedan hacer los ajustes necesarios en el plan quinquenal y asegurar la correcta orientación del Plan, en congruencia con la realidad y las necesidades de la población; posteriormente, sería recomendable hacer una evaluación al iniciar cada gobierno, con el fin de identificar nuevas oportunidades que contribuyan a la consecución de los objetivos y metas del Sistema de Salud.²⁹

²⁹ plan nacional de salud 2001-2006

VI. MATERIAL Y METODOLOGIA

6.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Elaboración del protocolo	❖					
Recolección de bibliografía		❖				
Tramites administrativos				❖		
Adquisición de equipo u otros			❖			
Adiestracion del personal	❖					
Diseño del instrumento			❖			
Prueba piloto				❖		
Recolección de datos	❖					
Codificación						
Procesamiento de datos				❖		
Elaboración de informe oficial				❖		
Conclusiones y sugerencias					❖	
Difusión y publicación						❖

6.2. ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION

RECURSOS HUMANOS:

- pacientes femeninas de 25 a 64 años que hallan tenido o tengan vida sexual activa adscritas a la clínica 75 del IMSS

RECURSOS MATERIALES:

- Computadora
- Hojas blancas
- Fotocopias
- Lápiz
- Goma
- Sacapuntas
- Lapicero
- Internet
- Tinta para impresora
- Cuaderno profesional
- Engargolados
- Empastados
- Discos de 3 ½

TIEMPO: esa investigación se realizara en un periodo de 6 meses a partir del mes de noviembre del 2005.

ESPACIO: clínica 75 del IMSS de Morelia, Michoacán.

6.3. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, se aplico a las pacientes de 25 a 64 años de edad que tuvieron o tengan vida sexual activa, pertenecientes a la clínica 75 del IMSS de Morelia Michoacán.

ESTUDIO CUANTITATIVO: Se llevará a cabo la recolección sistémica de información numérica, así como el análisis de la información mediante procedimientos estadísticos.

ESTUDIO DESCRIPTIVO: Este estudio solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables. En este estudio se pretende identificar la situación actual de las mujeres en cuanto al conocimiento de la toma de Papanicolau y la influencia de los medios de comunicación.

ESTUDIO TRANSVERSAL: En este estudio se medirán una sola vez las variables, se medirán las características de la población a estudiar en un momento dado sin pretender Evaluar su evolución.

6.4. VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION	MEDIR O EVALUAR	DEFINIR ESCALAS O PARAMETROS
CITOLOGÍA VAGINAL	Es la toma de la muestra de las células del endocervix y exocervix es uno de los métodos para detectar en las etapas tempranas el cáncer cervicouterino. También es conocida como Papanicolaou		SI Y NO
CÁNCER CERVICO UTERINO	tumor maligno de origen desconocido que se genera en el cuello del útero y que consiste en el desarrollo de abundantes células anormales de crecimiento desordenado		SI Y NO CLASIFICACION:

VARIABLES INDEPENDIENTES	PARAMETROS
EDAD	25-40 41-56 57-64
SEXO	MUJER
ESTADO CIVIL	CASADA SOLTERA VIUDA DIVORCIADA UNION LIBRE
TELEVISION	SI, NO
REVISTAS	SI, NO
RADIO	SI, NO
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO MEDIO ALTO
ESCOLARIDAD	PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONISTA

6.5. DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:

Las mujeres de 25 a 65 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa y que estén adscritas a la clínica 75 del IMSS

6.6. MUESTREO:

El muestreo será probabilístico, aleatorio simple, garantizando que todos los integrantes del universo de estudio tuvieran la misma probabilidad de entrar en el estudio. Se tomo el 1.47% de la población total de la institución de mujeres de 25 a 64 años (N=6,802, n=100)

6.7. CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres de 25 a 64 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa y que estén adscritas a la clínica 75 del IMSS (este estudio se realizara en los meses de enero a marzo).

6.8. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres de 25 a 64 años que no han tenido vida sexual activa
- Mujeres de 25 a 64 años que no estén adscritas en la clínica 75 del IMSS
- Mujeres menores de 24 años y mayores de 64 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa

6.9. CRITERIOS DE ELIMINACION

- Mujeres que no deseen participar voluntariamente en el estudio
- Mujeres que no hayan contestado la encuesta de manera correcta
- Mujeres embarazadas
- Mujeres que se les ha retirado el útero con cuello sin motivo de cáncer
- Mujeres que estén en tratamiento por cáncer cervico uterino

7. HIPOTESIS

7.1. HIPOTESIS ALTERNA. (H_a)

La falta de información y orientación no influye en las mujeres que no desean realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou) en la clínica 75 del IMSS.

7.2. HIPOTESIS NULA. (H₀)

La falta de información y orientación influye en las mujeres que no desean realizarse el Papanicolaou en la clínica 75 del IMSS.

A mayor exposición a los diferentes medios de comunicación que informen acerca de la toma de Papanicolau, mayor información y motivación para acudir a realizarse el procedimiento

VIII. CONCLUSIONES

Como hemos visto el cáncer cervico uterino es un problema de salud publica en gran trascendencia social ya que ocupa el segundo lugar como neoplasia maligna, por eso es muy importante su detección a través de la realización de la citología vaginal en todas las mujeres de 25 a 64 años que tengan o hayan tenido relaciones sexuales. En esta investigación vemos como la citología vaginal (Papanicolaou) es de gran importancia para toda mujer. Ante los resultados obtenidos dentro de la investigación realizada en mujeres de 25 a 64 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa derechohabientes de la clinica 75 del IMSS, Morelia Michoacán, se encontro que realmente los medios de comunicación influyen en el nivel de conocimiento que ellas tienen acerca del Papanicolaou esto quiere decir que de gran manera los medios de comunicación las orientan de la importancia que es realizarse la citología vaginal y esto esta indicando que son de gran interés para la sociedad

Se observo un porcentaje considerable de aquellas mujeres que aun no tienen la cultura de preocupación por ellas mismas o talvez no le toman mucha importancia a la gravedad del cáncer cervico uterino.

También es importante mencionar algunas de las razones por las que las pacientes no desean realizarse la citología vaginal; una de ellas que refieren las pacientes es que les da miedo, vergüenza, no lo creen importante creo que de alguna manera lo creen de esa forma por que talvez no les han dado la suficiente confianza y orientación para que se realicen la citología vaginal o simplemente son mujeres con un bajo nivel escolar que no les permite ver mas haya de la gravedad de lo que es el cáncer cervico uterino y la importancia de realizarse la citología vaginal para así mismo detectar a tiempo este problema.

Es muy importante mencionar que los medios de comunicación juegan una parte muy importante dentro de la población ya que puede motivar a las pacientes a que se realicen la citología vaginal mediante mensajes que pueden concientizar a toda las mujeres que tengan o hayan tenido vida sexual activa, dentro de la investigación las pacientes refieren que de

gran manera los medios de comunicación como la radio y la televisión han influenciado el mayor porcentaje en todas aquellas mujeres que se han realizado la citología vaginal mientras que para otras pacientes no influye tanto, esto es muy importante considerarlo para así mismo saber como informar, orientar, motivar a la población para que acuda ha realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino y se encontro un porcentaje considerable de las mujeres encuestadas que refieren que aun debería de haber mas anuncios que informen de la importancia de la citología vaginal, eso es correcto por que como sabemos el cáncer cervico uterino es una patología que esta presente dentro de la población femenina y ya es tiempo de que se disminuyan aun mas las cifras de cáncer cervico uterino en nuestra población mexicana.

IX. SUGERENCIAS

Debido que el cáncer cervico uterino es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana, por lo que su prevención y su atención medica son una prioridad institucional que debe de ser abordado de manera integral.

Es muy importante conocer los factores por los cuales las pacientes no desean realizarse el Papanicolaou como personal de enfermería, para asimismo mejorar en cuanto a la calidad de atención que le proporcionemos a toda paciente dentro de esta investigación se encontro que hay mujeres que no se realizan el Papanicolaou dentro de la clinica debido a que no les entregan los resultado y las lastiman mucho, esto es muy considerable tomarlo en cuenta ya que si se les atendió mal a estas personas ya nunca se vuelven a realizan la citología vaginal por eso es muy prioritario que todo el personal que realice el Papanicolaou este bien capacitado, hay que enfatizar en el personal en dar seguridad a las pacientes, cuidar su pudor ya que como personas merecen respeto y privacidad.

De igual manera es muy considerable seguir concientizando y motivando todas las mujeres a que se realicen la citología vaginal ya que todavía hay mujeres que por vergüenza, miedo y por que no lo creen importante no se realizan el Papanicolaou.

De acuerdo a los resultados de la investigación las mujeres consideran que deberían de haber mas medios de comunicación que promuevan la citología vaginal ya que ellas consideran que realmente las motivan para realizarse el Papanicolaou, así como también ellas creen que los medios de comunicación explican de manera mas clara la importancia que es realizarse el Papanicolaou que el mismo personal que le atiende en la clinica.

Como pasante del servicio social de enfermería considero los siguientes aspectos:

- Que se capacite y sensibilice constantemente al personal que realiza la citología vaginal sobre la calidad de atención al momento de realizarle la citología vaginal a toda usuaria
- Que haya más divulgación sobre la importancia de realizarse la citología vaginal a través de carteles, rotafolio, orientación personalizada.

- También es considerable que haya el personal suficiente para que a toda usuaria se le brinde una atención integral

- Considero que haya más spot publicitarios acerca del Papanicolaou en la televisión y la radio, ya que así lo consideran las pacientes por que son los medios que mas ven y escuchan así como también es importante que todo el personal que realice el Papanicolaou les proporcione seguridad y confianza a las pacientes y así mismo ellas regresaran de nuevo a la clinica a realizarse su Papanicolaou en el tiempo indicado.

- Es importante que permanezcan los spot publicitarios por un tiempo más alargado que no solamente aparezcan por motivo de campañas para que así mismo alcance concientizar y convencer a la población femenina de la importancia de la citología vaginal.

X. BIBLIOGRAFIA

1.- ÁLVAREZ A. Rafael “Salud Publica y Medicina Preventiva” 2da edición, manual moderno 1998 Pág. 319

2.- BEARE Myers “Enfermería Medico Quirurgica” 3era Edición Vol. 2, Harcourt, 2000, Pág. 1675-1677

3.- BEEBE T. Joyce, “Ética en Enfermería”, Manual Moderno 1999, Págs. 289-291

4.- BENSON/pernon “Manual de Obstetricia y Ginecología, novena edición, Mc Graw-Hill interamericana 1994.Pág. 523

5.-BERSCHER, Mackay Colditz, “Obstetricia” 3era edición, Mc Graw-Hill, Interamericana, 2000, Pág. 410.

6.- BEVERLY Dugas “Enfermería Practica” Mc Graw-Hill, cuarta edición, 2000, Págs. 35-37

7.- C. P. Anthony “Anatomía y Fisiología”, Mc Graw-Hill, Interamericana, décima edición, 1999, Págs. 621-622

8.- Danforth “Tratado de Obstetricia y Ginecología, octava edición, Mc Graw-Hill interamericana; 2002, Págs. 8499. - H. M. Shingletown/ W.C. Fowler “Oncología Ginecologica” Mc Graw-Hill, Interamericana 1998, pags 9-11

10.- LEYVA David “Anatomía y Fisiología Humana” editorial Paidotribo, 1999, Págs. 332-333

11.- LONG Phipps/Cassmeyer “Enfermería Medico Quirurgica” tercera edición, Harcourt, 1998, Págs. 1165-1166

12.- M. P. Arroyo/A. Cortina “Ética y Legislación en Enfermería” Mc Graw-Hill, Interamericana, 1998, Págs. 71-75

13.- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA 2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria

14.- PONCE Miguel Ángel”Anatomía y Fisiología”, México DF, 1998

15.- Plan Nacional de Salud 2001-2006

16.- Programas Integrados de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

17.- SCOUT-disaia “Tratado de Obstetricia y Ginecología”, sexta edición, Mc Graw Hill interamericana 1994 Págs.: 1045-1055

18.- SENTIES Yolanda “Participación Comunitaria” 2000, Págs. 20-25

19.- THIBODEAU A. Gary “Anatomía y Fisiología” Harcourt, cuarta edición, 2000, Págs. 910-911

20.- VARGAS Armando”Anatomía Fisiológica e Higiene” publicación escultural, 2002

21.- www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html

22.- Organización Panamericana de la Salud, programa de Publicaciones (DBI/E),525
Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA, Fax: (202) 338.0869

23.- www.ciad.mx/desarrollo/revista/n16.htm

24.- Rev Inst Nal de Carcerol Mex 1999; Volúmen 45(1): 17-23

25. - www.cimacnoticias.com/especiales/llamadosalud

26. - HYPERLINK "http://www.pasteurlab.com/Notipasteur_Body.asp"

27. - www.buscasalud.com/boletin/noticias/2006_01

28. - Mail Stop K-64, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3717
(770) 488-4751 - Sistema de información de voz 1 (888) 842-6355 - Fax (770) 488-4760, cancerinfo@cdc.gov, <http://www.cdc.gov/cancer>
<http://www.cdc.gov/spanish/cancer>.

29.- Alegre, N., Calcagno, N., Fernández, M. & Miño, M. (1998). Internet (Trabajo práctico de investigación para la carrera Técnico Universitario en Informática Aplicada). Chaco- Argentina: Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Ingeniería.

30.- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Publicaciones (DBI/E), 525 Twenty-third Street, NW, Washington.

XI. ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS

CANCER 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. Corresponde al NIC III, en la clasificación de Richard y al lesión de alto grado de acuerdo a la clasificación de Bethesda.

CARCINOMA MICROINVASOR DEL CUELLO UTERINO: es una lesión con invasión al estroma menor de 5mm con una extensión horizontal no mayor de 7mm.

CITOLOGÍA CERVICAL: es la toma de muestra de las células del endocervix y exocervix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cervico uterino. También es conocido como Papanicolaou.

CONIZACIÓN CERVICAL: es una resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor de 5mm. También se denomina cilindro cervical, cono cervical o cono diagnóstico.

DEFUNCION POR CÁNCER CERVICO UTERINO: muerte de una mujer y en su certificado de defunción se identifica como causa básica o asociada el cáncer cervico uterino o en la que se corrobora por clínica o por

laboratorio, el diagnóstico de cáncer cervicouterino como causa básica del fallecimiento.

DISPLASIA: significa literalmente desarrollo o crecimiento alterado. Las displasias cervicales son alteraciones que no modifican la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical.

Se inician en la zona de transformación o unión escamo columnar. Por sí mismas son asintomáticas y pueden ser reversibles en sus etapas iniciales, o bien evolucionar hacia un cáncer, actualmente se acepta que el carcinoma epidermoide del cuello uterino es precedido por la displasia, neoplasia intraepitelial cervical o lesión de bajo o alto grado.

PERFIL DE RIESGO: mujer mayor de 25 años, con vida sexual activa y sin estudios previos de citología cervical.

SOLICITUD Y RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

Objetivo: Recabar información sustantiva para la identificación y colocación de la mujer que solicita la detección; así como, los resultados de la citología e indicadores que permitan evaluar la calidad de la toma e interpretación de la muestra.

Elaborado por: coordinación de salud comunitaria, división de epidemiología.

Numero de tantos: Original.

Distribución y flujo: Modulo o servicios en los cuales se efectúa la detección del cáncer cervico uterino. Deberá ser integrado al expediente de la derecho habiente.

- Inicie su llenado en los módulos o servicio en donde se efectuó la detección del cáncer cervico uterino, por la enfermera responsable de la toma de muestra.
- Se envía en original con la laminilla, para que se anoten los resultados del estudio citológico.
- Es llenado por el citopatologo o patólogo en la parte correspondiente y derivado para la captura de la información de la computadora.
- Posterior a la captura es devuelto a la unidad en donde se tomo la muestra para ser anexada en el expediente de la derecho habiente.
- En los casos en los que el resultado citológico reporte infección con el virus del papiloma humano, displasia leve, moderada, grave, o positivo a cáncer, debe de enviarse una copia a la coordinación delegación de salud comunitaria y otra quedar en el registro individual de caso en el servicio de salud comunitaria de la unidad para la vigilancia y seguimiento epidemiológicos.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

INVESTIGACIÓN ACERCA DEL EXAMEN PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER
CERVICO UTERINO (PAPANICOLAUO)

INSTRUCCIONES: subraye la respuesta que crea conveniente en cada caso
según su opinión.

1.- ¿Cuántos años tiene?

- a) 25-40 b) 41-56 c) 57-64

2.- Estado civil

- a) Casada b) Soltera c) Viuda d) Divorciada e) Unión libre

**3.- ¿Se ha realizado el examen para la detección del cáncer cervico
uterino (Papanicolauo) alguna vez?**

- a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre que me toca

**SI NUNCA SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAUO CONTESTE LA
PREGUNTA NUMERO 4 EN ADELANTE Y SI CONTESTA QUE SI SE LO HA
REALIZADO CONTESTE DE LA PREGUNTA 5 EN ADELANTE**

**4.- ¿Por qué razones nunca se ha realizado el examen para la detección
del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?**

- a) No lo creo importante b) Vergüenza y miedo
c) No me lo permite mi pareja

5.- ¿Se realiza siempre el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo) a qui en la clínica?

- a) No b) Algunas Veces c) Siempre

SI NO SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAUO AQUI EN LA CLINICA O SOLO ALGUNAS VECES CONTESTE DE LA PREGUNTA 6 EN ADELANTE Y SI SIEMPRE SE LO HA REALIZADO EN LA CLINICA CONTESTE DE LA PREGUNTA 7 EN ADELANTE.

6.- ¿.Por que razones no se realiza el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo) aquí en la clínica?

- a) Me lastiman mucho b) No me entregan los resultados
c) No me explican lo que me van a realizar

7.- Le gusta como le atiende el personal de la clínica que realiza el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo)

- a) No b) A veces c) Si

8.- ¿Recoge o le informan de los resultados del examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) No b) A veces c) Siempre

9.- ¿Conoce lo que es el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) No b) Poco c) Si

10.- ¿Quien le ha informado de manera más clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo)?

- a) Medios de comunicación b) Amigas y mi Familia c) En la clínica

11.- ¿Cada cuando se realiza el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) Nunca b) Cada que me acuerdo
c) Una vez al año y en cada fecha que me registran en el carnet

12.- ¿Cuantos hijos tiene?

- a) 4 y más b) 1-3 c) Sin hijos

13.- ¿Que nivel educativo tiene?

- a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria y profesionista

14.- ¿En que zona vive?

- a) Rancho b) Pueblo c) Ciudad

15.- ¿Crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) Si b) Algunas veces c) No

16.-Crees que los medios de comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo) te dejen una buena enseñanza

- a) Si b) Algunas veces c) No

17.-Crees que los medios de comunicación explican de manera mas clara acerca de la importancia de realizarse el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo) que el personal que le atiende aquí en la clínica.

- a) Si b) Algunas veces c) No

18.-En cuales medios de comunicación has observado o escuchado que promueven mas acerca del examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo).

- a) Televisión y radio b) Folletos y carteles en la clínica c) Ninguno

19.- ¿Te han motivado los medios de comunicación a realizarte el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) Si b) Algunas veces c) No

20.- ¿Por que medios de comunicación te has enterado en que consiste el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (Papanicolauo)?

- a) Televisión y radio b) Folletos e Internet c) Ninguno

21.- ¿Considera que debería haber más anuncios en los medios de comunicación para informar sobre el examen para la detección del cáncer cérvico uterino (papanicolauo)?

- b) Si b) Un poco c) No, considero que son suficientes.

22.- ¿A que edad empezó a tener relaciones sexuales?

- a) 13 -17 años b) 18-22 años c) 23 en adelante

23.- ¿Con cuantas parejas ha tenido relaciones sexuales?

- a) 3 y mas b) 2 c) 1

24.- ¿Cuantos embarazos ha tenido?

- a) 4 y más b) 1-3 c) Ninguno

25.- ¿Cuantos abortos ha tenido?

- a) 3 y más b) 1-2 c) Ninguno

26.- ¿Padece constantemente de infecciones vaginales?

- a) Si b) Algunas veces c) No

27.- ¿Le gusta fumar?

- a) Si b) Algunas veces c) No

28.- ¿Que es para usted el cáncer?

- a) Castigo divino b) Signo de muerte c) enfermedad grave

29.- ¿En su familia alguien padece de cáncer?

- a) Si b) No se c) No

DECLARACION Y CONSENTIMIENTO

Usted esta siendo invitada a formar parte de un estudio de investigación acerca del Papanicolaou y debe decidir si desea participar en el. Su participación en este estudio es voluntaria y muy importante ya que nos permitiría recabar datos que ayudarían a llevar a cabo la investigación. Usted puede elegir no tomar parte en el estudio o puede dejarlo en cualquier momento usted no elige participar en el estudio, los beneficios de los que usted goza actualmente no se verán afectados y si desea participar firme el consentimiento informado.

Se agradece su colaboración.

Morelia, Michoacán a _____ de _____ 2006

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del
Investigador

ASPECTO ETICO

Todos los resultados obtenidos en la investigación se manejaran en forma confidencial, y con la ética profesional realizado únicamente por la investigadora.

Considerando que las encuestas no llevaran ninguna identificación de las participantes ya que se realizara en forma anónima y con la participación voluntaria de las personas con la especificación previa del fin de la investigación y la importancia de su participación.

Considerando los aspectos éticos de la investigación de acuerdo a la ley general de la salud, capítulo 1 artículo 13 que dice que los seres humanos deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, artículo 17 se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, se considera como riesgo

Artículo 20 el consentimiento informado se considera existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación con el pleno conocimiento del procedimiento y el riesgo a la que se someterá.

Artículo 21 fracción VIII. Con la seguridad de que no se identificara el sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 57 se considera como grupo subordinados a grupos sociales de la comunidad. Artículo 58 cuando se realiza investigaciones en grupos

subordinados comisionada ética, deberá participar uno o más miembros de la población en estudio capaz de representar los valores morales y sociales del grupo en cuestión y vigilar. Fracción I la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, fracción II los resultados de la investigación no sean utilizados en juicio de individuos participantes se respetará las identidades de los titulares que participan en el desarrollo de este protocolo, considerándose con carácter de confidencialidad dándoles a conocer solo los resultados obtenidos no representando ningún riesgo de bioética del estudio propuesto .

El consentimiento informado es representado en el apéndice #2

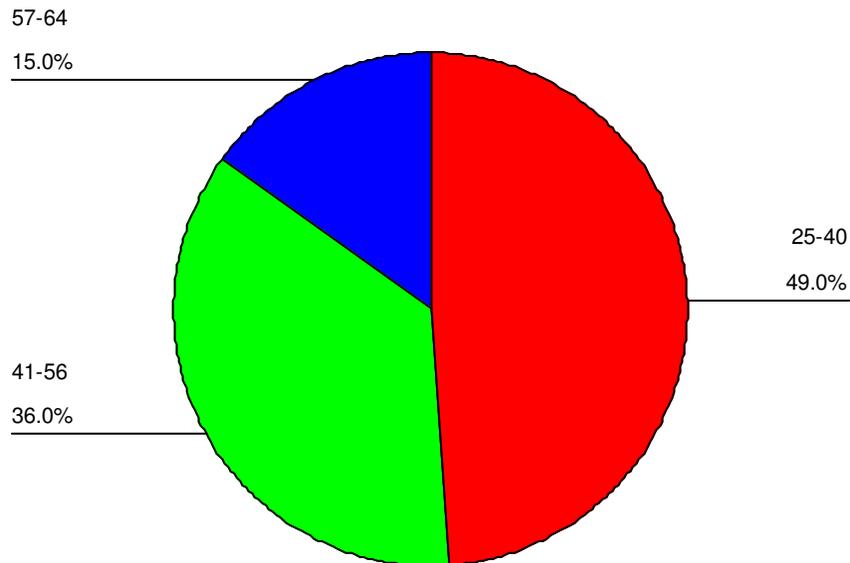
Tabla # 1

Edad de las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Cuantos años tienen	Frecuencia	%
25-40	49	49.0
41-56	36	36.0
57-64	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente: encuesta aplicada a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Grafica # 1. Edad de las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS Que tengan o hayan tenido vida sexual activa.



Fuente: Datos de la tabla # 1

Interpretación: las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa se encuentran dentro de las siguientes edades, de 25 - 40 años (49.9%), 41-55 años (36.0%) ,57-64 años (15.0%).

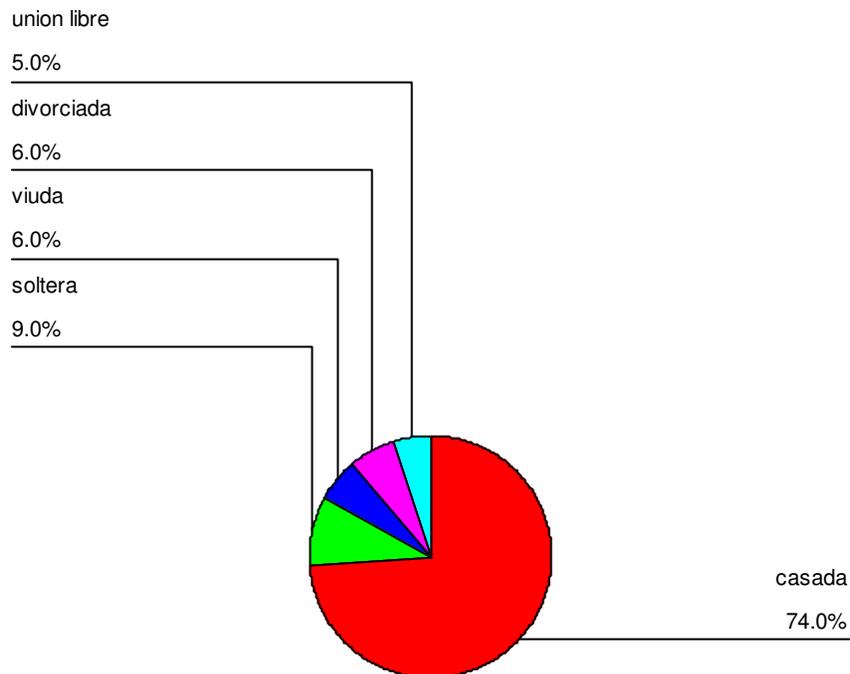
Tabla # 2

Estado civil de las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS Que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	74	74.0
Soltera	9	9.0
Viuda	6	6.0
Divorciada	6	6.0
Union libre	5	5.0
Total	100	100.0

Fuente: encuesta aplicada a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Grafica # 2. Estado civil de las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.



Fuente: Datos de la tabla # 2.

Interpretación: El estado civil de las mujeres de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa es el siguiente; casadas un (74.0%), solteras un (9.0%), viudas el (6.0%), divorciadas con un (6.0%), y en union libre un (5.0%).

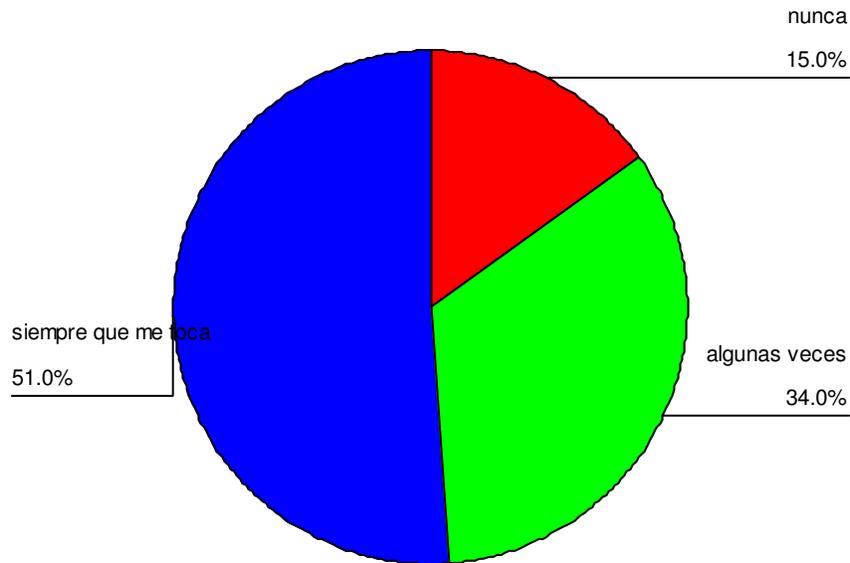
Tabla # 3

Frecuencia con que las pacientes que tengan o hayan tenido vida sexual activa con edad de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS se han realizado la detección del cáncer cervico uterino.

Se ha realizado la detección del cáncer cervico uterino alguna vez (Papanicolaou)	Frecuencia	%
Nunca	15	15.0
Algunas veces	34	34.0
Siempre que me toca	51	51.0
Total	100	100.0

Fuente: encuesta aplicada a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Grafica # 3. Pacientes de 25 a 64 años que tengan o hayan tenido vida sexual activa y que se han realizado la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 3

Interpretación: De las pacientes de 25 a 64 años que se han realizado la detección del cáncer cervico uterino se encontro el siguiente resultado; siempre que me toca (51.0%), algunas veces (34.0%), nunca (15.0%).

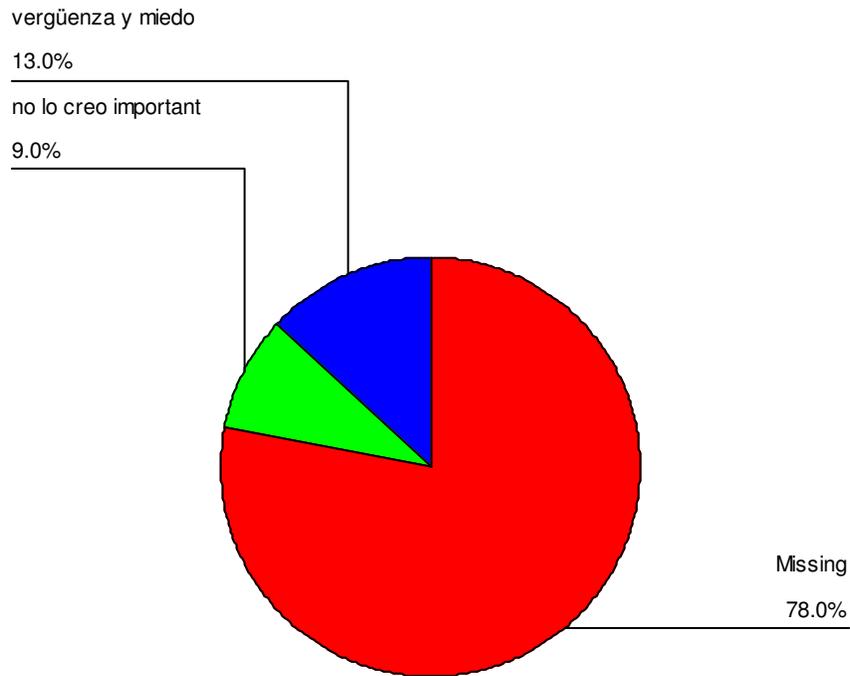
Tabla # 4

Razones por las que las pacientes de 25 a 64 años nunca se han realizado la detección del cáncer cervico uterino.

Razones por las que nunca sea realizado la detección del cáncer cervico uterino (papnicolauo)	Frecuencia	%
No lo creo importante	9	9.0
Vergüenza y miedo	13	13.0
Total	22	22.0
System	78	78.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Grafica # 4 Razones por las que las pacientes nunca se han realizado la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 4

Interpretación: Las razones por las que las pacientes nunca se han realizado la detección del cáncer cervico uterino se encontraron las siguientes; vergüenza y miedo (13.0%), no lo creen importante (9.0%), y las pacientes que no contestaron esa pregunta por que realmente si se han realizado la detección se encontro un (78.0%).

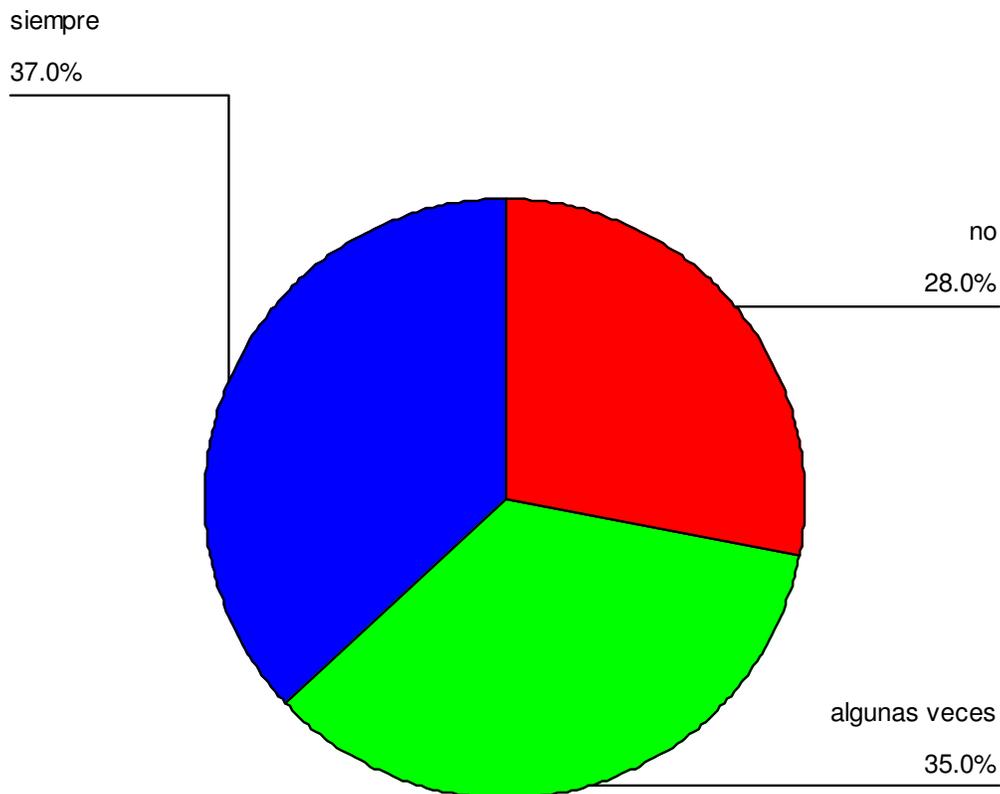
Tabla # 5

Frecuencia con que las pacientes se han realizado la detección del cáncer cervico uterino en la clínica 75 del IMSS.

Siempre se realiza la detección del cáncer cervico uterino aquí en la clínica 75 del IMSS	Frecuencia	%
No	28	28.0
Algunas veces	35	35.0
Siempre	37	37.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las paciente de 25 a 64 años de edad derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 5. Pacientes que se realizan la detección del cáncer cervico uterino en la clínica 75 del IMSS.



Fuente: Datos de la tabla # 5

Interpretación: De las pacientes que se realizan la detección del cáncer cervico uterino en el IMSS se encontro lo siguiente; siempre un(37.0%), algunas veces (35.0%), no un (28.0%).

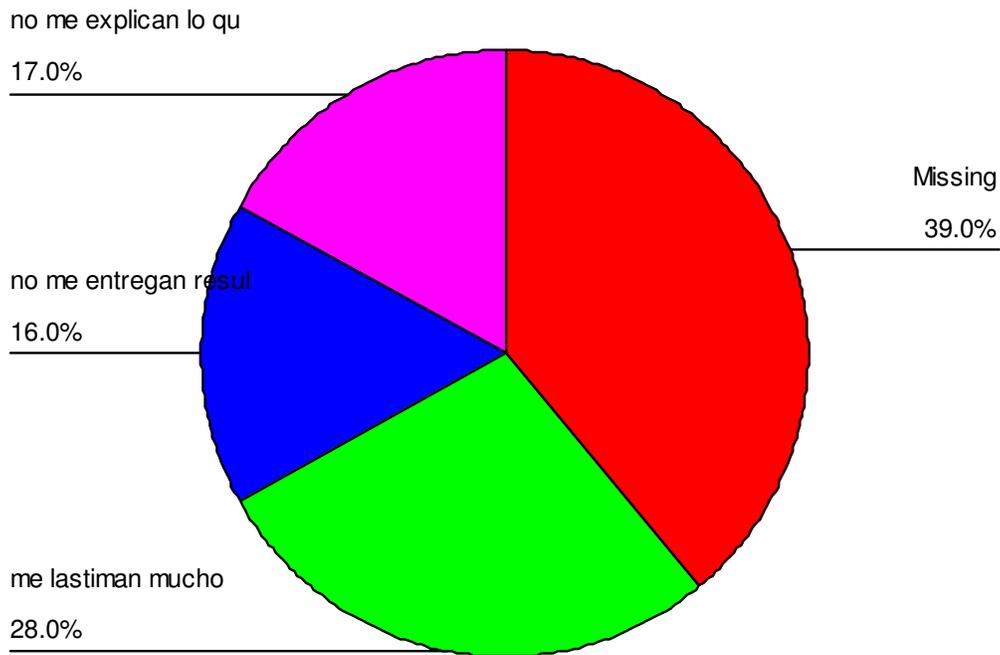
Tabla # 6

Razones por las que las pacientes de 25 a 64 años no se realizan al detección del cáncer cervico uterino en la clínica 75 del IMSS.

Por que razones no se realiza la detección del cáncer cervico uterino en la clínica 75 del IMSS	Frecuencia	%
Me lastiman mucho	28	28.0
No me entregan resultados	16	16.0
No me explican lo que me van hacer	17	17.0
Total	61	61.0
System	39	39.0
	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 6. Razones por las que las pacientes no se realizan la detección del cáncer cervico uterino en el IMSS.



Fuente: Ratios de la tabla # 6

Interpretación: Razones por las que algunas pacientes no se realizan la detección del cáncer cervico uterino en el IMSS se encontro lo siguiente; las lastiman mucho con un (28.0%), no le explican lo que le van a realizar un (16.0%), no me le entregan sus resultados (16.0%) y las personas que no contestaron la pregunta fue el (39.0%).

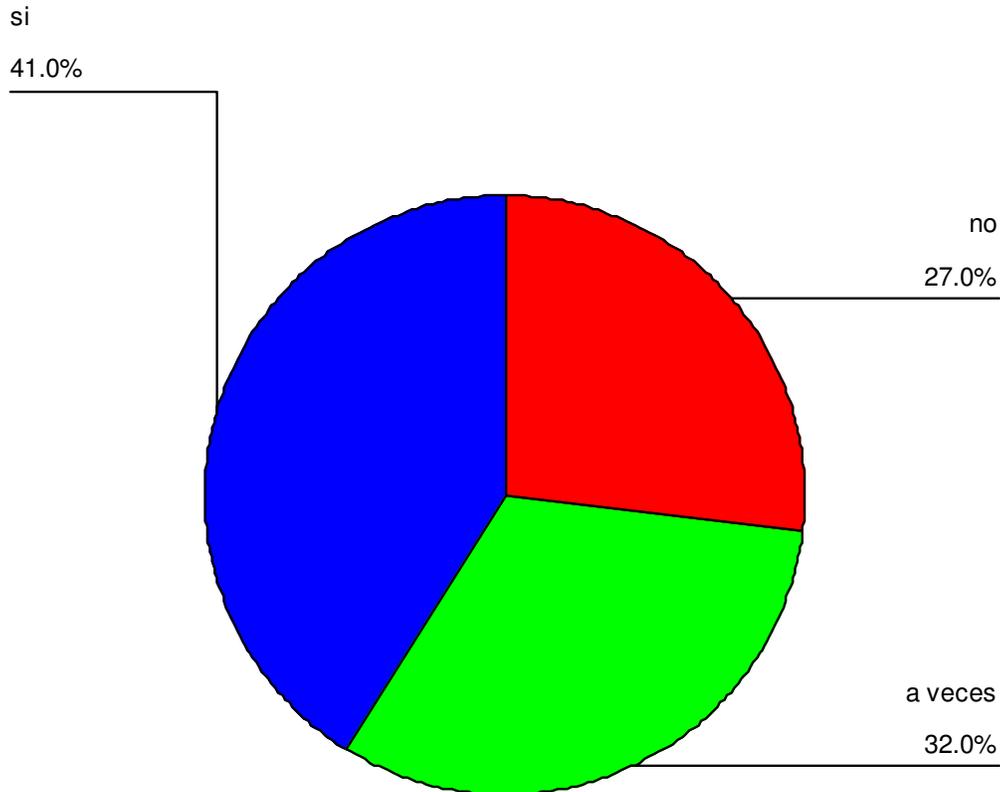
Tabla # 7

Frecuencia con la que les gusta a las pacientes como les atiende el personal de la clínica que realiza la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).

Le gusta como le atiende el personal de la clínica que realiza la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
No	27	27.0
A veces	32	32.0
Si	41	41.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 7. Pacientes que les gusta como las atiende el personal de la clínica 75 del IMSS que realiza la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 7

Interpretación: De las pacientes que les gusta como les atiende el personal de la clínica 75 del IMSS para la detección del cáncer cervico uterino se encontro lo siguiente; si un (41.0%), a veces un (32.0%), no (27.0%).

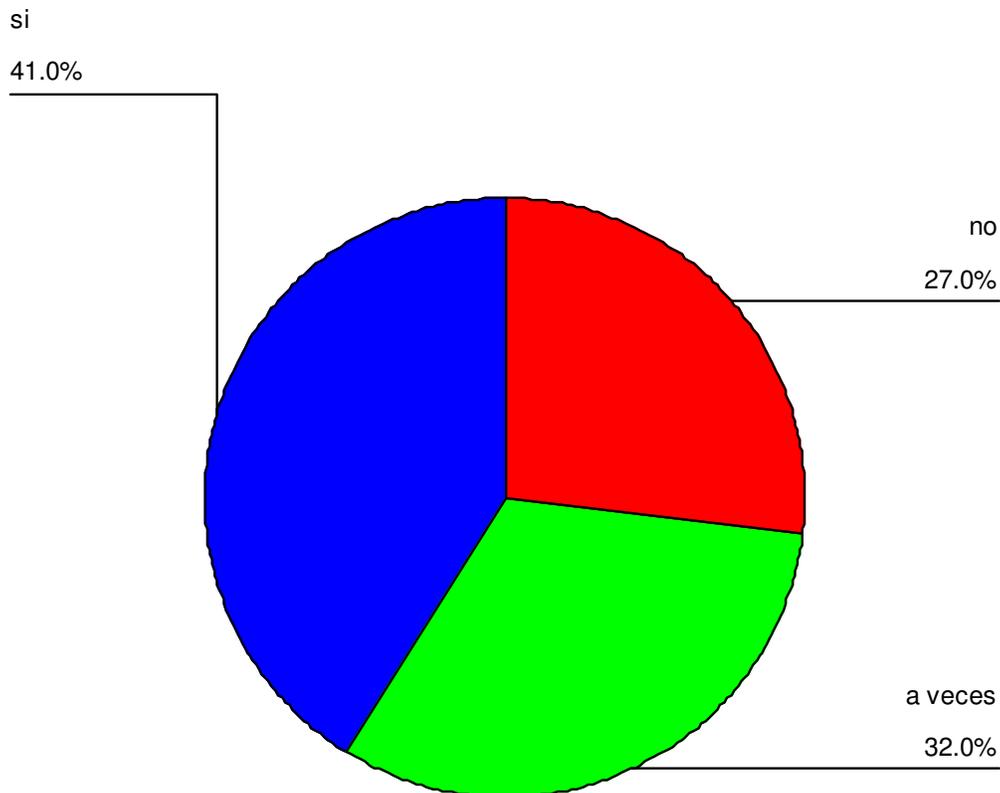
Tabla # 8

Frecuencia con que les informan a las pacientes acerca del resultado de la detección del cáncer cervico uterino (papnicolauo).

Le informan de los resultados de la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
No	29	27.0
A veces	32	32.0
Siempre	41	41.0
Total	100	100.0

Fuente: Pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 8. Le informan a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS acerca de sus resultados de la detección del cáncer cérvico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 8

Interpretación: De las pacientes que les informan de su resultado de la detección del cáncer cervico uterino se encontro lo siguiente; si con un (41.0%), a veces (32.0%), no (27.0%).

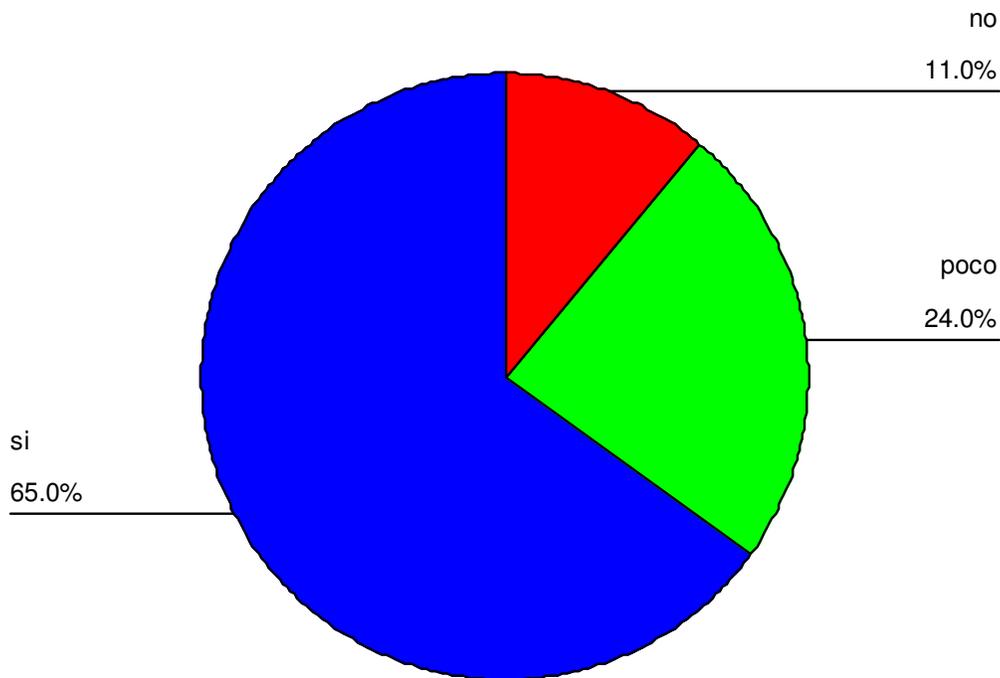
Grafica # 9

Frecuencia con la que las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS conocen lo que es el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).

Conocen las pacientes lo que es el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou)	Frecuencia	%
No	11	11.0
Poco	24	24.0
Si	65	65.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes a la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 9. Las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS conocen lo que es el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).



Fuente: Datos de la tabla # 9

Interpretación: De las pacientes que conocen lo que es el examen para la detección del cáncer cervico uterino se encontro lo siguiente resultado; si (65.0%), poco (24%), no (11.0%).

Tabla # 10

Frecuencia con la que le han informado de manera mas clara en lo que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino.

Quien le ha informado de manera mas clara en lo que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
Medios de comunicacion	29	29.0
Amigas y familia	20	20.0
En la clinica	51	51.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 10. Quien le informa a las pacientes de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 10

Interpretación: Quien le informa a las pacientes de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino se encontro el siguiente resultado; en la clínica (51.0%), los medios de comunicación con un (29.0%), amigas y familia un (20.0%).

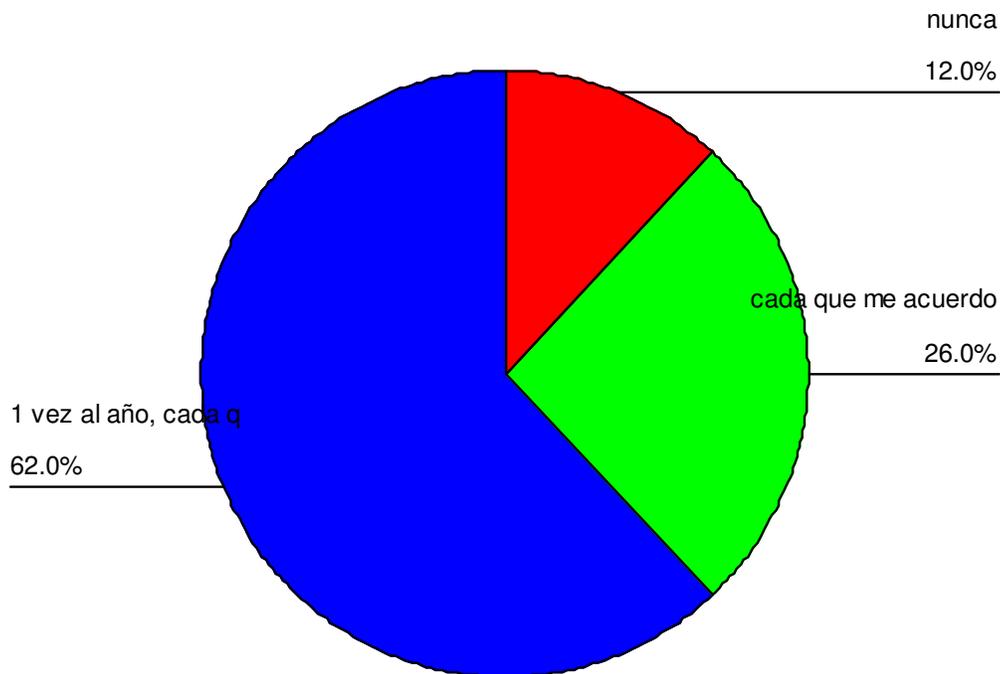
Tabla # 11

Frecuencia con la que se realiza la detección del cáncer cervico uterino.

Cada cuando se realiza la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
Nunca	12	12.0
Cada que me acuerdo	26	26.0
1 vez al año, cada que me lo registran	62	62.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 11. Las pacientes cada cuando se realizan la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 11

Interpretación: La frecuencia con que las pacientes se realizan la detección del cáncer cervico uterino se en contro el siguiente resultado; 1 vez al año y cada que me lo registran en el carnet (62.0%), cada que me acuerdo (26.0%), nunca un (2.0%).

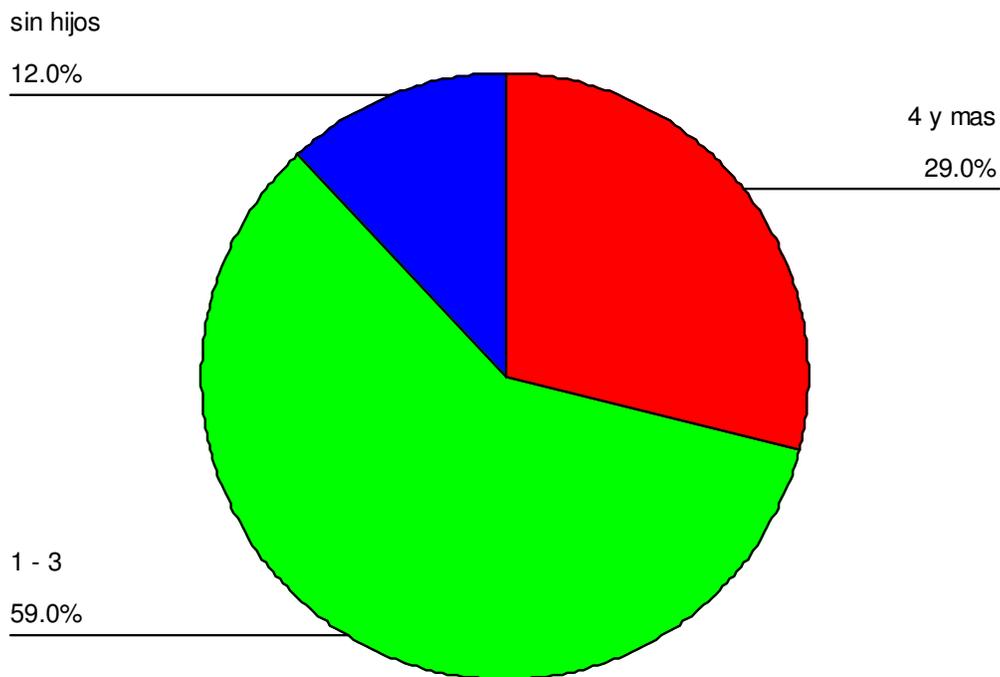
Tabla # 12

Cuantos hijos tienen estas pacientes encuestadas.

Cuantos hijos tiene	Frecuencia	%
4 y mas	29	29.0
1 - 3	59	59.0
sin hijos	12	12.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 12. Hijos que tienen las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS.



Fuente: Datos de la tabla # 12

Interpretación: La cantidad de hijos que tienen las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS se encontro el siguiente resultado; 1-3(59.0%), 4 y mas (29.0%), sin hijos (12.0%).

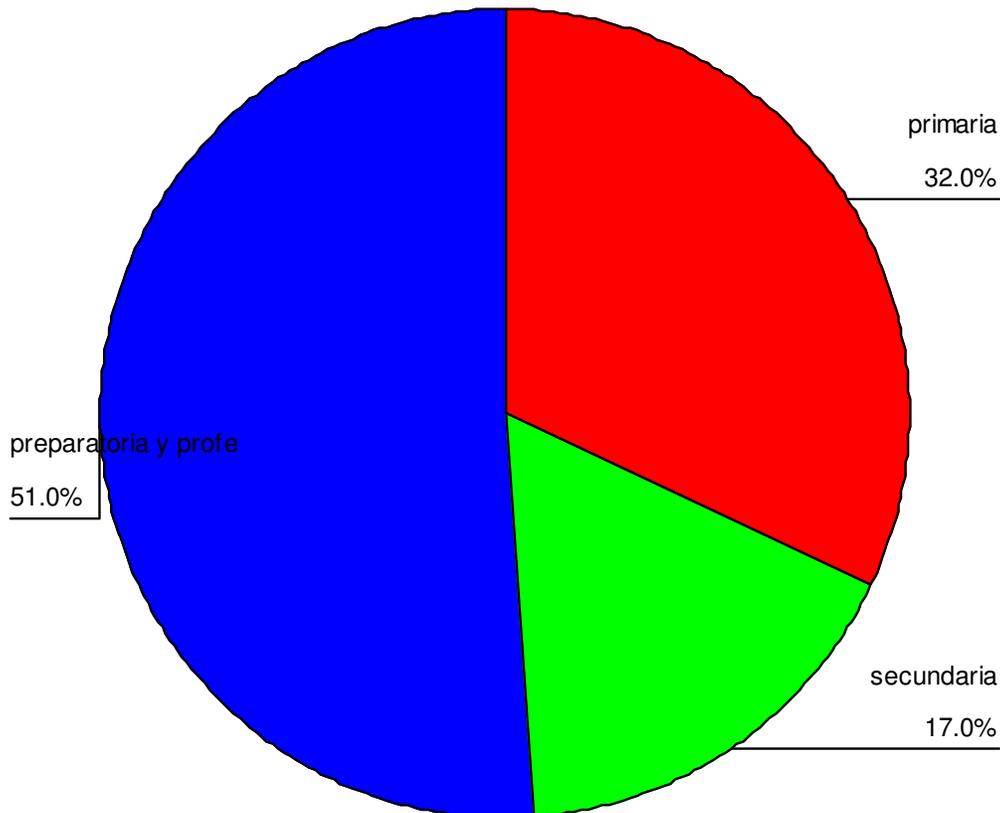
Tabla # 13

Nivel educativo que tienen las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS.

Nivel educativo de las pacientes	Frecuencia	%
Primaria	32	32.0
Secundaria	17	17.0
Preparatoria y profesionista	51	51.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 13 Que nivel educativo tienen las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS.



Fuente: Datos de la tabla 13

Interpretación: Las pacientes de 25 a 64 años que tienen o hayan tenido vida sexual activa tienen el siguiente nivel educativo; preparatoria y profesionistas un (51.0%), primaria (32.0%), secundaria (17.0%).

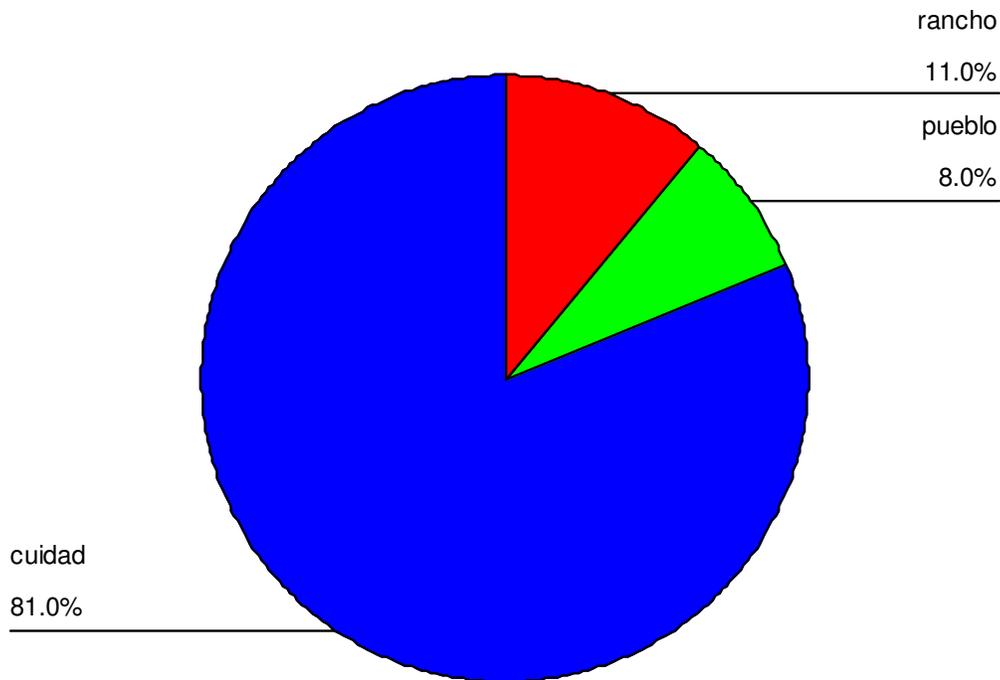
Tabla # 14

Zona en la que viven las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Zona en la que viven las pacientes	Frecuencia	%
Rancho	11	11.0
Pueblo	8	8.0
Ciudad	81	81.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 14 Zona en la que viven las pacientes.



Fuente: Datos de la grafica # 14

Interpretación: Las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS viven en las siguientes zonas; ciudad un (81.0%), rancho un (11%), pueblo (8.0%).

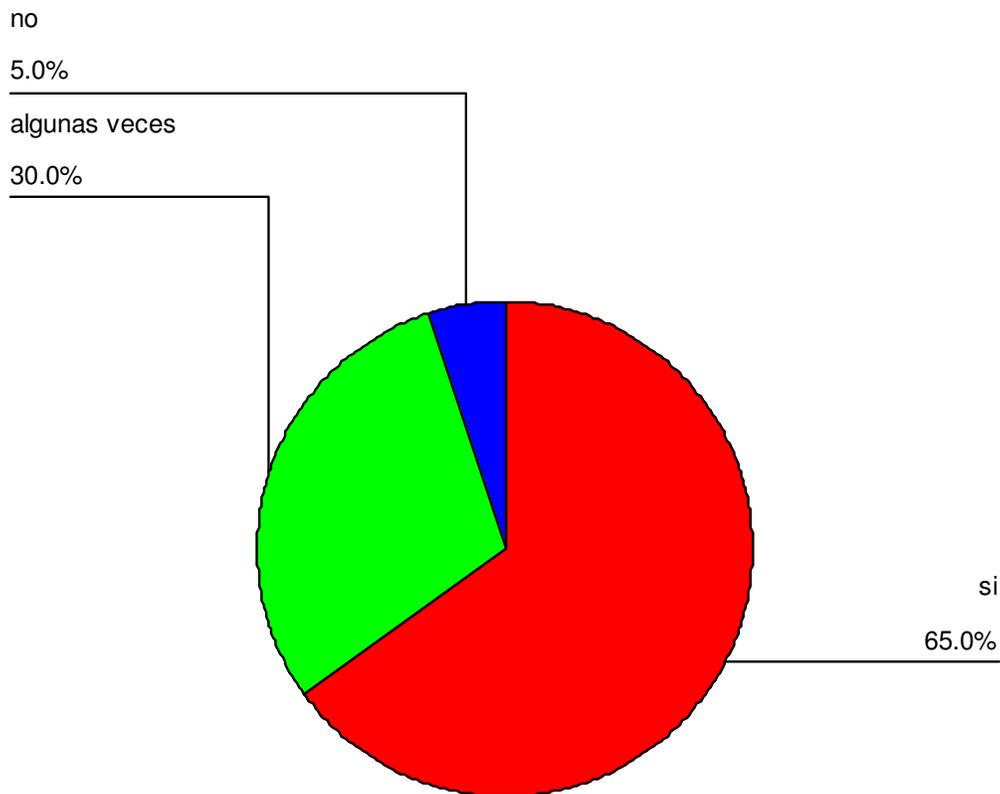
Grafica # 15

Frecuencia con la que creen las pacientes que los medios de comunicación las orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino.

Crees que los medios de comunicacion te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou)	Frecuencia	%
Si	65	65.0
Algunas veces	30	30.0
No	5	5.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 15. Los medios de comunicación orientan a las pacientes acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 15

Interpretación: Las pacientes que creen que los medios de comunicación las orientan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou) se encontro lo siguiente; si un (66.0%), algunas veces un (30.0%), no un (5.0%).

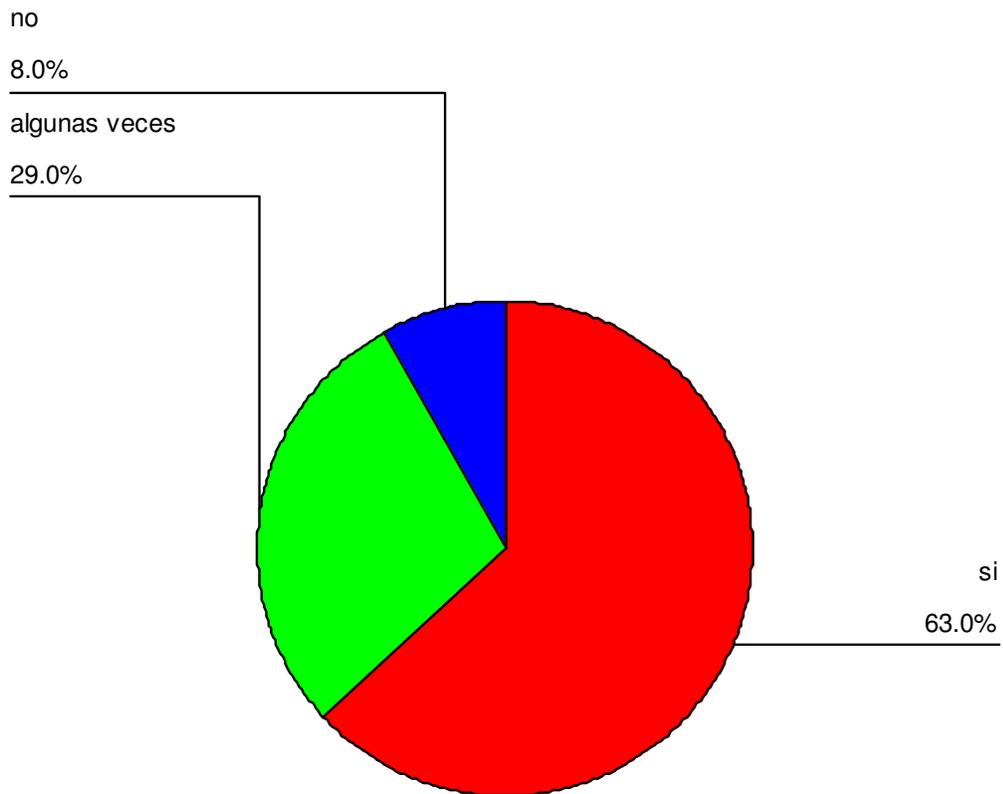
Tabla # 16

Frecuencia con la que creen las pacientes que los medios de comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino les dejan una buena enseñanza.

Los medios de comunicación que hablan del examen para la detección del cáncer cervico uterino te dejan una Buena enseñanza	Frecuencia	%
Si	63	63.0
Algunas veces	29	29.0
No	8	8.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 16 crees que los medios de comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino te dejan una buena



enseñanza

Fuente: Datos de la tabla 16

Interpretación: De las personas que creen que los medios de comunicación les dejan una buena enseñanza acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou) se encontro el siguiente resultado: si (63.0%), algunas veces (29.0%), no (8.0%).

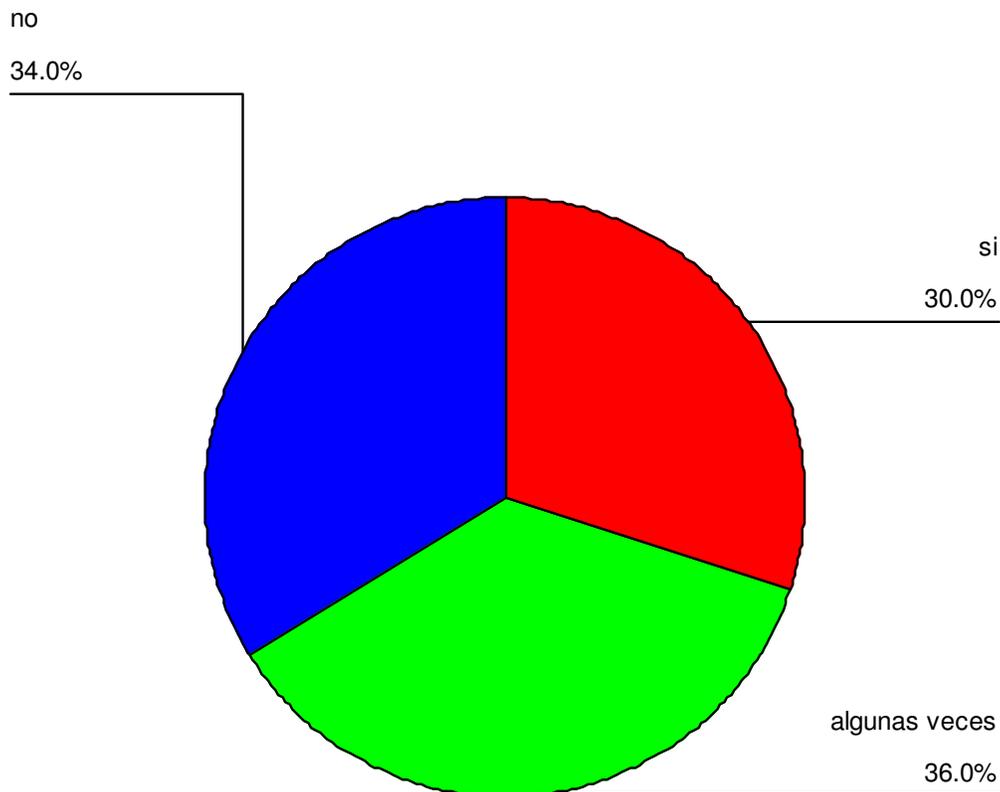
Tabla # 17

Frecuencia con la que creen las pacientes que los medios de comunicación explican de manera mas clara de la importancia de realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino que el personal que le atiende en la clinica.

Creas que los medios de comunicación explican de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino que el personal que le atiende en la clinica	Frecuencia	%
Si	30	30.0
Algunas veces	36	36.0
No	34	34.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS

Grafica # 17. Las pacientes creen que los medios de comunicación les explican de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino que el personal que le atiende en la clinica.



Fuente: Datos de la tabla # 17

Interpretación: Dentro de las pacientes que creen que los medios de comunicación les informan de manera mas clara en lo que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino que el personal que le atiende en la clinica se encontro el siguiente resultado; algunas veces (36.0%), no un (34.0%), si (30.0%).

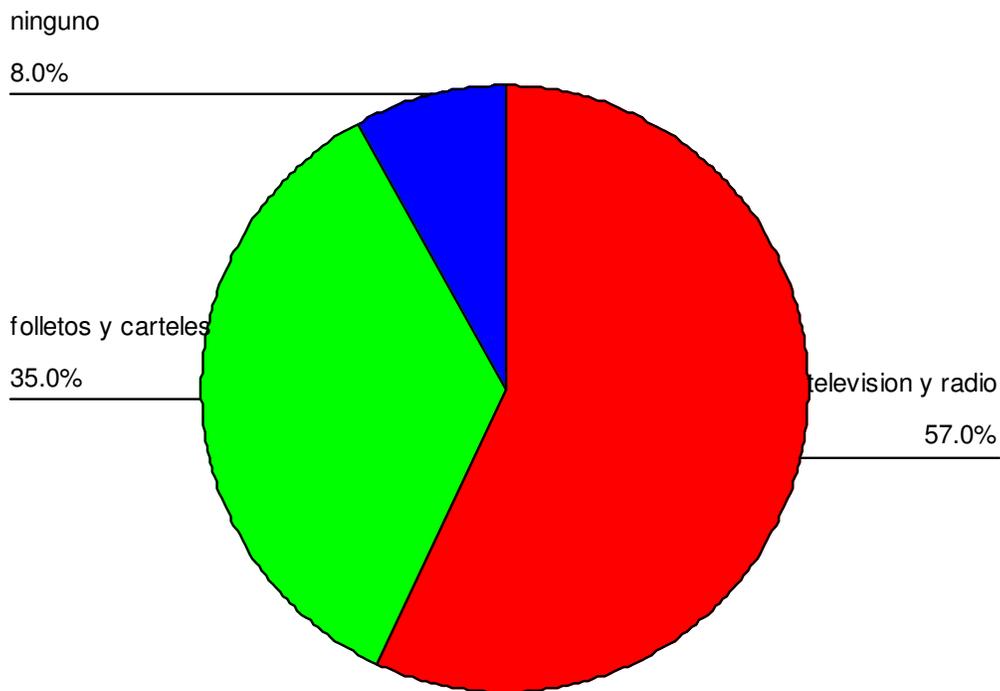
Tabla # 18

Frecuencia con la cual las pacientes han observado o escuchado que promuevan mas los medios de comunicación acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino.

En que medios de comunicacion has observado o escuchado que promuevan mas acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
Television y radio	57	57.0
Folletos y carteles en la clinica	35	35.0
Ninguno	8	8.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 18. Por cuales medios de comunicación has observado o escuchado que promuevan más acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).



Fuente: Datos de la grafica # 18

Interpretación: De los medios de comunicación que las pacientes mas han observado o escuchado que promuevan el examen para la detección del cáncer cervico uterino se encontro el siguiente resultado; televisión y radio (57.0%), folletos y carteles (35.0%), ninguno (8.0%).

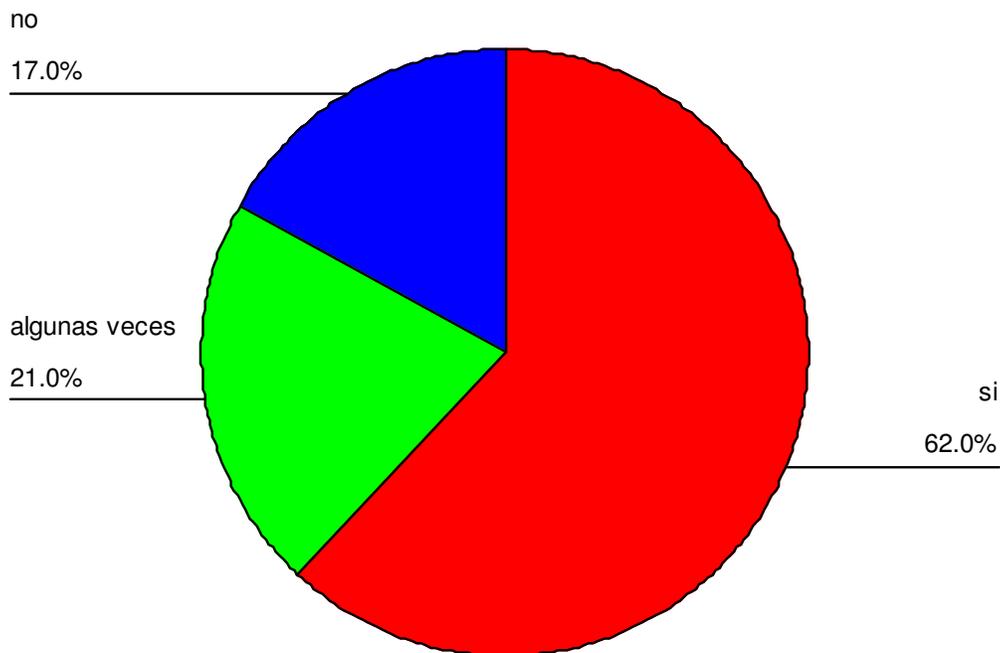
Tabla # 19

Frecuencia con la que los medios de comunicación han motivado a las pacientes a realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino.

Te han motivado los medios de comunicacion a realizarte el examen para la detección del cáncer cervico uterino	Ffrecuencia	%
Si	62	62.0
Algunas veces	21	21.0
No	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente. Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 19. A las pacientes las han motivado los medios de comunicación a realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino (papnicolauo).



Fuente: Daros de la tabla # 19

Interpretación: De las pacientes que creen que los medios de comunicación las han motivado para realizarse la detección del cáncer cervico uterino se encontro el siguiente resultado; si (62.0%), algunas veces un (21.0%), no un (17.0%).

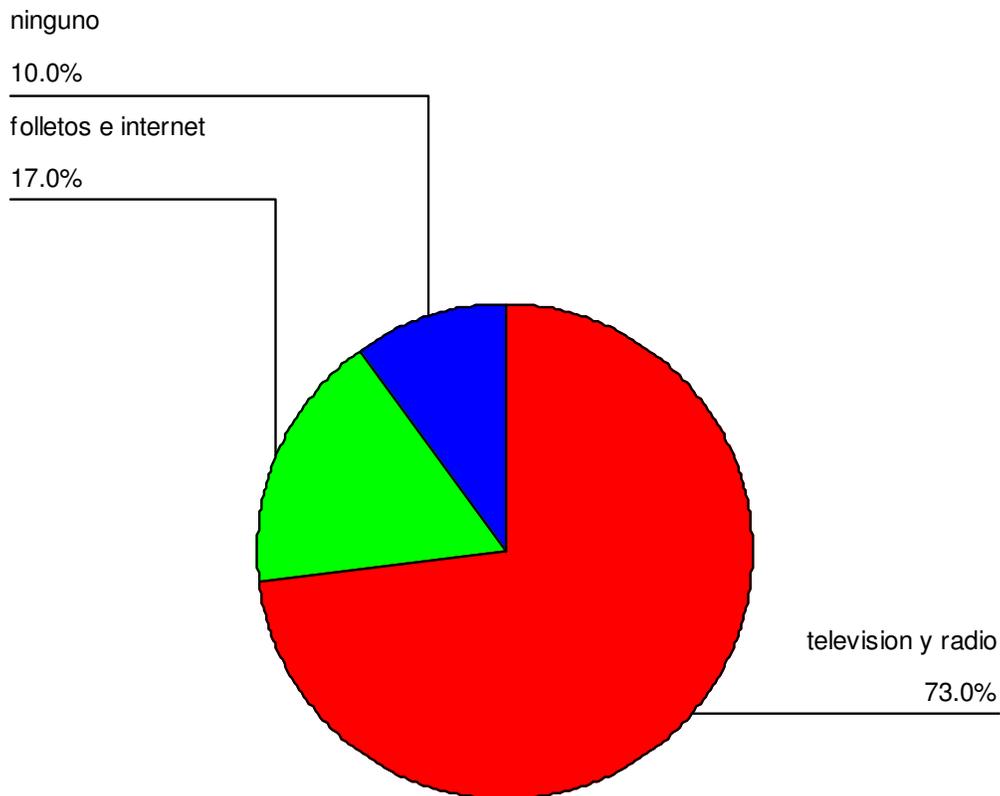
Tabla # 20

Medios de comunicación por los cuales las pacientes se han enterado en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).

Por que medios de comunicacion te has enterado en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
Television y radio	73	73.0
Folletos e internet	17	17.0
Ninguno	10	10.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 20. Medios de comunicación por los cuales se han enterado las pacientes en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 20

Interpretación: Dentro de los medios de comunicación por los cuales las pacientes se han enterado en que cosiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino se encontro el siguiente resultado; televisión y radio (73.0%), folletos e Internet (17.0%), ninguno (10.0%).

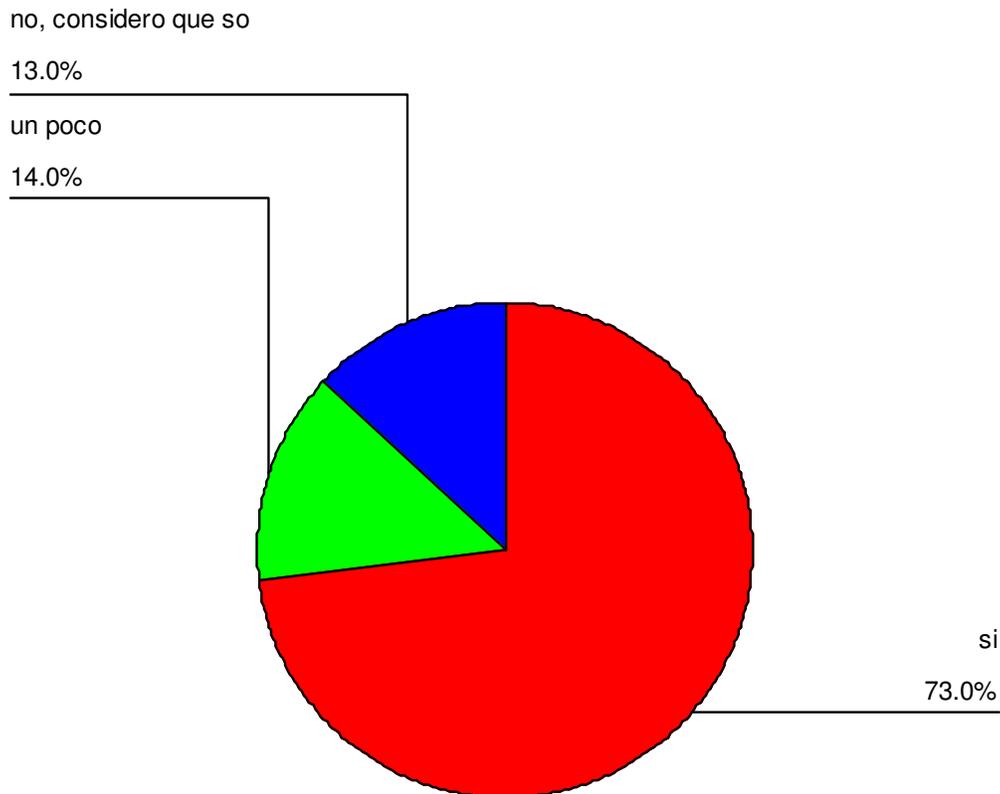
Tabla # 21

Frecuencia con la que las pacientes consideran que debería haber mas anuncios en los medios de comunicación para informar sobre el examen para la detección del cáncer cervico uterino (Papanicolaou).

Considera que debería de haber mas anuncios en los medios de comunicacion para informar sobre el examen para la detección del cáncer cervico uterino	Frecuencia	%
Si	73	73.0
Un Poco	14	14.0
No, considero que son suficientes	13	13.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 21. Las pacientes creen que debería de haber mas anuncios en los medios de comunicación para informar sobre el examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 21

Interpretación: Consideran las pacientes que debería de haber mas anuncios en los medios de comunicación que informen sobre el examen para la detección del cáncer cervico uterino, si un (73.0%), un poco (14.0%), no, considero que son suficientes (13.0%).

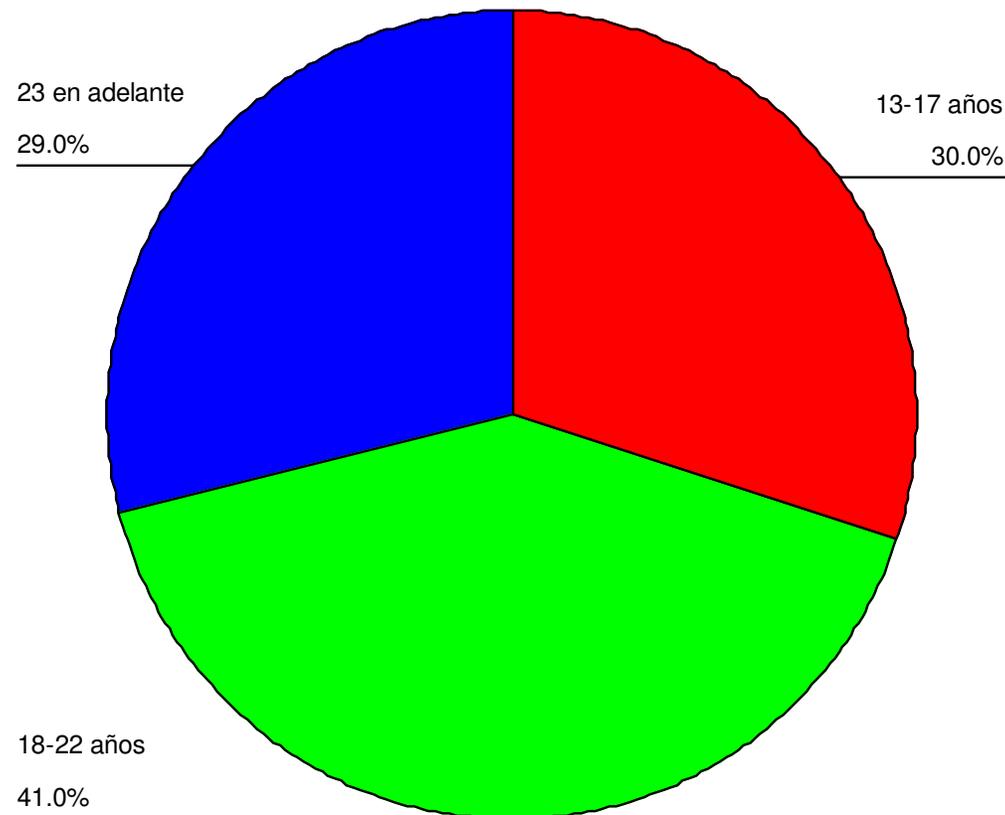
Tabla # 22

Edad en la que las pacientes empezaron a tener relaciones sexuales.

A que edad empezó a tener relaciones sexuales	Frecuencia	%
13-17 años	30	30.0
18-22 años	41	41.0
23 en adelante	29	29.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 22. A que edad las pacientes empezaron a tener relaciones sexuales.



Fuente: Datos de la grafica # 22

Interpretación: Dentro de las edades en que las paciente empezaron a tener relaciones sexuales se obtuvo el siguiente resultado; 18-22 (41.0%), 13-17(30.0%), 23 en adelante (29.0%).

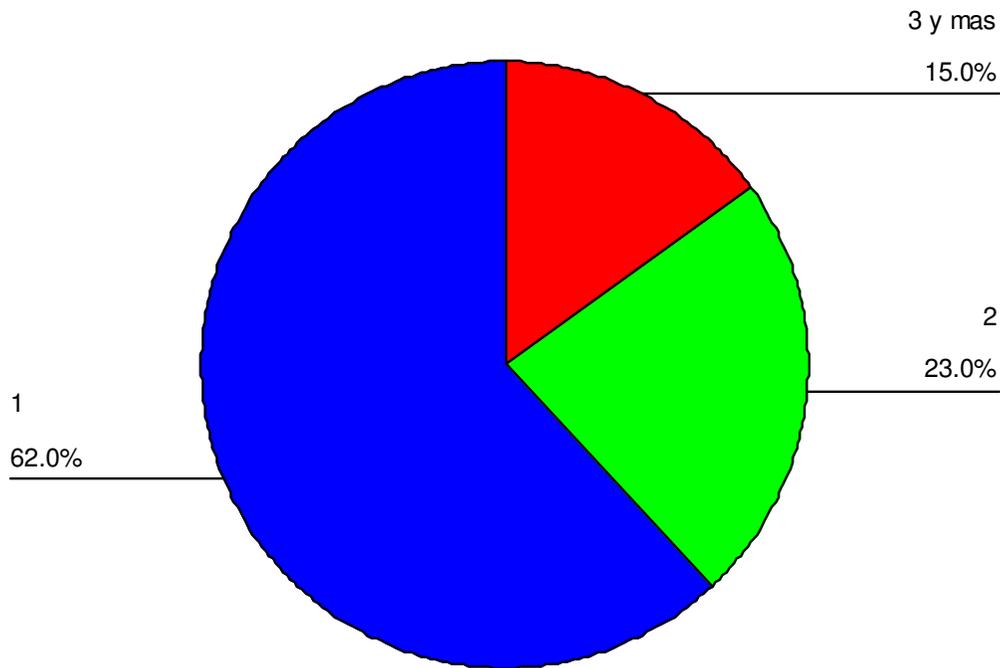
Tabla # 23

Parejas con las que ha tenido relaciones sexuales.

Con cuantas parejas ha tenido relaciones sexuales	Frecuencia	%
3 y mas	15	15.0
2	23	23.0
1	62	62.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 23. Las pacientes encuestadas con cuantas parejas han tenido relaciones sexuales .



Fuente: Datos de la tabla # 23

Interpretación: De acuerdo al número de parejas con las que han tenido relaciones sexuales las pacientes encuestadas se obtuvo la siguiente información: 1 (62.0%), 2 (23.0%), 3 y mas (15.0%).

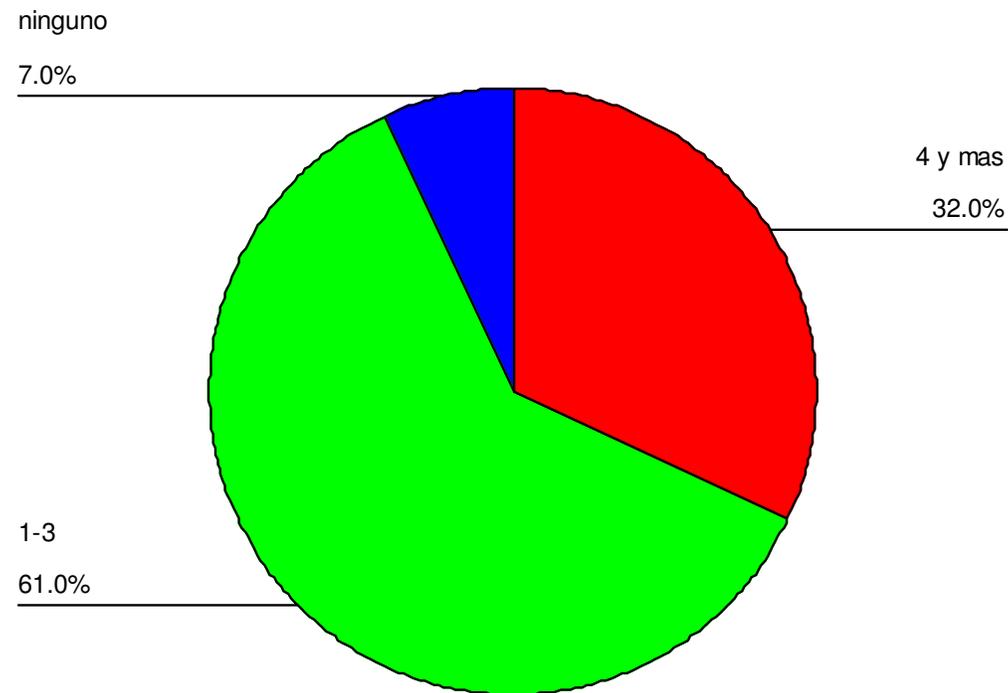
Tabla #24

Frecuencia con la que las pacientes se han embarazado.

Cuantos embarazos ha tenido	Frecuencia	%
4 y mas	32	32.0
1-3	61	61.0
Ninguno	7	7.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 24. Embarazos que han tenido las personas encuestadas.



Fuente: Datos de la tabla # 24

Interpretación: De acuerdo al número de embarazos que las pacientes encuestadas han tenido se obtuvo el siguiente resultado; 1-3(63.0%), 4 y mas (32.0%), ninguno (7.0%).

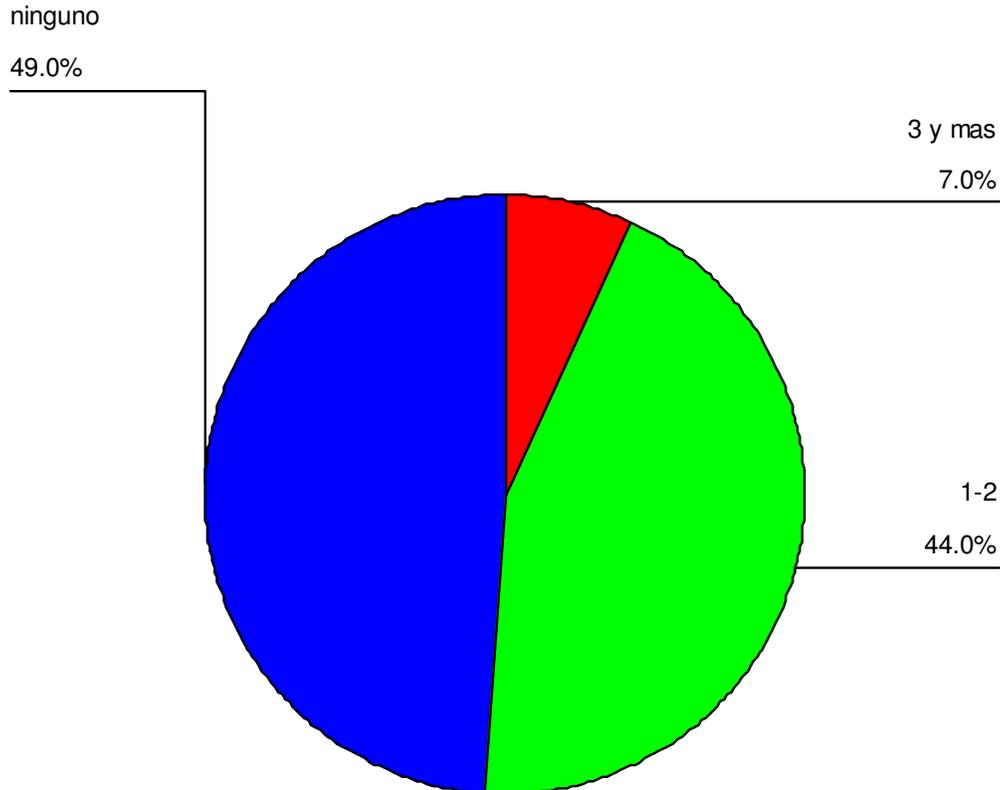
Tabla # 25

Frecuencia al número de abortos que las pacientes han tenido.

Cuantos abortos ha tenido	Frecuencia	%
3 y mas	7	7.0
1-2	44	44.0
Ninguno	49	49.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 25. Numero de abortos que las pacientes encuestadas han tenido.



Fuente: Datos de la tabla # 25

Interpretación: De acuerdo al número de abortos que las pacientes encuestadas han tenido se obtuvo el siguiente resultado; ninguno (49.0%), 1-2 (44.0%), 3 y mas (7.0%).

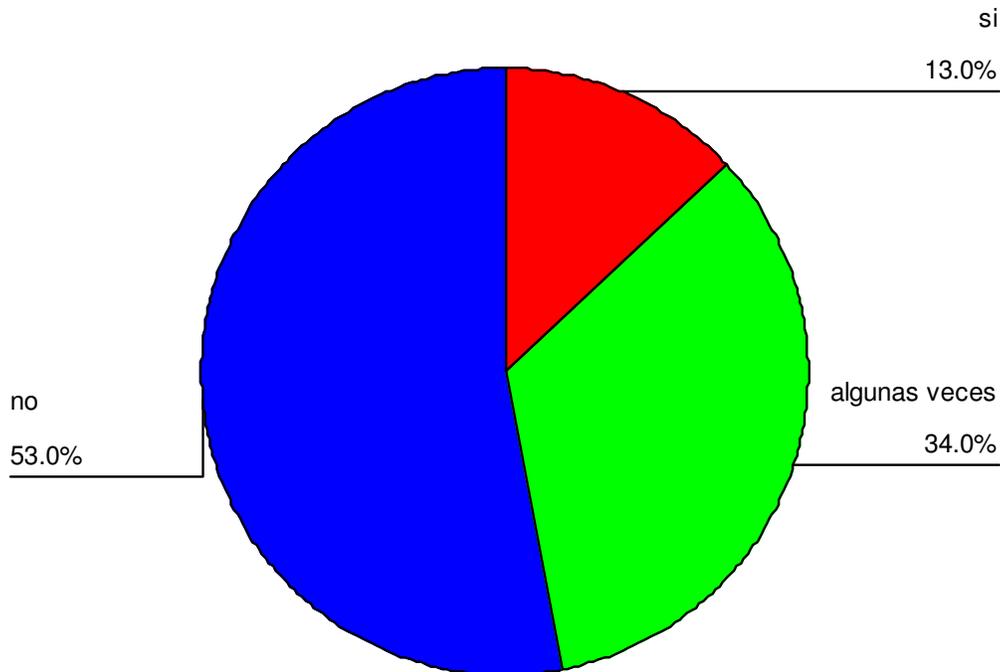
Tabla # 26

Frecuencia con la que las pacientes presentan infecciones vaginales.

Padece constantemente infecciones vaginales	Frecuencia	%
Si	13	13.0
Algunas veces	34	34.0
No	53	53.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 26 las pacientes padecen constantemente de infecciones vaginales.



Fuente: Datos de la tabla #26

Interpretación: De acuerdo con las pacientes que presentan infecciones vaginales se encontró el siguiente resultado; no (53.0%), algunas veces (34.0%), si (13.0%).

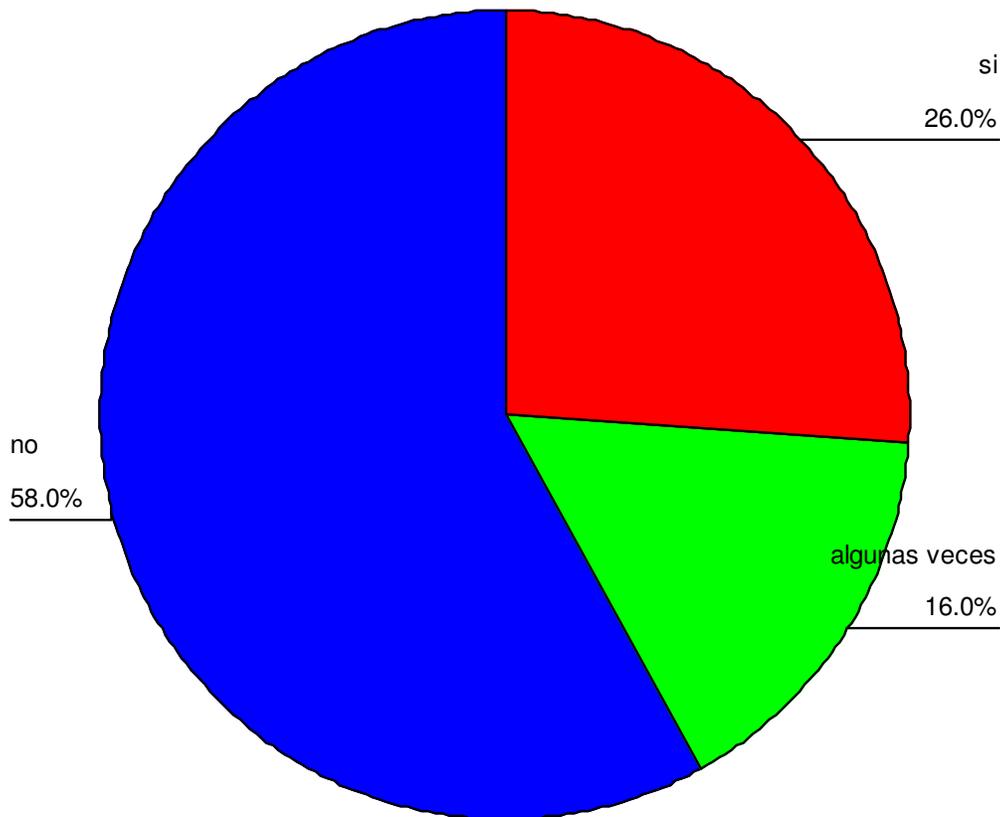
Tabla # 27

Frecuencia con la que las pacientes les gusta fumar.

Le gusta fumar	Frecuencia	%
Si	26	26.0
Algunas veces	16	16.0
No	58	58.0
Total	100	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 27. Pacientes que les gusta fumar.



Fuente: Datos de la tala # 27

Interpretación: De acuerdo con las pacientes que les gusta fumar se obtuvo el siguiente resultado; si un (26.0%), algunas veces (16.0%), no (58.0%).

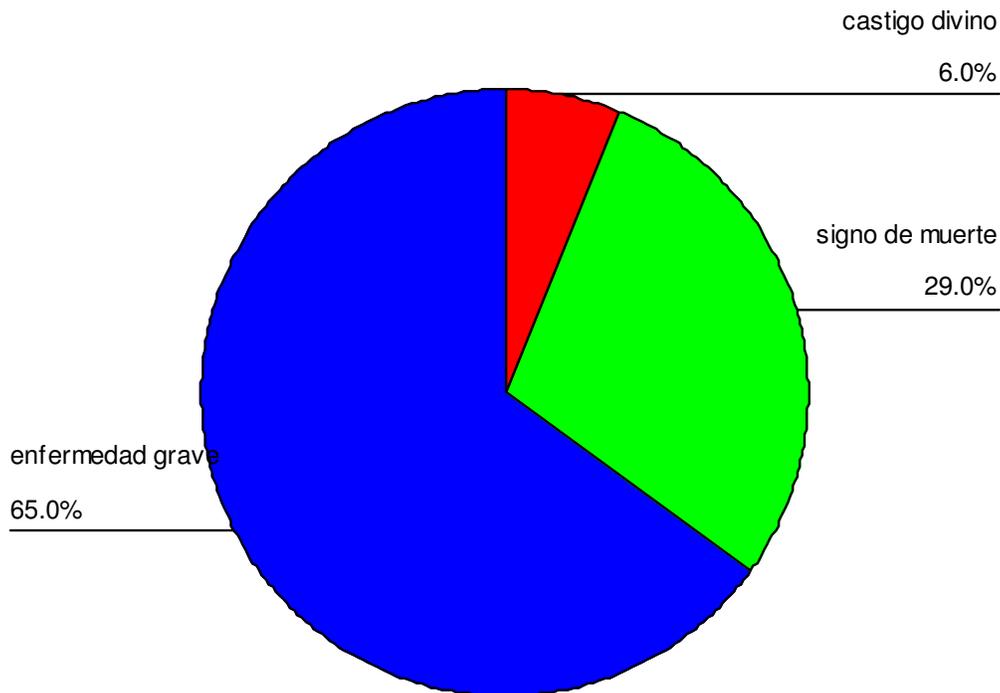
Tabla # 28

Para las paciente que es el cáncer.

Que es para usted el cáncer	Frecuencia	%
Castigo divino	6	6.0
Signo de muerte	29	29.0
Enfermedad grave	65	65.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 28. Como entienden las pacientes el cáncer.



Fuente: Datos de la tabla # 27

Interpretación: De acuerdo a lo que piensan las pacientes de lo que es el cáncer para ellas se obtuvo el siguiente resultado; enfermedad grave(65.0%), signo de muerte (29.0%), castigo divino (6.0%).

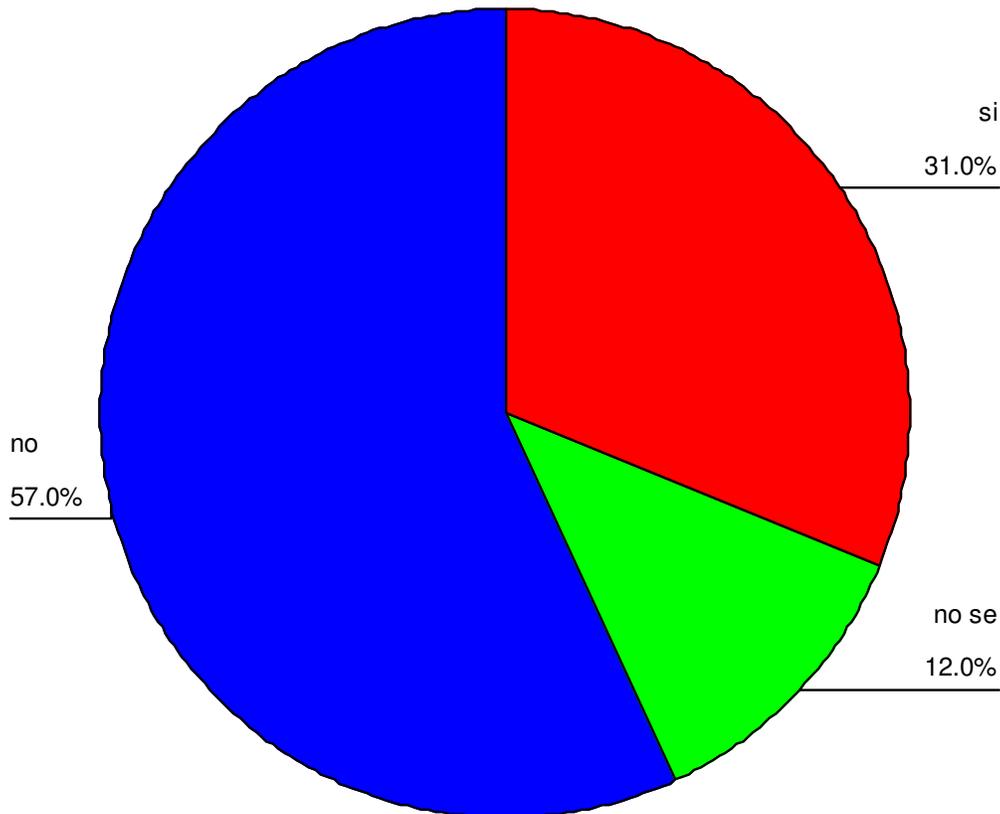
Tabla # 29

Frecuencia con la que las pacientes puedan tener familiares con cáncer.

En su familia alguien padece cáncer	Frecuencia	%
Si	31	31.0
No se	12	12.0
No	57	57.0
Total	100	100.0

Fuente: encuestas aplicadas a las pacientes derechohabientes de la clínica 75 del IMSS.

Grafica # 29. Pacientes que tengan familiares con cáncer.



Fuente: Datos de la tabla # 29

Interpretación: De acuerdo con las pacientes que tienen familiares con cáncer se encontró el siguiente resultado; si (31.0%), no se (12.0%), no (57.0%).

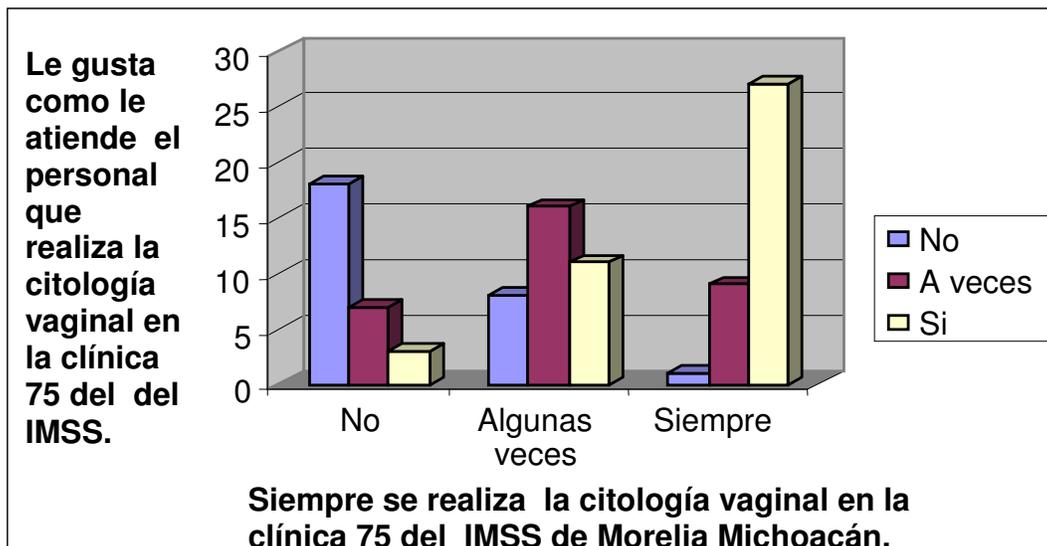
Tabla # 30

Cruce de variables entre, les gusta a las pacientes como les atiende el personal de la clinica 75 del IMSS que realiza el examen para la detección del cáncer Cervico uterino (Papanicolaou), contra la frecuencia con la que se realiza el examen para la detección del cáncer Cervico uterino en la clinica del IMSS

	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
No	18	8	1
A veces	7	16	9
Si	3	11	27
Total	28	35	37

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 30. Cruce de variables entre, las pacientes que les gusta como las atiende el personal de la clinica 75 del IMSS que realiza el examen para la detección del cáncer Cerviño uterino, en relación con la frecuencia con la que se realizan el examen para la detección del cáncer Cerviño uterino en la clinica 75 del IMSS



Fuente: Datos de la tabla # 30

Interpretación: De las pacientes que siempre les ha gustado como les atiende el personal de la clinica 75 del IMSS al momento de realizarles el examen para la detección del cáncer cervico uterino, la mayoría (27) siempre, se han realizado el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS.

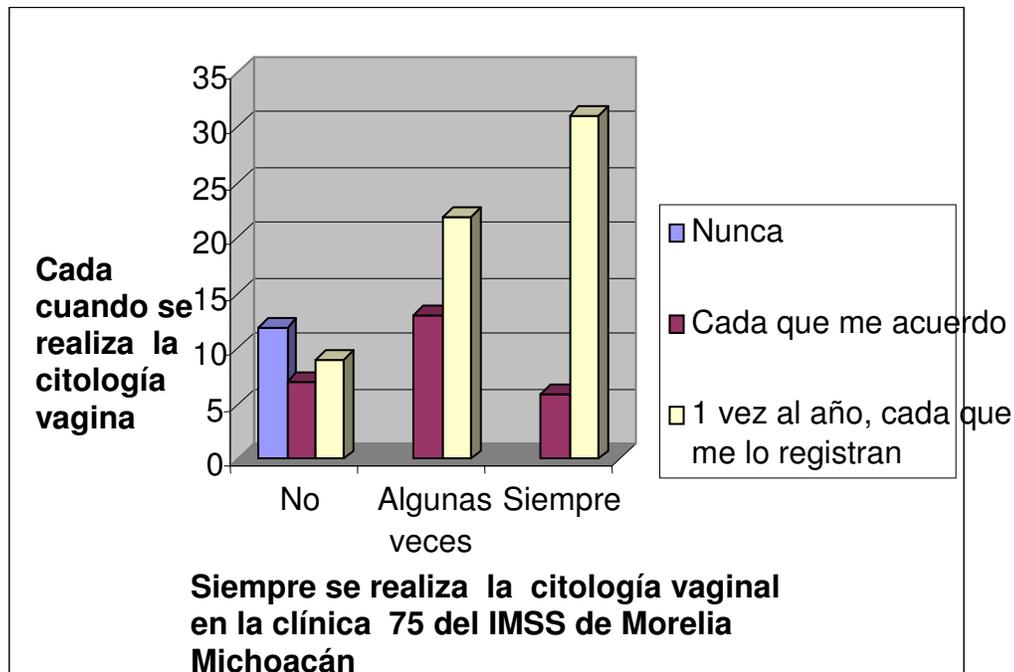
Tabla # 31

Cruce de variables entre, la frecuencia con la que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino, contra la frecuencia con la que se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS

	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Nunca	12		
Cada que me acuerdo	7	13	6
1 vez al año, cada que me lo registran	9	22	31
Total	28	35	37

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 31. Cruce de variables entre frecuencia con la que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en relación con la frecuencia con que se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75



Fuente: Datos de la tabla # 31

Interpretación: Frecuencia con la que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino, la mayoría (31) siempre, frecuencia con que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75.

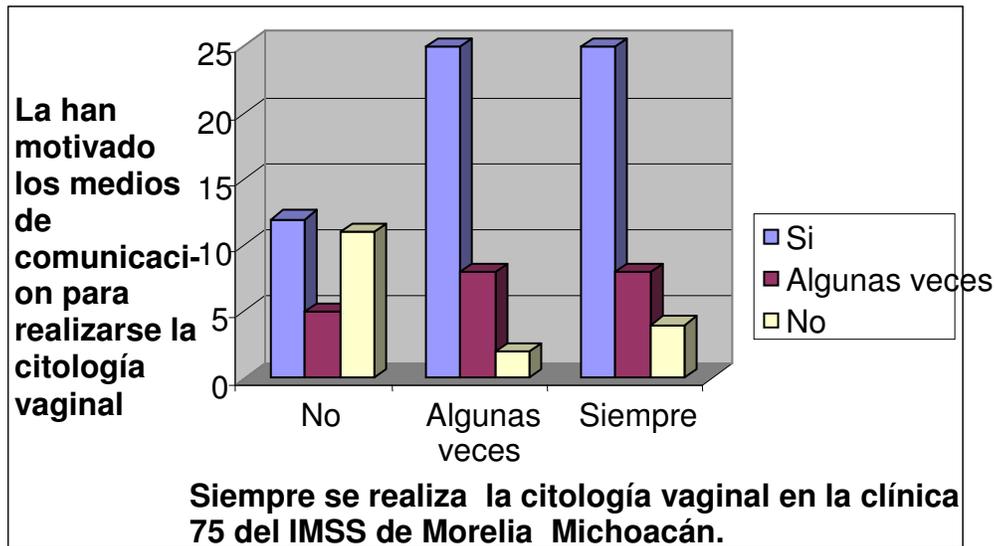
Tabla # 32

Cruce de variables, a las pacientes las motivan los medios de comunicación para realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino esta variable tuvo una correlación muy significativa con la frecuencia con la que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS

	NO	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Si	12	25	25
Algunas veces	5	8	8
No	11	2	4
Total	28	35	37

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica: # 32. Cruce de variables, a las pacientes las motivan los medios de comunicación para realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino contra la frecuencia con la que las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS.



Fuente: Datos de la tabla # 32

Interpretación: A las pacientes las motivan los medios de comunicación para realizarse el examen para la detección del cáncer cervico uterino, la mayoría (25) siempre, frecuencia con la que se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS.

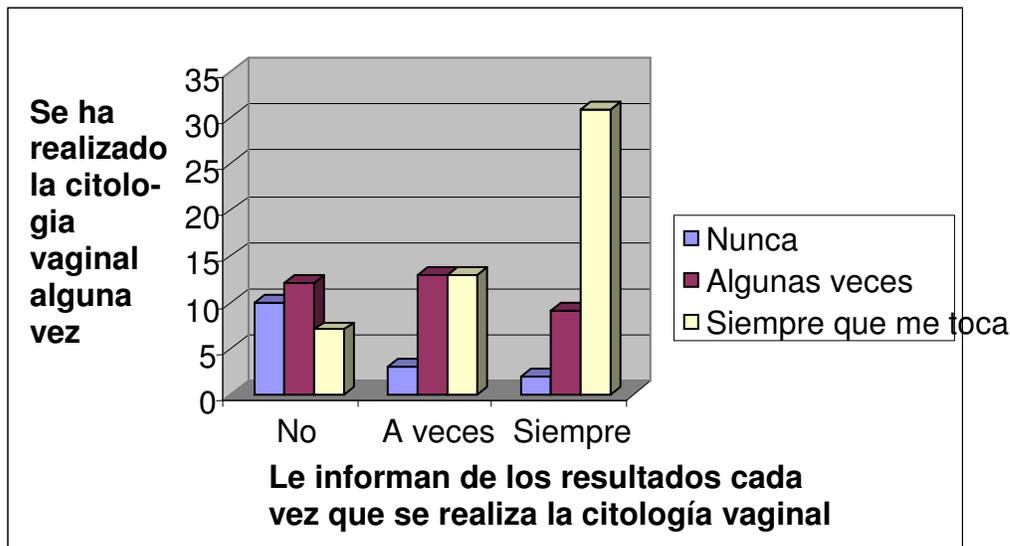
Tabla # 33

Cruce de variables, las pacientes se han realizado el examen para la detección del cáncer cervico uterino alguna vez esta variable tuvo un correlación muy significativa con la frecuencia con que le informan a las pacientes acerca de los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino

	NO	A VECES	SIEMPRE
Nunca	10	3	2
Algunas veces	12	13	9
Siempre que me toca	7	13	31
Total	29	29	42

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 33 Cruce de variables, las pacientes se han realizado el examen para la detección del cáncer cervico uterino alguna vez, contra la frecuencia con la que le informan de los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 33

Interpretación: Las pacientes se han realizado el examen para la detección del cáncer cervico uterino alguna vez, la mayoría (31), le informan de los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino.

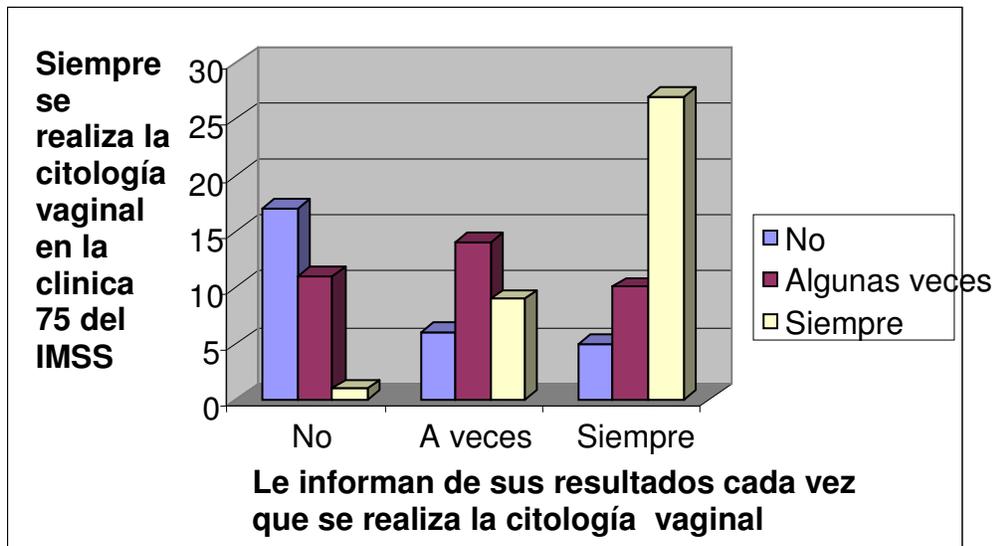
Tabla # 34

Cruce de variables, pacientes que se han realizado el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 esta variable tuvo una correlación muy significativa con la frecuencia con la que le entregan los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino.

	NO	A VECES	SIEMPRE
No	17	6	5
Algunas veces	11	14	10
Siempre	1	9	27
Total	29	29	42

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 34. Cruce de variables, las pacientes siempre se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la Clínica 75 del IMSS contra la frecuencia con la que le entregan los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino.



Fuente.: Datos de la tabla # 34

Interpretación: Las pacientes se realizan siempre el examen para la detección del cáncer cervico uterino en la clinica 75 del IMSS, la mayoría (27) siempre, le informan de los resultados del examen para la detección del cáncer cervico uterino.

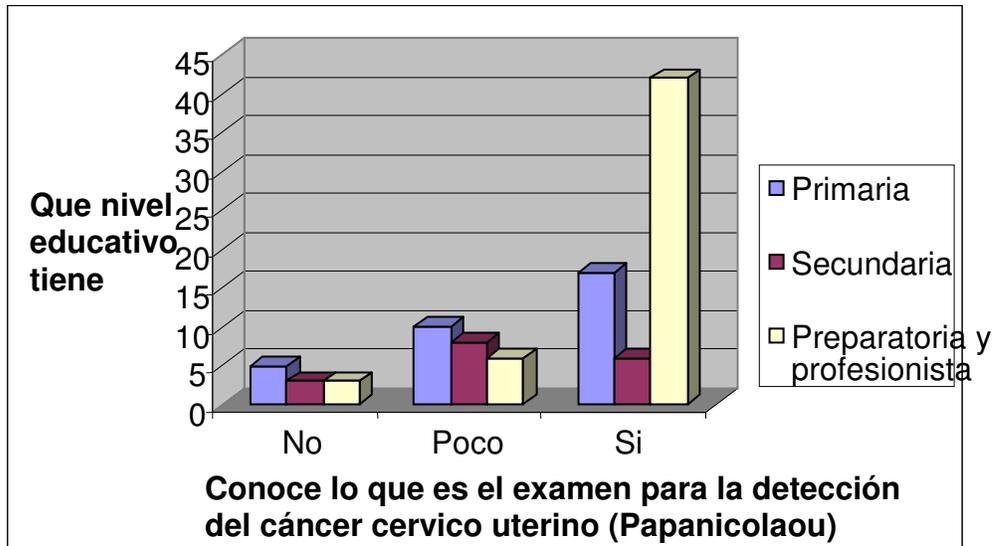
Tabla # 35

Cruce de variables, nivel educativo que tienen las pacientes esta variable tuvo una correlación muy significativa con la variable frecuencia con la que las pacientes conocen lo que es el examen para la detección del cáncer cervico uterino

	NO	POCO	SI
Primaria	5	10	17
Secundaria	3	8	6
Preparatoria y Profesionalista	3	6	42
Total	11	24	65

Fuente: encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 35. Nivel educativo que tienen las pacientes contra el conocimiento que tienen acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino



Fuente: Datos de la tabla # 35

Interpretación: Nivel educativo que tienen las pacientes, mayoría (42) si, conocen lo que es el examen para al detección del cáncer cívico uterino

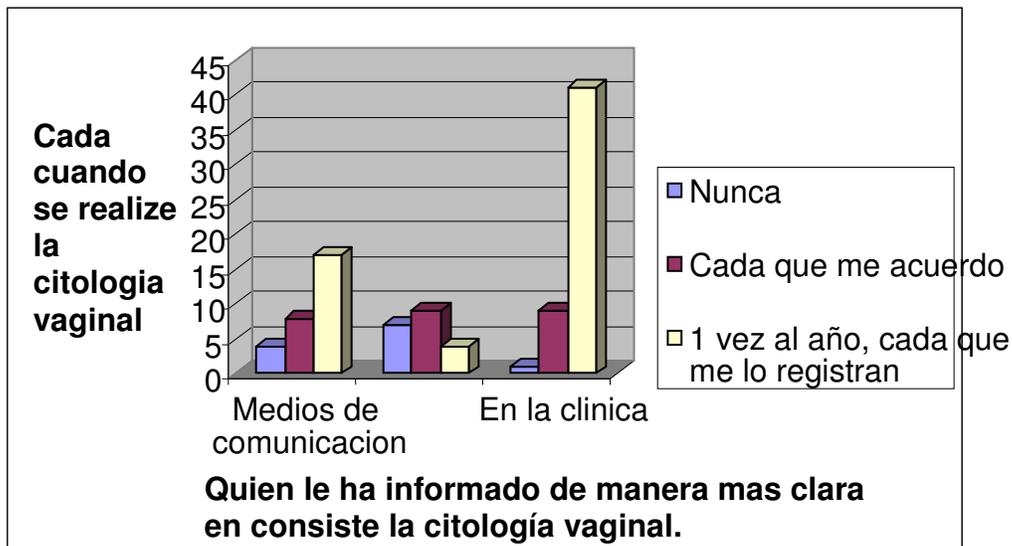
Tabla # 36

Cruce de variables, cada cuando las pacientes se realizan el Papanicolaou tuvo esta variable muy significativa con quien le ha informado a las pacientes de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino

	MEDIOS DE COMUNICACION	AMIGAS Y FAMILIA	EN LA CLINICA
Nunca	4	7	1
Cada que me acuerdo	8	9	9
1 vez al año, cada que me lo registran	17	4	41
Total	29	20	51

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 36. Cruce de variables, cada cuando las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino contra quien les ha informado de manera mas clara en que consiste le examen para la detección del cáncer cervico uterino



Fuente. Datos de la tabla #36

Interpretación: Cada cuando las pacientes se realizan el examen para la detección del cáncer cervico uterino, mayoría (41) en la clinica, quien le ha informado de manera mas clara en que consiste el examen para la detección del cáncer cervico uterino.

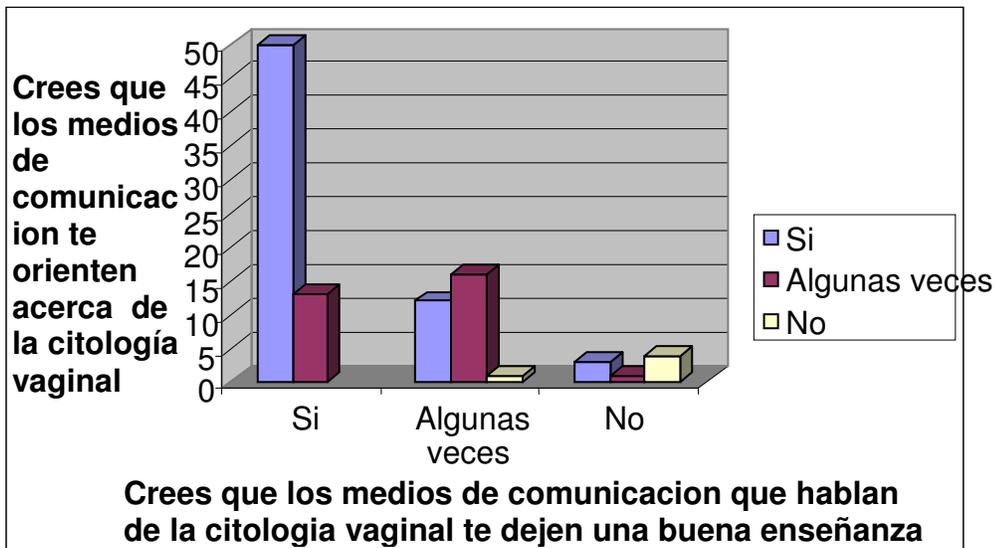
Tabla # 37

Cruce de variables, crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino esta variable tuvo una correlación muy significativa con, crees que los medios e comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino te dejen una buena enseñanza

	SI	ALGUNAS VECES	NO
Si	50	12	3
Algunas veces	13	16	1
No		1	4
Total	63	29	8

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 a 64 años derechohabientes de la clinica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido relaciones sexuales

Grafica # 37. Cruce de variables, crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino contra la variable crees que los medios de comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino te dejen una buena enseñanza



Fuente. Datos de la tabla # 37

Interpretación. Crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino, la mayoría (50) si, crees que los medios de comunicación que hablan acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino te dejen una buena enseñanza.

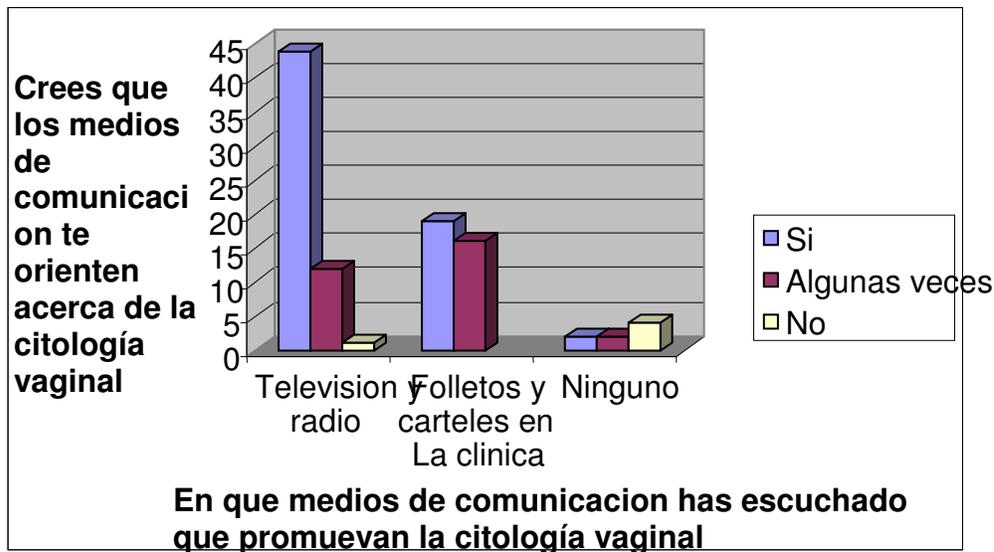
Tabla # 38

Cruce de variables, crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino esta variable tuvo una correlación muy significativa con medios de comunicación en los cuales las pacientes han observado y escuchado que promuevan mas acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino

	TELEVISION Y RADIO	FOLLETOS Y CARTELES EN LA CLINICA	NINGUNO
Si	44	19	2
Algunas veces	12	16	2
No	1		4
Total	57	35	8

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa

Grafica # 38. Cruce de variables, crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino contra los medios de comunicación que las pacientes han observado y escuchado que promuevan más acerca del cáncer cervico uterino.



Fuente: Datos de la tabla # 38

Interpretación: Crees que los medios de comunicación te orienten acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino, la mayoría (44) televisión y radio, medios de comunicación que las pacientes han observado y escuchado que promueven mas acerca del examen para la detección del cáncer cervico uterino

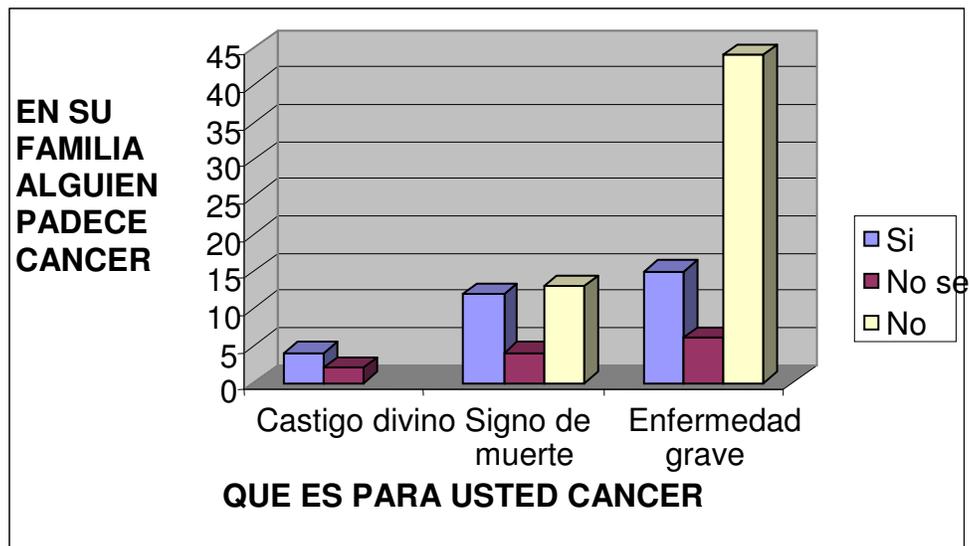
Tabla # 39

Cruce de variables, en su familia padecen de cáncer esta variable tuvo una corrección muy significativa con, que es para usted el cáncer

	CASTIGO DIVINO	SIGNO DE MUERTE	ENFERMEDAD GRAVE
Si	4	12	15
No se	2	4	6
No		13	44
Total	6	29	65

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes de 25 - 64 años derechohabientes de la clínica 75 del IMSS que tengan o hayan tenido vida sexual activa.

Grafica # 39. Cruce de variables, alguien de su familia padece cáncer, que es para usted el cáncer.



Fuente: Datos de la tabla # 39

Interpretación: En su familia alguien padece cáncer, la mayoría (44) no, que es para usted el cáncer.