

MED. GRAL RAFAEL FERNANDO LANDA
GUTIÉRREZ

FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICAL EN
MUJERES DE 25 A 64 AÑOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA
CERVICAL EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS EN UN PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MÉD. GRAL RAFAEL FERNANDO LANDA GUTIÉRREZ

DIRIGIDO POR

MCE LUZ DALID TERRAZAS RODRIGUEZ

QUERÉTARO, QRO. (FEBRERO, 2020)



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICAL EN MUJERES
DE 25-64 AÑOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Rafael Fernando Landa Gutiérrez

Dirigido por:

MCE Luz Dalid Terrazas Rodríguez

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Presidente

Méd. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos
Secretario

MSP. León Sánchez Fernández
Vocal

MCE Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente

Méd. Esp. Adriana Jiménez Medina
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
(Febrero, 2020)
México

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte por neoplasias malignas en la mujer, ocupa el segundo lugar, luego del cáncer de mama. A pesar de contar con una prueba de tamizaje de bajo costo, procedimiento sencillo y que no conlleva tiempo excesivo en la toma de la muestra, no se tiene amplia cobertura en la realización de la misma; se han realizado estudios tratando de identificar los factores que limitan la realización de citología, con resultados poco concluyentes o contradictorios en su mayoría. **Objetivo:** Identificar los factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25-64 años en un primer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo. El tamaño de la muestra se calculó con una fórmula para poblaciones infinitas dando un total de 260 mujeres, con edad entre 25 a 64 años. Variables a estudiar: características sociodemográficas, factores cognitivos, culturales, psicológicos y del personal de salud; los cuales fueron recabados mediante instrumento validado por médicos familiares y enfermeras de la UMF en donde se realizó el estudio. Estudio sujeto a normas éticas internacionales y se firmó carta de consentimiento informado. El plan de análisis estadístico incluyó estadística descriptiva e intervalo de confianza al 95% para porcentaje y promedios. **Resultados:** La edad promedio fue de 39.85 ± 10.10 , estado civil de mayor frecuencia fue casada con un 49.2%, escolaridad secundaria se obtuvo en un 25%, la ocupación más predominante fue empleada con un 46.9%, la religión católica presente en un 90% de la población, el transporte público es el más utilizado con un 58.8%, el nivel socioeconómico con mayor prevalencia fue el medio bajo con un 40.8%. Se demostró que los factores cognitivos, socioculturales, institucionales y del personal de salud no son los que con mayor frecuencia limitan la realización de la citología cervical. **Conclusión:** Los aspectos psicológicos son los que con mayor frecuencia limitan la realización de citología cervical.

(**Palabras clave:** cáncer cuello uterino, citología cervical, factores limitantes)

SUMMARY

Introduction: Cervical cancer is a public health problem and one of the main causes of death due to malignant neoplasms in women, ranks second after breast cancer. Despite having a low-cost screening test, a simple procedure that does not involve excessive time in taking the sample, there is not ample coverage in the realization of it; studies have been carried out trying to identify the factors that limit the performance of cytology, mostly with inconclusive or contradictory results. **Objective:** To identify the factors that limit the performance of cervical cytology in women aged 25-64 years in a first level of care. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional descriptive study. The sample size was calculated with a formula for infinite populations giving a total of 260 women aged between 25 to 64 years. Variables to be studied: sociodemographic characteristics, cognitive, cultural, psychological and health personnel factors, which were collected through an instrument validated by family doctors and nurses from the UMF where the study was conducted. Study subject to international ethical standards and an informed consent letter was signed. The statistical analysis plan included descriptive statistics and confidence intervals for percentage and averages. **Results:** The average age was 39.85 ± 10.10 , marital status was more frequently married with 49.2%, secondary education was obtained by 25%, the most predominant occupation was employed with 46.9%, the Catholic religion present in 90 % of the population, public transport is the most used with 58.8%, the socioeconomic level with the highest prevalence was the low average with 40.8%. It was shown that cognitive, sociocultural, institutional and health personnel factors are not the ones that most frequently limit the performance of cervical cytology. **Conclusion:** The psychological aspects are those that most frequently limit the performance of cervical cytology.

(Key words: cervical cancer, cervical cytology, limiting factors)

DEDICATORIAS

A mi mamá, quien ha sido y será un pilar en mi vida, ya que de no ser por ella no estaría dando este gran paso, por sus esfuerzos, desvelos y múltiples sacrificios para que yo pudiera alcanzar esta realización y la felicidad total.

A Dios por darme una segunda oportunidad en esta vida ya que seguramente tiene un gran futuro y destino para mí y los que me rodean, en pro de mi familia, los pacientes y toda la gente a la que pueda ayudar.

A toda mi familia (abuelita, tías, tíos y primos), que siempre fueron un apoyo de diferente manera en esta carrera tan larga y que sin ellos no hubiera sido tan genial y perfecta esta experiencia desde ser estudiante hasta el final de un posgrado.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, siempre estaré muy agradecido con mi mamá Cecilia Gutiérrez Sánchez, por su esfuerzo por poder ser madre y cumplir todas sus metas conmigo, poder sacarme adelante sin el apoyo de un padre y dar lo mejor de sí para llegar a este día.

A mis maestros y principalmente a la Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez, a quien considero además de una gran profesora, una persona excelente y muy amable siempre conmigo, fue un gran apoyo en lo profesional y sobre todo en lo personal ganado mi respeto y cariño.

Al Dr. Manuel Enrique Herrera Avalos por el apoyo y empatía demostrada día a día y sobre todo por la paciencia con cada tropiezo durante esta gran experiencia llamada residencia.

A todos los miembros de mi gran familia, que, aunque no mencione a cada uno, saben que los amo con toda el alma y de no ser simplemente ellos mi familia no imaginaria mi vida.

A todas las pacientes que colaboraron en este proyecto, que de no ser por ellas no hubiera sido posible concluirlo.

A mis compañeras asistentes quienes amablemente me ofrecieron ayuda para captar pacientes que contaban con criterios para ser parte del estudio.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Citología cervical	3
II.1.1 Tamizaje	4
II.1.2 Indicaciones	5
II.1.3 Requisitos para obtención de muestra	5
II.1.4 Técnica	6
II.1.5 Toma exocervical	6
II.1.6 Toma endocervical	7
II.1.7 Resultado	7
II.1.8 Seguimiento	8
II.2 Factores que limitan la realización de citología cervical	9
II.2.1 Características sociodemográficas	9
II.2.2 Factores cognitivos	10
II.2.3 Factores culturales	12
II.2.4 Factores psicológicos	13
II.2.5 Factores institucionales y del personal de salud	15
II.2.6 Investigaciones previas	17
II.3 Cáncer de cuello uterino	23

II.3.1 Signos y síntomas	25
II.3.2 Estadificación	26
II.3.3 Diagnóstico	27
II.3.4 Tratamiento	27
III. Fundamentación teórica	29
IV. Hipótesis	31
V. Objetivos	32
V.1 Objetivo general	32
V.2 Objetivos específicos	32
VI. Material y métodos	33
VI.1 Tipo de investigación	33
VI.2 Población o unidad de análisis	33
VI.3 Muestra tipo de muestra	33
VI.4 Técnicas e instrumentos	35
VI.5 Procedimientos	36
VII. Resultados	39
VIII. Discusión	52
IX. Conclusiones	57
X. Propuestas	58
XI. Bibliografía	59
XII. Anexos	69

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
II.1	Comparación de la nomenclatura del diagnóstico citológico	8
II.2	Estadificación cáncer cuello uterino	26
VII.1	Estado civil de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	41
VII.2	Escolaridad de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	42
VII.3	Ocupación de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	43
VII.4	Religión de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	44
VII.5	Medio de transporte de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	45
VII.6	Nivel socioeconómico de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16. (Método Graffar).	46
VII.7	Aspectos cognitivos de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16	47
VII.8	Nivel de conocimiento de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	48
VII.9	Aspectos culturales en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	49
VII.10	Aspectos psicológicos en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	50
VII.11	Aspectos institucionales y del personal de salud en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.	51

ABREVIATURAS Y SIGLAS

CaCu: Cáncer Cérvicouterino

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

LEI: Lesión Escamosa Intraepitelial

ASCUS/AGUS: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

VPH: Virus del Papiloma Humano

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

IC: Intervalo de Confianza

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es un problema de salud pública en el mundo, ya que muestra altas cifras de incidencia y prevalencia. Estadísticamente, se considera el segundo tipo de cáncer más frecuente en México, después del cáncer de mama; en 13 estados del país es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Aproximadamente el 80% de los casos, corresponde a los países en vías de desarrollo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se considera cáncer de cuello uterino como una de las patologías neoplásicas que ocasiona mayor mortalidad (OMS, 2007; Santillana-Hernández, 2017).

De continuar las tendencias actuales, se prevé que el número de muertes se duplique, a más de 60,000 para el año 2030; sin embargo, el cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno; esto se logra mediante la realización de la citología cervical o también denominada prueba de Papanicolaou, siendo la única prueba que ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad (Vargas, 2014; Fierro, 2015; American Cancer Society, 2016).

La citología cervical es una herramienta clínica común, que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer de cuello uterino en los últimos 40 años; se utiliza como método de elección para el diagnóstico oportuno y prevención de lesiones precursoras de cáncer en cuello uterino con una alta sensibilidad (75%) y especificidad (95%) (Nauth, 2005; Cabrera, 2015).

Además de la poca participación de la población para detecciones oportunas incluyendo la realización de la citología cervical como tamizaje para la detección oportuna de cáncer cervicouterino; el sistema de salud cuenta con factores propios que dificultan la toma de la prueba y entre ellos se encuentra la falta de seguridad social, largas filas, realización de trámites, espera prolongada para la entrega de resultados y uno de los más importantes y que la población menciona en varias ocasiones es que el personal de salud no explica sobre los procedimientos a realizar (Rodríguez, 2015).

Aunado a lo anterior se han descrito diversos y variados factores no relacionados con deficiencias en el sistema de salud, entre los cuales se encuentra edad, escolaridad, estado civil, religión, conocimiento sobre la citología cervical entre otros; siendo la mayoría de los estudios hechos en población no mexicana y debido a la incidencia de cáncer de cuello uterino en México y a la disminución en morbilidad y mortalidad detectados en países con adecuada realización de acuerdo a normativa de la citología, en esto radica la importancia de esta investigación (Vega, 2009; Tourinho, 2011).

Así que en el presente estudio se pretendió identificar y describir los factores limitantes para que las pacientes no se realicen la citología cervical; incluyendo características sociodemográficas, conocimiento sobre la citología cervical, aspectos culturales, psicológicos, institucionales y del personal de salud.

II. ANTECEDENTES

II.1 Citología cervical

El desarrollo de la citología como campo de estudio de la medicina, necesitó dos condiciones: el concepto de célula y la invención del microscopio. A pesar de que la invención del microscopio data del siglo XVI, el concepto de célula logró aceptación hasta el siglo XVIII por lo que la citología como herramienta diagnóstica tiene sus comienzos a partir del siglo XIX (Varela, 2005).

Uno de los padres de la citología fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 editó una monografía sobre células tumorales malignas; a principios del siglo XIX Joseph Récamier inventó el espéculo vaginal con el cual podía visualizar el cuello uterino y obtener células de la vagina y del cuello uterino (Long, 1993).

La citología ginecológica comienza en 1943 con George N. Papanicolaou, quien nació en 1883 en Grecia. En 1917 publicó en el "American Journal of Anatomy" su famoso escrito "Existencia de un ciclo típico estrogénico en animales; estudio de los cambios fisiológicos y patológicos" durante este estudio descubrió la presencia de células tumorales en algunos frotis. En el año de 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer de cuello uterino, sin tener aceptación por lo que continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical, así como técnicas de conservación y tinción de las células (Expósito, 2016).

En 1942 publicó la técnica de tinción que se conoce actualmente como Técnica de Papanicolaou; finalmente en 1943 junto al ginecólogo Traut publicó su trabajo, "Diagnóstico de cáncer uterino mediante frotis vaginal" trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica. Plasmándolo en forma magistral en 1954 en su Atlas of Exfoliative Cytology (Arias-Camisón, 2016).

La citología y el frotis cervical son una herramienta clínica común, que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años. El frotis citológico puede revelar una lesión precancerosa,

displasia cervical, así como un cáncer in situ o un cáncer invasivo en sus primeras fases. Actualmente la citología cervical con tinción de Papanicolaou constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino (Nauth, 2005).

II.1.1 Tamizaje

Este examen no es una prueba de diagnóstico sino de tamizaje, es una técnica de escrutinio para la neoplasia cervicouterina, es decir, separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero de las que no, detectando en forma temprana alteraciones que pueden llegar a generar cáncer a ese nivel. Se realiza en mujeres que son o han sido sexualmente activas (Moyer, 2012).

La detección oportuna de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino mediante la citología cervical ha reducido la mortalidad por cáncer invasor del cérvix en países en los que se ha implementado un programa de detección oportuna de amplia cobertura y elevados estándares de calidad (5 casos/100,000). Sin embargo, esta disminución no se ha observado en México e, incluso, la tendencia de este padecimiento va en contra de la observada en el mundo, con una mortalidad de 30 mil mujeres anualmente (Vargas-Hernández, 2014; Vargas-Hernández, 2015).

El éxito de la citología cervical como método de tamizaje en el cáncer del cuello uterino se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen. Los estudios realizados estiman que la especificidad de la citología convencional es de 0.98 (IC 95%) y la sensibilidad de 0.51 (IC 95%), sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 0.70-0.80 (Cabrera, 2015).

Incluso si el examen de citología cervical tiene una baja sensibilidad, la sensibilidad acumulada de varios exámenes desarrollados dentro de un periodo, es alta. El cáncer cervical progresa lentamente desde la etapa de lesiones

precancerosas hasta la etapa de lesiones cancerosas. Si en un examen no se detecta una anomalía ya sea por error de muestreo o error del laboratorio de citología, en la mayoría de los casos sería detectado a tiempo en el examen siguiente si la mujer se practica regularmente el examen, asumiendo que se cumplen estándares aceptables en la recolección de muestras y desempeño del laboratorio de citología (Contreras, 2015).

II.1.2 Indicaciones

La Sociedad Americana de Cáncer recomienda que se debe realizar una búsqueda anual a todas las mujeres con vida sexual activa, después de los 30 años una vez que se documenten 3 exámenes negativos consecutivos puede realizarse cada 2 o 3 años (Urrutia, 2016).

El personal de salud de primer nivel ofrecerá esta toma a mujeres entre 25 a 64 años de edad. Y a toda mujer que haya iniciado vida sexual, en especial a aquellas con factores de riesgo como inicio de vida sexual antes de los 18, infección de virus del papiloma humano, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, desnutrición, pacientes con inmunodeficiencia, nunca haberse practicado el estudio de citología cervical y a quien la solicite independientemente de su edad. Efectué a toda mujer embarazada que lo solicite en caso de no tenerlo vigente. Preferentemente tomarlo en el primer trimestre siempre que no exista ninguna contraindicación o después de 2 meses posparto (Secretaría de Salud, 2007).

II.1.3 Requisitos para obtención de muestra (Morales, 2014).

- El examen no debe realizarse durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual.
- Cuarenta y ocho horas previas al examen la paciente no debe haberse realizado duchas vaginales, no relaciones sexuales o usado tampones, jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal.

II.1.4 Técnica

La toma de muestra para citología cervical no es solo una rutina instrumentada, sino un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para que el cito tecnólogo, citólogo o patólogo, realicen un diagnóstico preciso (OMS, 2007).

Se inicia por inspección de los genitales externos buscando lesiones macroscópicas como: prolapso uterino, tumores, huellas de rascado, flujo, manchas discrómicas, lesiones exofíticas. Tomar el espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas entre los dedos índices y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique. Con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separar los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal (Secretaría de Salud, 2007).

Introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45 grados o en forma vertical de 90 grados con relación al piso de la vagina, avanzar el espejo hasta el tercio medio de la vagina, girarlo presionando la palanca que abre la valva superior, introducirlo hasta localizar el cérvix. Al observar el cuello uterino debe hacerse una búsqueda intencionada, cuando presenta inflamación se torna rojo violáceo, despulido y sangra ocasionalmente con el roce del espejo vaginal. Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y cuello uterino (Guía Práctica Clínica Oncología, 2007).

II.1.5 Toma exocervical

Deslizar la espátula de Ayre por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical. Retirar la espátula y volver a introducirla por el extremo semicónico para la toma del endocervix (Sociedad Americana contra el cáncer, 2015).

II.1.6 Toma endocervical

Introducir la espátula por la parte en forma cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360°. Extender en la laminilla la muestra y en menos de 5 segundos fijarlas para su posterior análisis. El frotis se tiñe con método de Papanicolaou el cual emplea hematoxilina para teñir el núcleo de color azul oscuro y violeta oscuro y un conjunto de sustancias que colorea el citoplasma en forma diferente según la maduración celular (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

II.1.7 Resultado (Nayar, 2016).

- Un resultado negativo, determina que el cérvix es normal.
- Un resultado positivo significa que aparece una alteración con células anormales.

Las citologías alteradas se reportan según la clasificación internacional de Bethesda que es la más utilizada y reconoce tres tipos de lesiones:

- Intraepitelial escamosa de bajo grado de malignidad, que corresponde al NIC I.
- Intraepitelial escamosa de alto grado de malignidad, que corresponde al NIC II y III
- Tercera categoría, incluye aquellas lesiones atípicas de significado desconocido, cuya interpretación clínica es aún muy controvertida (ASCUS y AGUS). Sin embargo, en algunos casos está asociada a neoplasias intraepiteliales de bajo grado de malignidad.

Del mismo modo en el cuadro II.1 se presenta una comparación de la nomenclatura del diagnóstico citológico de los sistemas de Bethesda, Richart y sistema de Papanicolaou (Sanabria, 2011).

Cuadro II.1 Comparación de la nomenclatura del diagnóstico citológico

Sistema de Papanicolaou	Sistema de Richart	Sistema Bethesda
Negativa (I)	Negativa	Negativa
II	Atipia escamosa reactiva o imposible de clasificar	ASCUS-ASCH
	Infección por VPH	Lesiones intraepiteliales de bajo grado de malignidad
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado I (NIC I)	
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado II (NIC II)	
III	Neoplasia intraepitelial cervical Grado III (NIC III)	Lesiones intraepiteliales de alto grado de malignidad
IV	Carcinoma in situ	
V	Cáncer escamoso invasor del cuello uterino	

Fuente: Sanabria J, Fernández Z, Cruz I, Oriolo L, Llanuch M. 2011. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas. 15(4):295-319.

II.1.8 Seguimiento (Sanabria, 2011).

- En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial (NIC) o cáncer, se realizará la detección cada tres años.
- A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que necesitan el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes deberán ser enviadas a una clínica de colposcopia.

- Resultados con cambios inflamatorios administrar el tratamiento correspondiente, indicándole a la paciente que la próxima citología se debe de repetir en 3 – 6 meses.

II.2 Factores que limitan la realización de citología cervical

El término factor está especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado, se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado por el otro, ostenta una importancia vital en el campo de las matemáticas (Diccionario Real Academia Española, 2017).

II.2.1 Características sociodemográficas

Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. Factor demográfico, es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación y otros datos estadísticos (Kotler, 2001).

Dentro de las características que se han estudiado en las pacientes con renuencia a la realización de citología cervical se reporta edad entre 25 a 40 años, escolaridad con resultados contradictorios con porcentaje similar entre primaria y bachillerato, y otros autores han demostrado que a menos escolaridad menor realización de citología, el mayor número de mujeres que no acuden su ocupación es empleada, entre las diferentes religiones no hay una marcada diferencia entre la realización o no de la citología cervical (Soto-Soto, 2003).

Estrato socioeconómico son los grupos o clases en que se divide la población de acuerdo con el distinto poder adquisitivo y nivel social. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud y escasa sensibilización acerca de los temas de salud y prácticas preventivas. Todos estos

factores pueden hacerlas más propensas a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse, como el cáncer de cuello uterino. Según la Organización Mundial de la Salud, casi el 80% de los casos se produce en los países en desarrollo, donde los programas de tamizaje no están bien arraigados o son muy poco eficaces (ACCP, 2006).

En México la escala o método de Graffar-Méndez Castellanos es el más utilizado para clasificar socio-económicamente a la sociedad, fue creado por el Belga Marcel Graffar, un especialista de la estratificación y modificado por el Dr. Hernán Méndez Castellano. Tiene un nivel de confiabilidad de 0.62 y 0.75, con un alfa de Cronbach 0.80-0.89. Las variables que utiliza para la obtención de la estratificación son profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la esposa o cónyuge, principal fuente de ingresos del hogar y condiciones de alojamiento. Para obtener la estratificación deben sumarse las cuatro puntuaciones registradas en las respectivas variables. El valor obtenido determina el Estrato Social del hogar según la siguiente puntuación 4-6 puntos estrato alto, 7-9 puntos estrato medio alto, 10 a 12 puntos estrato medio bajo, 13 a 16 puntos estrato obrero y de 17 a 20 puntos estrato marginal (Méndez, 1994).

II.2.2 Factores cognitivos

El significado del término cognitivo está relacionado con el proceso de adquisición de conocimiento (cognición) mediante la información recibida por el ambiente, el aprendizaje. La palabra cognitivo deriva del latín *cognoscere*, que significa conocer. La cognición implica muchos factores como el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la memoria, el razonamiento, la atención, la resolución de problemas, la toma de decisiones, etc., que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia (Davis, 2014).

Dentro de los factores asociados a la renuencia a realizar el examen de citología cervical se encuentra la falta de conocimientos, el hecho de no conocer la suficiente o necesaria información sobre dicho estudio conlleva a que un porcentaje importante de pacientes no acudan a detección de cáncer de cuello

uterino. En un estudio realizado en Perú en el año del 2015 se reporta lo siguiente: el 8% desconocen lo que es el Papanicolaou, el 17% desconoce la importancia del examen de Papanicolaou, 57% no saben que mediante el examen de Papanicolaou se puede detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino; el 62% desconocen la frecuencia de la realización del examen de Papanicolaou (Cruz, 2015).

Estudios muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionado a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Niveles de educación y niveles económicos altos y actitudes positivas frente al Papanicolaou han demostrado un mayor uso de esta prueba. Es por eso importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba de Papanicolaou. Entre otros hallazgos, se evidenció que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable. Existe poca difusión sobre el Papanicolaou por los medios de comunicación. Y las limitantes de muchas mujeres a realizarse la citología cervical son principalmente psicológicas (Bazán, 2007).

En una investigación llevada a cabo en Guatemala reporta que de las usuarias entrevistadas el 88% mencionan que si tienen conocimiento de lo que es el examen de Papanicolaou y que los conocimientos los han aprendido al acudir a los servicios de salud, con lo que refleja que podemos descartar que la falta de conocimiento sobre lo que es el examen de Papanicolaou sea un factor que promueva la renuencia a realizarse el examen, refiriendo las entrevistadas que solamente el 12% de ellas no tienen ningún conocimiento sobre lo que es el examen de Papanicolaou. Los servicios de salud deben de promover el autocuidado de las usuarias a través del examen de Papanicolaou para detectar y tratar a tiempo los casos de cáncer cérvico uterino (Camey, 2015).

En un estudio llevado a cabo en mujeres chilenas más del 95% mencionan que es bueno realizarse el examen de Papanicolaou así también algunas de las que mencionan tener pocos o nulos conocimientos sobre el tema mencionan que es bueno realizárselo porque les ayudará a diagnosticar distintas enfermedades.

El 5% de las entrevistadas mencionaron que no es bueno realizarse el Papanicolaou debido a que no han recibido ningún tipo de consejería sobre los beneficios de realizárselo y por lo cual al escuchar decir examen de la matriz sienten temor y desconfianza. Lo anterior refleja que no es por desconocimiento que existe la renuencia al examen de Papanicolaou por que las mujeres están conscientes que es un medio de detección de enfermedades ya que el alto porcentaje lo confirma (Urrutia, 2010).

II.2.3 Factores Culturales

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino, además comprender a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales (Macías, 2013).

Los estudios socioculturales siempre implican vinculación con conceptos y términos tales como ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia. Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, que un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las relaciones humanas que puedan servir para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma (Bembibre, 2009).

Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. Como factores culturales puede definirse el conjunto de condiciones o aspectos

culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural (Macías, 2013).

En la investigación “Factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en mujeres indígenas mexicanas” las encuestadas prefieren, al igual que sus parejas que el personal de salud que realice la citología debe ser del sexo femenino, pero al ser personas de comunidad la pareja de estas no les gusta que se realicen la prueba pues manifiestan algunas conductas “machistas”, como prohibir a sus parejas que acudan a revisión ginecológica porque “creen que la intimidad es de su propiedad”. De igual manera en este trabajo el hombre juega un papel importante en la patogénesis de esta enfermedad y es, al que se le debería de dar énfasis en los programas preventivo promocionales, para sensibilizar a la población masculina sobre lo importante de prevenir la enfermedad invasiva de cuello uterino. La religión juega un papel primordial en la interferencia para la realización de Citología cervical donde 53.7% son mujeres con cultos religiosos presbiteriano o cristiano y 46.3% profesan la religión católica (Velasco, 2018).

En relación a los factores culturales en el artículo “Conocimientos y factores culturales de mujeres que intervienen en la realización del Papanicolaou en Nicaragua”, la mayoría respondió que la falta de apoyo de la pareja y que por ser realizada por personal de salud masculino, no se realizan la prueba del Papanicolaou, se refiere que el género de la persona que realiza la prueba es otro dato relevante, esta es una de las causas más frecuentes por las cuales las usuarias entrevistadas no se realizan oportunamente el examen: el hecho de que sea un hombre influye bastante pues la mayoría prefiere que el examen se lo efectúe una mujer (Zeledón, 2017).

II.2.4 Factores Psicológicos

La psicología («psico», del griego, alma o actividad mental, y «logía», tratado, estudio) es la disciplina que estudia los procesos psíquicos, incluyendo

procesos cognitivos internos de los individuos, así como los procesos sociocognitivos que se producen en el entorno social, incluye los diversos fenómenos cognitivos, emotivos y conativos, así como las estructuras de razonamiento y racionalidad social (Diccionario Lengua Española, 2017).

Elementos relacionados a la autoestima, patrón de conducta, estilo de vida, respuesta al estrés. Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer necesidades tales como poder ser alimentado, tendencia sexual, necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza, vivenciar una frustración; va a formar una personalidad. Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos. Esto indica que la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica, que es algo interno, no de apariencia externa, que no es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica, sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad (Salvaggio, 2014).

Entre los principales factores psicológicos que limitan la participación de las pacientes en la detección oportuna de cáncer de cuello uterino mediante tamizaje con la citología cervical se encuentra miedo, vergüenza, dolor y descuido. En un estudio realizado en Colombia se concluye que los factores psicológicos influyentes en la no realización de citología vaginal en orden decreciente son: descuido (70%), vergüenza (22%), inconsciente (18%), miedo (17%) y dolor (7%) (García, 2012).

La vergüenza es, en definitiva, un motivo importante para que las mujeres no se hagan el Papanicolaou y esto pasa en muchos lugares y muchos países. Hay centros de salud donde sólo hay médicos hombres y muchas de ellas prefieren no hacérselo. Tal como se describe en un estudio hecho en Chile por Urrutia y un grupo de enfermeras obstetras en la Universidad Católica de ese país, la vergüenza y la incomodidad se convierten en un factor barrera: "...por vergüenza, sobre todo si las atiende un hombre", "...por la incomodidad, porque hacerse el Papanicolaou no es agradable" (Urrutia, 2010; Zeledón, 2017).

Entre los factores psicológicos identificados como causantes para la decisión de la toma de Papanicolaou se tiene (Medrano, 2014):

- El miedo: es el sentimiento de desazón que se produce al verse expuesto ante una situación reiterada. Muchas mujeres experimentan el miedo ante la toma de PAP, puesto refieren una mala experiencia anterior al momento de la toma.

- El temor: es un sentimiento que se tienen ante algo desconocido, por tal motivo, la falta de información sobre los posibles tratamientos genera un temor aún mayor entre las mujeres y esto se acentúa todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas.

- La vergüenza: la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria para la toma de PAP ha sido un determinante, puesto que los estudios señalan que las mujeres tienden a sentir vergüenza por exposición de sus partes íntimas con personas del sexo opuesto.

- La autoestima: la valoración y amor propio influye en las decisiones de prevención que la persona pueda tomar en cuenta en el cuidado de su salud.

- La percepción: se refiere a las formas de pensar acerca del cáncer de cuello de útero y de la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres, entre las cuales se encuentran: el Papanicolaou es necesario sólo para las mujeres que están en edad reproductiva, las mujeres mayores no necesitan continuar haciéndose los controles, el cáncer del cuello de útero no es una enfermedad relevante que no se puede prevenir.

II.2.5 Factores institucionales y del personal de Salud.

Los trabajadores en salud son los actores claves para poder intervenir de manera constante y activa ya que ellos tienen en sus manos las herramientas y el conocimiento que puedan hacer cambios con el pasar de tiempo. Pueden en un tiempo corto transmitir ideas sencillas que pueden contribuir a mejorar la cobertura

de la población, favoreciendo el acceso al examen de citología cervical a aquellas mujeres que no se lo hicieron o llevan más de 3 años sin hacérselo. Teniendo en cuenta el resultado de que una mayoría de mujeres pueden leer y la metodología enseñanza aprendizaje se facilita al hacer promoción y prevención respecto al cáncer de cuello uterino (Secretaría de Salud, 2007).

Uno de los principales obstáculos para solicitar una prueba de Papanicolaou en las instituciones públicas de salud se relaciona con un periodo de espera muy largo antes de recibir los resultados; cuando los resultados se demoran, las mujeres invariablemente pierden interés en el programa y a menudo no regresan. Además, las condiciones físicas en las cuales se toma el frotis de Papanicolaou (generalmente en lugares inadecuados y sin respeto a la intimidad) no contribuyen a una experiencia positiva, sobre todo cuando hay la percepción de que los servicios en el sector privado son considerablemente más espaciosos y con mayor intimidad. En otros casos, el diagnóstico y el tratamiento no se programan automáticamente, lo cual ocasiona una falta de seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas. Probablemente factores relacionados con barreras de acceso, con una falta de adecuación de los servicios de salud a la forma como se distribuye el riesgo en la población de mujeres, además con la estructura y organización del actual Sistema de Salud parecen explicar este hecho (Huamán, 2012).

En un estudio en mujeres mexicanas, Vega y colaboradores encontraron que el nivel de satisfacción respecto al tiempo de espera fue de inconformidad pues supera los 30 minutos señalados en las normas oficiales mexicanas; las mujeres consideran como tiempo de espera desde que llegan al Centro de Salud hasta la realización la prueba. En el mismo estudio se encontró que otros aspectos relacionados con el confort (comodidad del lugar, iluminación, espacio, limpieza de las instalaciones) y el espacio físico para la realización de la citología convencional (reducidos y sin privacidad) fueron limitaciones para que puedan realizarse la prueba (Vega et al, 2009).

La Norma Mexicana establece que la consejería es parte importante del proceso de comunicación y análisis entre los prestadores de servicios y las usuarias. Mediante esta consejería se debe proporcionar, entre otros aspectos, información, orientación, asesoría y aclaración de dudas; así como explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica (Secretaría de Salud, 2007).

La interacción mujeres/personal de salud está básicamente determinada por el trato, información recibida y confianza. La evidencia encontrada indica que a las mujeres que no se les explica en qué consiste la prueba, la periodicidad de ella, los factores de riesgo y que no son tratadas con respeto y privacidad, tendrán altos grados de ansiedad, desconfianza, temor y frustración. En su estudio Castro-Vásquez et al., encontraron que aquellas mujeres que argumentaron tener sentimientos de temor y angustia ante el diagnóstico del cáncer de cuello uterino, estuvieron relacionados con el trato e información otorgada u omitida por los médicos (Castro-Vásquez et al, 2010).

II.2.6 Investigaciones previas

Existen diversos estudios en donde se han identificado numerosos factores que determinan la no realización de la citología cervical, dichos estudios concluyen en diferente orden de importancia los factores más frecuentes en la no realización de dicha prueba de tamizaje. En la Literatura referente al tema las respuestas ante la interrogante del porque no se realizan la citología cervical han sido muy variadas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010).

Las principales causas de resistencia a la realización del examen preventivo están ligadas a temas culturales como el miedo al dolor, vergüenza, desconocimiento del procedimiento, local de realización y a no obtener permiso del compañero para que la mujer realice el examen (Fajardo-Zapata, 2008).

Por la etiología y nosología del cáncer para las mujeres, el haber tenido experiencias directas o indirectas con la enfermedad en cualquier lugar del cuerpo, marca en gran medida su práctica de acudir a la detección oportuna de cáncer. La misma puede ser en dos sentidos, agudizando el miedo al resultado y con ello las dificultades para acudir a la detección o bien, en el otro sentido, motivando la práctica de manera frecuente (Ferreira, 2006).

Las palabras y el tono que utiliza el personal de salud para referirse al procedimiento o a sus observaciones, forman parte de las experiencias vividas de las mujeres que ellas consideran para regresar o no al mismo lugar y aún para considerar con mayor o menor dificultad el volver a realizar el examen de manera oportuna. La confianza es un ingrediente esencial en las interacciones entre médicos y pacientes. Una confianza basada no en la autoridad y en seguir órdenes del médico, sino en esperanza, confianza digna de fe, de que el médico ayudará al paciente a tomar sus propias decisiones (Hidalgo-Martínez, 2006).

Un estudio realizado en Campiñas, Estado de São Paulo detectó que la no realización del examen preventivo de cáncer de cuello uterino está asociada a la edad, etnia, grado de instrucción y renta. Otro estudio realizado en Propriá, Estado de Sergipe observó la relación entre el grado de instrucción, renta y tipo de profesión con la realización del examen preventivo (Amorim, 2006; Lima, 2006).

En lo concerniente a la relación entre la religión y la realización de medidas preventivas, varios estudios señalan que mujeres que frecuentan instituciones religiosas están más propensas a realizar acciones preventivas, como el examen preventivo de cáncer de cuello de útero. Esta relación es de especial importancia para el campo de la salud pública, pues suministra informaciones sobre los factores que influyen en la utilización de servicios preventivos (Tourinho, 2011).

En el artículo “¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile.” indica que los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud –percepción de barreras- puede actuar como impedimento de la adopción de la conducta recomendada, en este caso, la falta de interés, ignorancia, motivaciones psicológicas y creencias

erróneas acerca del examen de citología cervical, aun contando con el acceso a los servicios, es un factor determinante para que las mujeres no lleven a cabo dicho examen (Valenzuela, 2001).

En un estudio realizado en Monterrey por estudiantes de enfermería se obtuvo como resultado que los factores principales para no acudir al examen de detección oportuna de cáncer de cuello uterino, son el sentimiento de pena y la falta de información y difusión. El mayor porcentaje de mujeres que no acuden a la detección se encuentra en un rango de edad entre 25 y 34 años, tener estudios profesionales no es un factor que determine acudir a la detección oportuna de cáncer. Se identificó como principal barrera, la poca o nula información y conocimiento que tienen sobre el programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino. Entre las barreras institucionales que se localizaron fue la falta de integración y trabajo en equipo del personal de salud (Farfán-Muñoz, 2004).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Michoacán se llevó a cabo una investigación titulada “Factores que condicionan conductas de negación hacia la citología cervical”, encontrándose que la escolaridad fue un factor que determinó la negación de la citología cervical, así como la falta de difusión oportuna y adecuada. Un 59% sintieron vergüenza y angustia 57%. Los aspectos psicológicos y cognoscitivos, así como la falta de información sobre el examen y utilidad de la prueba fueron principales barreras en mujeres que no acudieron a la detección oportuna de cáncer de cuello uterino, así como la falta de integración y trabajo en equipo del personal de salud (Morales, 2012).

En un trabajo llevado a cabo en Chile denominado “¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa Cáncer Cervicouterino”. Nos habla de la percepción de los profesionales de la salud acerca de las causas por las cuáles las mujeres no se realizan el test de Papanicolaou concluyendo que el 45.6% es por falta de conocimiento, 38.6% por miedo, 29.8% falta de interés y 22.8% por cuestiones relacionadas con tiempo (Urrutia, 2010).

En el estudio “Factores que inciden en la no realización de la citología vaginal en las mujeres bogotanas” se encontró que el 46% de la población objeto del estudio manifestó temor a la hora de realizarse una citología, las mujeres que tienen vida sexual activa son quienes mayoritariamente se realizan la citología (51.2%). Existe un conocimiento aceptable por parte de las mujeres sobre qué es el cáncer de cuello uterino (78.6%), el grupo etario de las mujeres entre 28 y 32 años son quienes más se realizan la citología (18.9%). A mayor nivel educativo se encuentra que aumenta la frecuencia de realización de la citología (más de dos por año). Respecto al conocimiento y a la finalidad de la citología vaginal, el estudio refleja un nivel aceptable en los dos aspectos 59% y 73.4% respectivamente. Respecto al personal que realiza la toma de la muestra, refieren que sea realizada por una mujer (70%). El 18.4% de las mujeres encuestadas no se realizan la citología vaginal por temor a que les digan que tienen cáncer, un 7.4% manifiesta sentirse agredida a la hora de la toma de la muestra, un 21.1% no se la realizó porque siente pena y un 1.4% le da pereza (Fajardo-Zapata, 2008).

En el artículo “Factores que influyen en la no realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino” llevado a cabo en Brasil. Se comprobó que la etnia no configura un factor que impida la realización del examen preventivo, tampoco el estado civil ni el grado de instrucción de las mujeres. En relación a la práctica religiosa, el presente estudio detectó que ese factor no interfiere en la realización de la citología, sino que al contrario lo considera un factor positivo para acudir a la detección oportuna de cáncer de cuello uterino. El análisis estadístico demostró que no existe una asociación significativa entre los factores socioeconómicos y culturales analizados y la realización del examen preventivo de cáncer de cuello de útero (Tourinho, 2011).

En un estudio realizado en el Salvador se logró identificar que la mayoría de la población desconoce la importancia de esta prueba diagnóstica, más de la mitad considera dicha prueba como diagnóstico de enfermedades infecciosas vaginales y solo una cuarta parte de la población considera que es para diagnóstico de cáncer. La mitad de la población cree que es únicamente para mujeres casadas. En más de la mitad de la población femenina no se expresó

algún problema sociocultural que le impida la toma de la citología tales como: vergüenza, la incompreensión por parte de su cónyuge. Tampoco la religión es un impedimento o dificultad, en los datos. Los factores cognitivos son los de mayor peso para la no realización de la citología cervical (Grande, 2013).

Se realizó un estudio llamado “Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal”, en donde se observó que las mujeres participantes de la investigación no tienen conocimiento completo de todo el procedimiento del examen de citología cervical, evidenció que las mujeres desconocen que se realiza como tamizaje para la prevención y detección oportuna del Cáncer de cuello uterino. La vergüenza es, en definitiva, un motivo importante para la no realización de la citología, así como la indiferencia por conservar estado de Salud adecuado. El género de la persona que realiza la prueba es otro dato relevante es una de las causas más frecuentes por las cuales las usuarias entrevistadas no se realizan oportunamente el examen (Sanabria, 2012).

En el artículo “Actitudes, creencias y emociones negativas en el proceso preventivo del Cáncer Cérvico uterino”, indican que entre los obstáculos que se mencionan como limitantes para la participación de las personas en los programas de detección destacan: los factores predisponentes tales como la conciencia y el conocimiento sobre el problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud. Además, es posible encontrar documentos donde los estudios revelan que: las mujeres muestran cierta renuencia a someterse al tamizaje porque perciben al cáncer de cuello uterino como un sinónimo de muerte (Rodríguez, 2006).

En la tesis titulada “Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou”, se concluye que entre los 18 y 20 años son las usuarias que presentan el mayor porcentaje (58%) de renuencia a realizarse dicho examen y el 57% de estas usuarias consideraron que el examen puede ser doloroso o peligroso y que puede causarle molestias. Los factores que influyen a no realizarse la citología cervical son el estado Civil, el nivel educativo, el nivel económico por dependencia y la cultura en la cual se desarrollan. Y que la

promoción adecuada de los servicios de salud es deficiente por lo tanto no se logra el convencimiento o aceptación en la usuaria (Camey, 2015).

Es imprescindible que además del conocimiento de los factores que se han encontrado en las pacientes que no acuden a la realización de la citología cervical se debe mencionar con suma importancia el acudir y conocer los resultados del estudio de tamizaje realizado ya que el hecho de sólo realizarse el examen y no saber el resultado no nos permitirá incidir en resultados positivos con cambios inflamatorios, en neoplasias intraepiteliales o en resultados no concluyentes que requieran la intervención médica con otro estudio diagnóstico (Huamán, 2012).

De acuerdo a la literatura en relación a este tema se ha encontrado una alta tasa de citologías cervicales que no fueron recibidas por las usuarias hasta en un 24%, otras fuentes refieren que hasta el 50% de las mujeres que se realiza el examen no reclaman luego los resultados y de las mujeres que requieren atención, solamente un 10% accede a realizarse el tratamiento completo (Gomes, 2010).

En el artículo “Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou” sus resultados fueron: edad promedio de mujeres que se realizaron el estudio 35 años, siete años de estudio e inicio de vida sexual alrededor de los 16 años de edad, vivía con el compañero (69.4%), no trabajaba afuera (62.3%) y residía próxima al puesto de salud (94.2%). El conocimiento sobre el examen tuvo un alto porcentaje considerado como inadecuado (72.3%). Causas personales por las cuales no acudieron por el resultado del examen son: enfermedad, olvido, problemas en casa, trabajo, viaje. Proporciones más altas de no asistencia a la consulta de retorno se encontraron en las siguientes características: mujeres jóvenes ($p=0.001$), con inicio precoz de la actividad sexual ($p=0.047$) y con conocimiento inadecuado sobre la prueba de citología cervical ($p=0.029$) (Moreira, 2014).

II.3 Cáncer de cuello uterino.

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio de éste que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras las cuales pueden resolverse o progresar a lo largo de varios años. Resulta como consecuencia de una serie de alteraciones genéticas que regulan la proliferación celular y apoptosis. Se caracteriza primeramente por diseminación loco regional a los órganos pélvicos y ganglios linfáticos regionales y posteriormente a órganos a distancia (Teixeira, 2014).

El virus del papiloma humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario, pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección con virus del papiloma humano se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones ano genitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección puede producir anomalías en las células escamosas. La mayoría de las infecciones genitales por virus del papiloma humano son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático (Fajardo-Ortiz, 2014).

Los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino se dividen en 3 grandes grupos (Fajardo-Ortiz, 2014):

- a) Factores virales
- b) Factores del huésped
- c) Factores asociados.

Entre los factores de riesgo conocidos destacan (Fajardo-Zapata, 2008):

- Mujeres de 25 años o más.
- Inicio de relaciones sexuales (antes de los 18 años).

- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- Infección cervicovaginal por virus del papiloma humano.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Multiparidad
- Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencia adquirida.
- Nunca haberse practicado un test de detección temprana (citología cervical).

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, que pese a ser un modelo de prevención del cáncer, es la segunda causa de cáncer más común en México y la tercera causa de muerte a nivel mundial. Constituye el 9% (529,800) del total de nuevos casos de cáncer y el 8% (275,100) del total de muertes en mujeres por cáncer en el 2008 (Martínez, 2010).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), advierte que el cáncer del cuello uterino es la principal causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres de América Latina y el Caribe con tasas de mortalidad de hasta 16 por 100,000 mujeres, se calcula que anualmente hay 72,000 nuevos casos y 33,000 defunciones. Afecta a mujeres con desventaja económica, social y cultural y, por ende, es mucho más común en países en vías de desarrollo donde ocurre el 85% de los casos (González, 2015).

Se desarrolla a partir de lesiones precursoras preinvasoras, también conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI). Estas lesiones se dividen en tres grados según la gravedad de la alteración en la diferenciación epitelial.

Las LEI se dividen en (Secretaría de Salud, 2016):

- Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. (Displasia leve y NIC 1).

- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. (Displasia moderada, grave, cáncer in situ y NIC 2 y 3).

Alrededor del 85% son carcinomas de células escamosas y un 15% son adenocarcinomas. Se ha demostrado que el tiempo de evolución de una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado al cáncer de células escamosas es alrededor de 15 a 20 años aproximadamente (Lau, 2012).

En México desde 2006 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. 1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas es debida a cáncer de cuello uterino (Castellano, 2015).

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia prevenible casi al 100% mediante (Secretaría de Salud, 2015):

- Uso de condón
- Detección y tratamiento de lesiones precancerosas.

Acorde a la Encuesta Nacional de ENSANUT sólo una de cada dos mujeres mayores de 25 años se ha realizado una prueba de detección para cáncer de cuello uterino.

II.3.1 Signos y síntomas

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un precáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente. Cuando se presentan síntomas podemos encontrar de forma temprana: hiperpolimenorrea, dolor intermitente, leucorrea, dispareunia, sangrado posterior a la menopausia y tardíamente: dolor referido en flanco, disuria, hematuria, hematoquezia o rectorragia, crecimiento abdominal, IRA/IRC, hemorragia masiva (Secretaría de Salud, 2007).

II.3.2 Estadificación

La estadificación continúa siendo clínica utilizando la última modificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el año 2009 como se muestra a continuación en el cuadro II.2 (Jemal, 2011).

Cuadro II.2 Estadificación cáncer cuello uterino

Etapa	Descripción
I	Tumor confinado al cuello uterino
IA	Tumor con invasión diagnosticado por Patología con una profundidad máxima de 5mm y una extensión horizontal menor o igual a 7 ms.
IA1	Invasión estromal menor o igual a 3 mm y extensión horizontal menor o igual a 7 ms.
IA2	Invasión estromal mayor de 3 mm pero menor de 5 mm, y extensión horizontal menor o igual a 7 ms.
IB	Tumor clínicamente visible confinado al cérvix o etapas preclínicas mayores al estadio IA.
IB1	Lesión clínicamente visible menor o igual a 4 cm en su dimensión mayor.
IB2	Lesión clínicamente visible mayor de 4 cm en su dimensión mayor.
II	Tumor que se extiende más allá del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
IIA	Tumor que invade fondo de saco vaginal sin invasión parametrial.
IIA1	Tumor menor de 4cm
IIA2	Tumor mayor de 4 cm.
IIB	Tumor con invasión parametrial, sin llegar a la pared pélvica.
III	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
IIIA	El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.
IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
IV	El tumor se extiende fuera de la pelvis o presenta involucro comprobado por biopsia de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se considera enfermedad metastásica.

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

II.3.3 Diagnóstico

En base a la historia clínica y exploración física, realizar estudios generales que incluyan biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático, así como la biopsia confirmatoria, colposcopia o cono diagnóstico. La impresión sospechosa de lesión escamosa intraepitelial se puede establecer por diferentes pruebas de tamizaje, se han considerado la citología y el test de inspección visual con ácido acético, la colposcopia de cuello uterino da una impresión diagnóstica que amerita una biopsia y su debido informe histológico (Pecorelli, 2009).

El diagnóstico definitivo de esta neoplasia se realiza con estudio histopatológico mediante una biopsia dirigida, ya sea mediante colposcopia en caso de no observarse una lesión o mediante toma directa si existe tumor visible. La estadificación continúa siendo clínica utilizando la última modificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Los estudios de extensión a realizar en cada caso, dependerá de la etapa clínica obtenida en el examen inicial (Espín, 2012).

II.3.4 Tratamiento

El tratamiento dependerá de la lesión que se encuentre al momento del diagnóstico. Puede ser farmacológico, conservador, electrocirugía, cirugía, láser o radioterapia y quimioterapia. El tratamiento de la paciente con carcinoma in situ del cérvix será conservador o definitivo de acuerdo a los deseos de paridad. En pacientes con paridad no satisfecha pueden ser tratadas con cono cervical, siempre y cuando la paciente sea susceptible de seguimiento. La paciente sin deseo de fertilidad el tratamiento estándar consiste en cono cervical o histerectomía extrafascial (Cabezas, 2006).

En las pacientes no candidatas a cirugía se recomienda considerar braquiterapia. El tratamiento en etapas avanzadas es con quimioterapia, y la radioterapia puede considerarse para control pélvico de la enfermedad o pacientes sintomáticas (Guzmán-Caniupán, 2016).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Existen diversos estudios en donde se han identificado numerosos factores que determinan la no realización de la citología cervical, dichos estudios concluyen en diferente orden de importancia los factores más frecuentes en la no realización de dicha prueba de tamizaje. En la Literatura referente al tema las respuestas ante la interrogante del porque no se realizan la citología cervical han sido muy variadas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010).

Aunado a lo anterior se han descrito diversos y variados factores no relacionados con deficiencias en el sistema de salud, entre los cuales se encuentra edad, escolaridad, estado civil, religión, conocimiento sobre la citología cervical entre otros; siendo la mayoría de los estudios hechos en población no mexicana y debido a la incidencia de cáncer de cuello uterino en México y a la disminución en morbilidad y mortalidad detectados en países con adecuada realización de acuerdo a normativa de la citología, en esto radica la importancia de esta investigación (Vega, 2009; Tourinho, 2011).

La citología cervical es una prueba sencilla, de bajo costo, de alta sensibilidad y especificidad, libre de riesgos, puede aplicarse en un gran número de mujeres, permitiendo una amplia cobertura y por lo tanto una indagación rápida en estados preclínicos o estadios tempranos de la enfermedad; por lo que cuando se detecta en sus etapas iniciales, sus posibilidades de tratamiento son muy altas y está asociado a una larga supervivencia y buena calidad de vida (Ramos-Ortega, 2014).

Estudios muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionado a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Niveles de educación y niveles económicos altos y actitudes positivas frente al Papanicolaou han demostrado un mayor uso de esta prueba. Es por eso

importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba de Papanicolaou. Entre otros hallazgos, se evidenció que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable. Existe poca difusión sobre el Papanicolaou por los medios de comunicación. Y las limitantes de muchas mujeres a realizarse la citología cervical son principalmente psicológicas (Bazán, 2007).

Entre los principales factores psicológicos que limitan la participación de las pacientes en la detección oportuna de cáncer de cuello uterino mediante tamizaje con la citología cervical se encuentra miedo, vergüenza, dolor y descuido. En un estudio realizado en Colombia se concluye que los factores psicológicos influyentes en la no realización de citología vaginal en orden decreciente son: descuido (70%), vergüenza (22%), inconsciente (18%), miedo (17%) y dolor (7%) (García, 2012).

IV. HIPÓTESIS

Los aspectos psicológicos son los que con mayor frecuencia limitan la realización de citología cervical.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Identificar los factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25-64 años en un primer nivel de atención.

V.2 Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográficas que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención.

Identificar los factores cognitivos que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención.

Identificar los factores culturales que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención.

Identificar los factores psicológicos que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención.

Identificar los factores institucionales y del personal de salud que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo. Pacientes del género femenino de 25 a 64 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 16, Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación 23 de Querétaro, Qro. México, en el período comprendido de diciembre 2017 a noviembre 2018.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes del género femenino de 25 a 64 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 16, Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación 23 de Querétaro, Qro. México, en el período comprendido de diciembre 2017 a noviembre 2018.

Se muestreó de manera no probabilística por conveniencia ya que esta técnica permite elegir a cada paciente que cumplía con los criterios de selección en el intervalo de tiempo en que se llevó a cabo el estudio hasta alcanzar el número definido de pacientes de acuerdo a nuestro cálculo de tamaño de muestra.

VI. 3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones infinitas para diseño transversal descriptivo, tomándose como parámetro de referencia para el cálculo el 59% de las mujeres que no acuden a la realización de la citología cervical debido a factores culturales.

La fórmula empleada fue:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

$$N = \frac{(1.64)^2 (0.59)(1-0.59)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(2.6896)(0.59)(0.41)}{(0.0025)}$$

$$N = \frac{(2.6896)(0.2419)}{(0.0025)}$$

$$N = \frac{(0.6506)}{(0.0025)} = 260.2$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.64.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes de 25 a 64 años que no se realizaron la detección oportuna de cáncer de cuello uterino, que sabían leer y escribir, que aceptaron participar en el estudio y contestaron los instrumentos y además firmaron la carta de consentimiento informado. Se excluyeron a las pacientes que tenían diagnóstico de cáncer de cuello uterino o lesión premaligna que se encontraban en seguimiento. Se eliminaron cuestionarios incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se interrogaron variables sociodemográficas, factores cognitivos, culturales, psicológicos e institucionales y del personal de salud.

Dentro de las variables sociodemográficas, se interrogó sobre edad, estado civil, medio de transporte, ocupación, escolaridad y religión. Para conocer

el estrato socioeconómico se aplicó la escala de Graffar Méndez la cual consta de la evaluación de 4 variables que son profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la paciente, principal fuente de ingreso y condiciones del alojamiento. Las puntuaciones mínima y máxima en la escala son de 4 y 20. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes 5 estratos: 4-6, estrato alto; 7-9, estrato medio alto; 10-12, estrato medio bajo; 13-16, estrato obrero; y 17-20, estrato marginal. Nivel de confiabilidad de 0.62 y 0.75, con un alfa de Cronbach 0.80-0.89.

VI.4 Técnicas e instrumentos

El instrumento para la recolección de datos se construyó en base a las encuestas existentes en otros estudios, el cuestionario final constó de 35 ítems con 5 dimensiones, distribuidos de la siguiente manera: 7 características sociodemográficas, 7 preguntas para los factores cognitivos, 8 para los culturales, 4 para los psicológicos y 8 para los institucionales y del personal de salud. Se realizó la validación de contenido por una ronda de 8 expertos, 6 médicos familiares y 2 enfermeras de PREVENIMSS.

Para recolectar datos de factores cognitivos se realizó un cuestionario que mostró el grado de conocimiento sobre la citología cervical el cual constó de 7 preguntas abiertas. Tomando como punto de corte 5 preguntas correctas de 7 como conocimiento aceptable.

En relación a los factores culturales se aplicó un cuestionario que dio a conocer el grado de cultura que se tiene en cuanto a la realización de la citología cervical interrogando preocupación de quien realice la citología, dolor y consentimiento de la pareja, recomendación a hijas o familiares para la realización del estudio, incomoda atención por estudiantes o practicantes; las respuestas sin valor numérico al responder únicamente si o no.

Para conocer los factores psicológicos se llevó a cabo un cuestionario interrogando sobre miedo o angustia, vergüenza o pena, temor a resultado

positivo y si las opiniones de otras personas son importantes para la realización de citología cervical. La respuesta no tiene valor numérico al responder únicamente si o no.

Se realizaron una serie de preguntas que dieron a conocer los factores institucionales y del personal de salud interrogando tiempo de espera para la toma de la muestra, el trato que brinda el personal, envió oportuno del médico a medicina preventiva, tiempo de espera para la entrega del resultado, confianza en el personal de salud y si se le ha hablado acerca del cáncer de cuello uterino en su clínica de adscripción. La respuesta no tiene valor numérico al responder únicamente si o no.

VI.5 Procedimiento

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación y de ética, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se abordaron a las pacientes en sala de espera, que hayan sido enviadas a PREVENIMSS para realizarse la citología cervical y no acudieron por decisión propia a dicho modulo, del mismo modo se captaron pacientes que no hayan cumplido con la realización del tamizaje en tiempo y forma, según su carnet de citas y en base al programa de detección oportuna de CaCu, invitándolas a participar en el protocolo de investigación, haciendo una breve reseña del objetivo de este.

Una vez que se contó con la autorización para participar en el protocolo, se firmó el consentimiento informado y se procedió a la auto aplicación de los instrumentos. Al término, se les explicaron claramente los beneficios de realizarse la citología cervical como prueba de tamizaje para cáncer cervicouterino.

Ya contestados los instrumentos se procedió al análisis de los resultados y se sensibilizó al personal de salud y a la población para la realización de la citología cervical.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con promedios y porcentajes y el análisis inferencial con intervalo de confianza al 95% para porcentajes y promedios.

VI.5.2 Consideraciones éticas.

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente se sometió a un Comité de Investigación Local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró que no implicó riesgo para los pacientes. Se explicaron los beneficios que otorgaría incidir sobre la no realización de la citología cervical.

Se requirió consentimiento informado de las pacientes encuestadas, donde se explicó el objetivo de la investigación y los procedimientos a seguir. Se otorgó consejería de forma resumida y clara para promover la importancia de la realización de citología cervical y se exhortó a la paciente para la realización de la misma.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VII. RESULTADOS

Se incluyeron 260 pacientes con un promedio de edad de 39.85 ± 10.10 ; con un rango de edad de 25 a 64 años.

En las variables sociodemográficas se encontró que el estado civil de casada obtuvo 49.2% (IC 95%; 43.1-55.3) siendo este el de mayor frecuencia y el de viudez con 3.8% el de menor porcentaje (IC 95%; 1.5-6.1) (Cuadro VII.1).

Con respecto a la escolaridad, el nivel secundaria es el grado académico de mayor prevalencia representado por el 25% (IC 95%; 19.7-30.3) y sólo el 1.5% (IC 95%; 0.0-3.0) de la población estudiada es analfabeta (Cuadro VII.2).

Para lo referente a la ocupación el 46.9% (IC 95%; 40.8-53.0) de las mujeres eran empleadas y tan solo el 1.2% (IC 95%; 0.1-2.5) respondieron ser estudiantes (Cuadro VII.3).

La religión con mayor predominio fue la católica con 90% (IC 95%; 86.4-93.6) (Cuadro VII.4).

El cuadro VII.5 muestra que el transporte público es el más utilizado por las pacientes estudiadas con 58.8% (IC 95%; 52.8-64.8).

En base al nivel socioeconómico el estrato de mayor prevalencia en la muestra de estudio fue el medio bajo con 40.8% (IC 95%; 34.8-46.8) (Cuadro VII.6).

Los aspectos cognitivos demostraron que el 50.4% (IC 95%; 44.3-56.5) de la población de estudio tenía buen conocimiento sobre la citología cervical. El mayor número de aciertos se obtuvo en la pregunta ¿Qué es el Papanicolaou? Con 93.8% (IC 95%; 90.9-96.7) (Cuadro VII.7 y VII.8).

El 98.5% (IC 95%; 93.2-103.8) de la población estudiada si recomendaría a sus hijas realizarse el Papanicolaou, mientras que sólo el 7.3% (IC 95%; 3.1-11.5) cree que ser sana la exenta de tener cáncer de cuello uterino, estos porcentajes corresponden a los aspectos culturales de la población estudiada (Cuadro VII.9).

En relación a los aspectos psicológicos el 48.8% (IC 95%; 40.8-56.8) siente miedo o angustia al acudir a hacerse el Papanicolaou y únicamente el 16.2% (IC 95%; 0.1-32.3) prefiere no realizarse el Papanicolaou por temor a ser diagnosticada con cáncer de cuello uterino (Cuadro VII.10).

En cuanto a los aspectos institucionales y del personal de salud el 92.3% (IC 95%; 88.0-96.6) afirmo que ha recibido información sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou y el 60% (IC 95%; 4.6-41.6) refiere que el tiempo de espera para la entrega del resultado del Papanicolaou le ha motivado a no realizárselo (Cuadro VII.11).

Cuadro VII.1 Estado civil de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

IC 95%

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Casada	128	49.2	43.1	55.3
Soltera	57	21.9	16.9	26.9
Unión Libre	39	15	10.7	19.3
Separada	11	4.2	1.8	6.6
Divorciada	15	5.8	3.0	8.6
Viuda	10	3.8	1.5	6.1

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.2 Escolaridad de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Analfabeta	4	1.5	0.0	3.0
Primaria	20	7.7	4.5	10.9
Secundaria	65	25	19.7	30.3
Preparatoria	51	19.6	14.8	24.4
Nivel Técnico	48	18.5	13.8	23.2
Licenciatura	60	23.1	18.0	28.2
Posgrado	12	4.6	2.1	7.1

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.3 Ocupación de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Hogar	67	25.8	20.5	31.1
Obrera	17	6.5	3.5	9.5
Empleada	122	46.9	40.8	53.0
Profesionista	35	13.5	9.3	17.7
Comerciante	14	5.4	2.7	8.1
Estudiante	3	1.2	0.1	2.5
Otro	2	0.8	0.3	1.9

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.4 Religión de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

Religión	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Católica	234	90	86.4	93.6
Cristiana	18	6.9	3.8	10.0
Otra	8	3.1	1.0	5.2

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.5 Medio de transporte de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

IC 95%

Medio de transporte	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Público	153	58.8	52.8	64.8
Privado	107	41.2	35.2	47.2

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.6 Nivel socioeconómico de las mujeres de 24 a 65 años de la UMF 16 (método Graffar).

n=260

IC 95%

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Estrato alto	12	4.6	2.1	7.1
Estrato medio alto	73	28.1	22.6	33.6
Estrato medio bajo	106	40.8	34.8	46.8
Estrato obrero	64	24.6	19.4	29.8
Estrato marginal	5	1.9	0.2	3.6

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.7 Aspectos cognitivos de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260
IC 95%

Preguntas	Frecuencia*	Porcentaje	Inferior	Superior
Sabe usted, ¿Qué es el Papanicolaou?	244	93.8	90.9	96.7
¿Cuál es la finalidad de realizarse el Papanicolaou?	166	63.8	58.0	69.6
¿A qué edad se debe de realizar el primer Papanicolaou?	128	49.2	43.1	55.3
¿Con qué frecuencia se deben de realizar los primeros 2 Papanicolaous en la vida?	224	86.2	82.0	90.4
¿Con qué frecuencia se debe de realizar el Papanicolaou después de dos resultados negativos?	67	25.8	20.5	31.1
¿Cuáles son los beneficios de realizarse el Papanicolaou?	169	65.0	59.2	70.8
¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino?	173	66.5	60.8	72.2

*Frecuencia de respuestas correctas.

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII. 8 Nivel de conocimiento de las mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

IC 95%

Aspectos cognitivos	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Mal conocimiento	129	49.6	43.5	55.7
Buen conocimiento	131	50.4	44.3	56.5

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII. 9 Aspectos culturales en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

IC 95%

Preguntas	Frecuencia*	Porcentaje	Inferior	Superior
¿Le preocupa que quién le realice el Papanicolaou sea hombre?	98	37.7	29.9	45.5
¿Considera que realizarse el Papanicolaou causa dolor?	114	43.8	35.9	51.7
¿Su pareja está de acuerdo en que se realice el Papanicolaou?	246	94.6	84.7	104.5
¿Les recomendaría a sus hijas realizarse el Papanicolaou?	256	98.5	93.2	103.8
¿Le molesta o incomoda que la atiendan practicantes de medicina o enfermería?	80	30.8	10.6	51.0
¿Considera que su salud es voluntad de Dios?	29	11.2	2.6	25.0
¿Usted cree que ser sana la exenta de tener cáncer de cuello uterino?	19	7.3	3.1	11.5
¿Aseguraría usted que su esposo es el único culpable si su Papanicolaou reportara cáncer?	22	8.5	4.0	13.0

*Frecuencia de respuestas Sí.

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII. 10 Aspectos psicológicos en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

Preguntas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
¿Siente miedo o angustia cuando acude a hacerse el Papanicolaou?	127	48.8	40.8	56.8
¿Siente vergüenza o pena de realizarse el Papanicolaou?	111	42.7	34.8	50.6
¿No se realiza el Papanicolaou por miedo o temor a ser diagnosticada con cáncer?	42	16.2	0.1	32.3
¿Los testimonios u opiniones de otras personas son importantes para la realización de su Papanicolaou?	89	34.2	13.4	55.0

*Frecuencia de respuestas Sí.

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

Cuadro VII.11 Aspectos institucionales y del personal de salud en mujeres de 25 a 64 años de la UMF 16.

n=260

IC 95%

Preguntas	Frecuencia*	Porcentaje	Inferior	Superior
¿Ha recibido información sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou?	240	92.3	88.0	96.6
¿Ha sido enviada por su médico familiar a realizarse el Papanicolaou?	183	70.4	63.1	77.7
¿Cómo ha sido el trato que le brinda el personal de salud?	163	62.7	41.5	83.9
¿El tiempo de espera para la atención le ha motivado a desistir de realizárselo?	66	25.4	6.3	44.5
¿El tiempo de espera para la entrega del resultado del Papanicolaou le ha motivado a no realizárselo?	60	23.1	4.6	41.6
¿Tiene confianza en el personal de salud de su clínica?	237	91.2	78.8	103.6
¿El personal de salud de su clínica le ha hablado del cáncer de cuello uterino?	172	66.2	58.6	73.8
¿El trato del personal de salud la animaría a realizarse el Papanicolaou?	225	86.5	81.0	92.0

*Frecuencia de respuestas Sí.

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo "Factores que limitan la realización de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años en un primer nivel de atención".

VIII. DISCUSIÓN

El cáncer del cuello uterino, es la neoplasia maligna ginecológica diagnosticada con mayor frecuencia en el mundo, constituyendo la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres de población mexicana y la cuarta causa de mortalidad a nivel mundial. De lo descrito anteriormente radica la importancia de la detección precoz y oportuna que se obtiene a través de la citología cervical, además de que su realización ha permitido reducir la incidencia y mortalidad (Pecorelli, 2009; González, 2015).

La citología cervical es una prueba sencilla, de bajo costo, de alta sensibilidad y especificidad, libre de riesgos, puede aplicarse en un gran número de mujeres, permitiendo una amplia cobertura y por lo tanto una indagación rápida en estados preclínicos o estadios tempranos de la enfermedad; por lo que cuando se detecta en sus etapas iniciales, sus posibilidades de tratamiento son muy altas y está asociado a una larga supervivencia y buena calidad de vida (Ramos-Ortega, 2014).

A pesar de tener conocimiento de las innumerables ventajas y beneficios de la realización de la citología cervical, así como la presencia de programas enfocados en medicina preventiva, la evidencia muestra que un alto porcentaje de mujeres no acuden a hacerse dicho examen, por lo que se han investigado las causas o factores que influyen en ello, llegando a la conclusión en diversos estudios como en Colombia, que la vergüenza es en definitiva el motivo más frecuente para que las mujeres no se realicen el Papanicolaou. Obteniendo resultados similares en este estudio, siendo la vergüenza uno de los factores que limitan la realización de la citología cervical (Garcés, 2012).

La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 39.85 ± 10.10 , coincidiendo con lo reportado en la investigación realizada en Monterrey, Nuevo León donde la edad promedio fue de 39.4 ± 13.19 . Comparando con otros estudios se observa que la edad promedio varía porque sólo se incluyen pacientes en edad fértil y no se toma en cuenta la edad de detección plasmada en cartillas de salud (Farfán-Muñoz et al, 2004).

Con respecto al estado civil de la población estudiada el mayor porcentaje (49.2%) son mujeres casadas, comparando con estudios previos se tienen resultados contradictorios en un estudio realizado en Guayaquil en el 2012 se determinó que el mayor porcentaje correspondía a mujeres en unión libre con un 53.1% y en un estudio realizado en Ecuador el porcentaje reportado de mujeres casadas fue de 44.6% siendo similar con los resultados de esta investigación. El hecho de tener pareja, implican relaciones sexuales frecuentes, lo que es un factor de riesgo para presentar infecciones cervico-vaginales, pudiendo desarrollar lesiones pre malignas para CaCu (Torres, 2012; Camacho, 2016).

En este estudio se encontró que el grado de escolaridad no es un factor para la limitación en la realización de la citología cervical ya que solo el 1.5% de la población estudiada corresponde a analfabetas y el 90.8% cuentan con un grado de instrucción mayor o igual a nivel secundaria; contrario a lo que se reporta en otros estudios en donde se concluye que la no realización está asociada a mujeres con nivel de instrucción primaria (55.1%). En el estado de Querétaro el nivel educativo no interfiere con la realización de la prueba ya que la mayoría de la población estudiada corresponde a un nivel educativo que permite a las mujeres incrementar sus conocimientos y accedan a realizarse el examen (Amorim, 2006; Farro, 2014).

De las mujeres entrevistadas se obtuvo que 72.3% laboran fuera del hogar, lo que conlleva a tener restricción en cuanto al tiempo para acudir a los servicios de salud a realizarse el Papanicolaou. En la literatura previa se encontró que las mujeres con ocupación en quehaceres domésticos corresponden al 84.47%, siendo esto un motivo que limita la obtención de información acerca de dicha prueba y por ende la no realización (Camacho, 2016).

En estudios previos donde se ha investigado la religión de las pacientes que no acuden a realizarse el Papanicolaou, la religión católica es la de mayor prevalencia al igual que en este trabajo. Según la Organización Mundial de la Salud, refiere que, en lo concerniente a la relación entre la religión y la realización de medidas preventivas, varios estudios señalan que mujeres que frecuentan instituciones religiosas están más propensas a realizar acciones preventivas,

como el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, aunque más del 95% de la población de estudio profesa una religión, esto no influye en la realización de la citología cervical, a pesar de que los líderes religiosos están de acuerdo en realizar acciones preventivas como el Papanicolaou (Zeledón, 2017).

Se refleja en este estudio que el medio de transporte público, no es un factor que intervenga en la realización del Papanicolaou, como en el estudio “factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix” donde demuestra que las pacientes que llegaban a su clínica caminando o en transporte público eran más propensas para incumplir con el tamizaje (Hernández-Hernández, 2007).

El nivel socioeconómico medio bajo obtuvo el mayor porcentaje en la población estudiada, no se puede comparar dicho resultado con estudios previos puesto que ninguno utiliza el método de Graffar el cual fue utilizado en esta investigación. Para determinar el nivel socioeconómico se necesita conocer el ingreso económico; en un estudio realizado en población peruana no se encontró relación significativa entre ingreso económico y la realización de Papanicolaou ($p=0.496$); puesto que para realizarse dicha prueba no es necesario contar con un ingreso económico alto o bajo ya que existen campañas gratuitas que permiten a la mujer realizarse la prueba de Papanicolaou (Ayala, 2015).

En cuanto a lo cognitivo, el 50.4% de las pacientes encuestadas reportaron un nivel aceptable de conocimientos; sin embargo, al no ser una gran diferencia entre la población con mal conocimiento cabe mencionar que en este estudio se refleja que el nivel de conocimiento no es un factor para no realizarse la citología cervical. No así en otros estudios en donde encontraron que la falta de conocimiento, lleva a las pacientes a no tener la información adecuada sobre la gran importancia que tiene la práctica del Papanicolaou lo cual es un gran problema, ya que la mujer no sabe a qué está expuesta ni cómo puede prevenir y mucho menos en que consiste con certeza la prueba. La facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú señaló que el nivel de conocimiento influye en la práctica incorrecta de la prueba del

Papanicolaou siendo así; que de 501 encuestadas, el 63% se encontró en nivel bajo de conocimiento (Bazán, 2007).

Se encontró que la pareja de las pacientes encuestadas no es un factor para no realizarse la citología cervical ya que el 94.6% afirmó que ellos están de acuerdo en que se realicen el tamizaje, del mismo modo el hecho de ser atendidas por personal médico masculino no interfiere con el cribado puesto que el 62.3% concluyó que no le preocupa que quien le realice el Papanicolaou sea hombre. Dichos resultados, comparados con el estudio realizado por Ledesma-López et al, en el Hospital Juárez de México en 2017 reporta que algunas mujeres no se realizan el Papanicolaou por vergüenza de ser atendidas por personal médico masculino y además mencionaron sentirse incómodas. En este mismo artículo se comenta que el hecho de tener marido es un obstáculo para realizarse la prueba ya que comentan que son celosos, machistas y posesivos, siendo decisión de ellos si se realizan o no el estudio. El estudio “factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en mujeres indígenas mexicanas”, reporta los mismos datos sobre la negativa de realizarse la prueba si el personal es masculino y que la pareja no permite que la paciente acuda a unidades de salud a realizárselo (Velasco, 2018).

Para los aspectos psicológicos los factores miedo y angustia fueron los de mayor relevancia según las mujeres encuestadas con 48.8% afirmando presentar dicho sentimiento hacia la prueba, del mismo modo la vergüenza presenta un alto porcentaje con 42.7%; estos resultados coinciden en los evidenciados en el artículo “factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo 2013-2014” reportando que la angustia estuvo presente en 49%, temor en 49% y vergüenza en 46%. En la tesis titulada “factores que limitan la realización del examen de Papanicolaou, según percepción de las mujeres” menciona que el 70% prefiere no realizarse el examen por temor a obtener resultado positivo; a diferencia de nuestro resultado en donde solo 16.2% no se realiza la citología por temor a ser diagnosticada con cáncer. Confirmando los resultados de este estudio, en una investigación realizada en Colombia en 2012 se concluyó que el 44% de las mujeres encuestadas manifestaron que el factor

psicológico es influyente hacia la no realización de la citología vaginal (García, 2012; Polo, 2014; Cruz, 2015).

En tanto a los aspectos institucionales y del personal de salud encontramos que las pacientes entrevistadas afirman que el personal médico de su clínica les otorga información sobre la citología cervical, así mismo reciben buen trato, lo que las alienta a acudir a su unidad de salud. Encontrando similitud con el artículo “Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia”, que menciona que la percepción de un trato descortés o irrespetuoso por parte del personal de salud se ha relacionado con la baja adherencia a la toma de la citología. Las mujeres que evalúan de forma positiva la relación y la comunicación que tienen con el personal de salud reportan mayor seguridad y sienten que estos atienden adecuadamente sus necesidades y que les ayudan a superar el malestar (Garcés, 2012).

IX. CONCLUSIONES

Los aspectos psicológicos son los que con mayor frecuencia limitan la realización de citología cervical por lo que se acepta la hipótesis de trabajo.

No se identificaron características sociodemográficas, aspectos cognitivos, aspectos culturales, aspectos institucionales y del personal de salud que limitaran la realización de citología cervical.

Dirección General de Bibliotecas UNAQ

X. PROPUESTAS

1.- Cambiar el rango de edad establecido en los programas de detecciones oportunas de cáncer, ya que el inicio de vida sexual de las mujeres es a edad temprana, siendo este un factor de riesgo para lesiones premalignas o malignas de cuello uterino.

2.- Replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cuello uterino.

3.- Realizar campañas educativas masivas en los medios de comunicación, junto con entrega de información y educación individual diseñada específicamente para las mujeres de acuerdo al nivel educativo.

4.- Proporcionar materiales educativos de fácil entendimiento corroborando la comprensión de los mismos.

5.- Concientizar a los profesionales de la salud de la importancia de los factores psicológicos que limitan la participación en el tamizaje del cáncer de cuello uterino para ajustar la consejería que ellos proveen durante la atención médica.

6.- Otorgar material educativo para el género masculino en donde se explique la importancia de la realización del Papanicolaou incidiendo en la negación a que su pareja acuda a realizarse dicha prueba.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). 2006. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. Manual para Gestores.

American Cancer Society. 2016. La prueba de Papanicolaou. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-papanicolaou.html>

Amorim V, Barros M, César C, Carandina L, Goldbaum M. 2006. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 22(11):2329-2338.

Arias-Camisón I, Rodríguez Costa J. 2016. Citología Papanicolaou 100 años: un éxito compartido. Revista Española de Patología. 49(2):69-70.

Ayala M, Trigo S, Isuiza M. 2015. Factores asociados a la práctica de la prueba de Papanicolaou en mujeres del AA. HH. Cabo Lopez Iquitos. [Tesis de grado]. Iquitos, Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3951>

Barrientos J, Colocho I, Romero Patricia E, Urbina N. 2012. Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la comunidad los Héroes de la Unidad de Salud El Palmar de Santa Ana. [Tesis]: El Salvador. Universidad Autónoma de Santa Ana. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13816/1/Tesis%20Lista%20Jenny.pdf>

Bazán F, Posso M, Gutierrez C. 2007. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An Fac Med Lima. 68 (1): 47-54.

Bembibre C. 2009. Factor Sociocultural. Definición ABC. Recuperado de:
<https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.ph>

Benjamins M. 2006. Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally Representative Sample of Middle-Age Women. *Journal of Behavioral Medicine*. 29(1):1-16.

Cabezas E, Cutié E, Santisteban S. 2006. Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. *Manual de procedimientos en Ginecología*. La Habana: Ciencias Médicas.

Cabrera J. 2015. Evaluación de la citología cervicovaginal y la colposcopia, como método de detección de la neoplasia intraepitelial cervical. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 49(3):155-159.

Camacho J. 2016. Factores que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres de 15 a 60 años de edad en la parroquia Timbara, Cantón Zamora. [Tesis de grado]. Zamora, Ecuador. Universidad Nacional de Loja. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13816>

Camey C. 2015. Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou. [Tesis de grado]. Quetzaltenango, Guatemala. Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Camey-Catalina.pdf>

Castellano C, Santos C, García J, Barriga O, Galdós R. 2015. Cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 76 años. Comparación con pacientes menores de 25 años. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*. 30(2):67-72.

Castro-Vásquez M, Arellano-Gálvez M. 2010. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública Mex*. 52:207-212.

Cetina-Pérez L, Ochoa-Carrillo F. 2014. Primer consenso nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 13(4).

Contreras H. 2015. Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix. Hospital civil de Maracay. Comunidad y Salud. 13(1):12-22.

Cruz E. 2015. Factores que limitan la realización del examen de papanicolaou, según percepción de las mujeres. Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas. [Tesis de grado] Barrio Higos Urco. Chachapoyas Perú. <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/179>

Davis P. 2014. Cognición y aprendizaje. Reseña de investigaciones realizadas entre grupos etnolingüísticos minoritarios. SIL e-Books 50 SIL International® Segunda edición.

Diccionario de la lengua española. 2017. Vigésima segunda edición, pagina web: <http://buscon.rae.es/draei/srvltguibususual?lema=psicolog%c3%ada&origen=rae>.

Diccionario de la Real Academia Española. 2017. Versión Electrónica 23.1 ©Real Academia Española. Felipe IV, 4 -28014 Madrid.

Espín J, Cardona A, Acosta Y, Valdés M, Olano M. 2012. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr. 28(4):735-746.

Expósito A, López F. 2016. Atención y gestión sanitaria. Madrid, ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

Fajardo-Ortiz D, Ochoa H, García L, Castano V. 2014. La traducción del conocimiento en cáncer cervicouterino: una brecha entre la investigación sobre las causas y la investigación sobre la atención al paciente. Cuadernos de Saúde Pública. 30(2):415-426.

Fajardo-Zapata A, Méndez F, Molina L. 2008. Factores que inciden en la no realización de la Citología Vaginal en las mujeres bogotanas. *Investigaciones Andinas*. 12:61-69.

Farfán-Muñoz L, Barrón-Treviño E, Vázquez-Morán M, Ayala-Atrián S. 2004. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev Enferm IMSS*. 12(3):123-130.

Farro N. 2014. Factores socioculturales, económicos y la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Cajamarca. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1872>

Ferreira M, Oliveira C. 2006. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Rev Bras Cancerol*. 52(1):5-15.

Fierro V, Ibarra D, Sánchez J, Soberanes A. 2015. Impacto económico del cáncer cervicouterino en México. *Revista de Economía del Laboratorio de Análisis Económico y Social, A.C.* 4 (2): 87-100.

Garcés I, Rubio D, Scarinci I. 2012. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 30 (1): 7-16.

García A, Jairo J, Vargas O, Bautista S, Falla Y. 2012. Factores psicológicos y sociales que influyen en la disminución en la demanda de la toma de citología vaginal en las mujeres de los 18 a 69 años, del Barrio Puertas Del Sol de la Ciudad de Neiva. Facultad de Salud. [Tesis de grado], Colombia. <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/211>.

Gomes L, Bezerra A, Moreira C, Pinto J. 2010. Examen de papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enfermería Global*. (20).

González R. 2015. Tendencia de mortalidad por cáncer en México: 1990-2012. *Evid Med Invest Salud*. 8(1):5-15.

Grande C, Hernández F, Iglesias E. 2013. Conocimientos, actitudes, prácticas y su influencia en la toma de citología cérvico-uterina en las mujeres de 20-59 años de edad que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Chirilagua en San Miguel, municipio de Guatajiagua en Morazán y Canton Boquin la Unión en el período de agosto a octubre de 2012. Facultad multidisciplinaria Oriental. [Tesis de doctorado], El Salvador. <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/4942/>

Guzmán-Caniupán J. 2016. "Estimación de costos directos de atención médica de pacientes con cáncer cervicouterino: diagnóstico y tratamiento. En el Instituto Nacional de Cancerología de México". [Tesis de maestría]: México. Centro de Investigación y Docencia Económicas. <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/1444>

Hernández-Hernández et al. 2007. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 45 (4): 313-320.

Hidalgo-Martínez A. 2006. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed*. 17:81-84.

Huamán M. 2012. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino modificables mediante políticas públicas en mujeres Trujillo. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5492>

Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. Prevención y detección oportuna del cáncer cervico uterino en el primer nivel de atención. México.

Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. 2011. Global cancer statistics. *Cancer Journal for Clinicians*. 61(2):69-90.

Kotler P. 2001. *Mercadotecnia*. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Lau D, Millán M, Fajardo Y, Sánchez C. 2012. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 38(3):366-377.

Ledesma-López et al. 2017. Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. *Rev Hosp Jua Mex*. 84(2): 70-76

Lima C, Palmeira J, Cipolotti R. 2006. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 22(10):2151-2156.

Long S, Cohen M. 1993. Classics in cytology VI: the early cytologic discoveries of Lionel S. Beale. *Diagnostic Cytopathology*. 9(5):595-598.

Macías R. 2013. Factores Culturales y Desarrollo Cultural Comunitario. Reflexiones desde la Práctica. Edumed.net. Enciclopedia Virtual.

Martínez P, Díaz I, Carr A, Varona J, Borrego J, De la Torre A. 2010. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervico uterino en mujeres menores de 30 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 36(1):52-65.

Medrano M. 2014. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de salud Carlos Cueto Fernandini. [Tesis de grado]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4055>

Méndez H. 1994. *Sociedad y estratificación: método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas, Venezuela, Fundacredesa.

Morales L. 2012. Factores que condicionan conducta de negación hacia la Citología Cervical [Tesis de grado]. Michoacán México: Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas.<http://www.remeri.org.mx/portal/REMERI.jsp?id=oai:bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:123456789/6147>

Morales C, Tejuca S, Lamelas M, Álvarez I, Campomanes R. 2014. Cribado de cáncer cervical con citología y test del virus del papiloma humano cada 5 años: una realidad. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 57 (4): 164-168.

Moreira C, Fernandes D, Fernandes C, Bezerra A, Okino N. 2014. Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 22 (3):401-407.

Moyer V. 2012. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 156(12):880.

National Comprehensive Cancer Network. 2007. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical cancer screening.

Nauth H, Hilgart M. 2005. Citodiagnóstico ginecológico. 2nd ed. Buenos Aires, Médica Panamericana. 3-5.

Nayar R, Solomon D. 2016. El sistema Bethesda para informar la citología cervical: definiciones, criterios y notas aclaratorias. 3rd ed. Buenos Aires: Journal.

Olmedo B, Zepeda V, Enríquez I, Rodríguez A, Delgado I. 2011. El cáncer cervicouterino: implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el Papilomavirus humano. *Fuente*. 3(8):34-38.

Organización Mundial de la Salud. 2007. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino, Guía de prácticas esenciales.

Pan American Health Organization 2012. Cáncer cervicouterino en las Américas. 110 Regional Office of the World Health Organization.

Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. 2009. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 105(2):107-108.

Polo E, Torres S, Ochoa R, Villarreal G. 2014. Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo 2013-2014. Revisalud Unisucre. 2(1):31-41

Rodríguez L. 2006. Actitudes, creencias y emociones negativas en el proceso preventivo del Cáncer Cérvico Uterino. Psicología y Salud. 2(1).

Salvaggio D. 2014. La personalidad. Psicología de las Organizaciones. UCES.

Sanabria J, Fernández Z, Cruz I, Oriolo L, Llanuch M. 2011. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas. 15(4):295-319.

Sanabria N. 2012. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. Enfermería en Costa Rica. 2012; 33(2):82-89.

Secretaría de salud. 2016. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de cáncer del cuello del útero: Laboratorio de citología, indre. México. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dr. Manuel Martínez Báez.

Secretaría de Salud. 2007. Manual de Consejería en Cáncer Cervicouterino Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa Cáncer Cervicouterino. México, D.F.

Secretaría de Salud. 2007. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial.

Secretaría de Salud. 2015. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018. México.

Sociedad Americana Contra el Cáncer. 2015. Evaluación de los resultados anormales de la prueba de Papanicolaou. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino

Soto-Soto F, Martín-Pérez G, Carballo-Pérez N, Benítez-Grey T. 2003. Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. MEDISAN. 7(2).

Teixeira C, Fernandes D, Fernandes C, Bezerra A, Okino N. 2014. Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou. Rev Latino-Am Enfermagem. 22(3):401-407.

Torres M. 2012. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil. [Tesis de grado]. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>

Tourinho L, Guimarães D, Barreto P, Odair J. 2011. Factores que influyen en la no realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino. Rev Pan-Amaz Saude. 2(2):45-50.

Urrutia M, Concha X, Padilla O. 2014. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 79(5):368-377.

Urrutia M, Gajardo M. 2016. Población objetivo del tamizaje de cáncer cervicouterino en el sistema público de atención chileno y su relación con la cobertura de PAP: Implicancias en políticas de salud y asignación de recursos públicos. Revista médica de Chile. 144(12):1553-1560.

Urrutia S, Araya G, Poupin B. 2010. ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del programa

cáncer cervicouterino- auge del servicio de salud metropolitano sur oriente. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 75(5).

Valenzuela M, Miranda A. 2001. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chil Salud Pública. 5(2):75-80.

Varela S. 2005. Citología cervical. Rev Med Hondur. 73:131-136.

Vargas-Hernández V, Vargas-Aguilar V, Tovar-Rodríguez J. 2015. Detección primaria del cáncer cervicouterino. Cirugía y Cirujanos. 83(5):448-453.

Vargas-Hernández V, Acosta-Altamirano G, Moreno-Eutimio M, Vargas-Aguilar V. 2014. Nuevas directrices en la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Cirugía y Cirujanos. 83(5):448-453.

Vega J, Gutiérrez S, Terán Y. 2009. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicio. Investigación y educación en enfermería. 27(2):201-208.

Velasco F. 2018. Factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en mujeres indígenas mexicanas. European Scientific Journal. 14(6): 69-82.

Zeledón P, Turcios M. 2017. Conocimientos y factores culturales de mujeres que intervienen en la realización del Papanicolaou en Nicaragua. Journal Health NPEPS. 2(1): 206-217.

XII. ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.16
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UAQ

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICAL EN MUJERES DE 25-64 AÑOS

FOLIO: _____

Nombre: _____

Nº de Seguridad Social: _____ Edad: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente y elija la respuesta adecuada de la manera más honesta posible.

Estado civil: Casada Soltera Unión libre Separada Divorciada Viuda	Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Nivel técnico Licenciatura Posgrado	Ocupación: Hogar Obrera Empleada Profesionista Comerciante Estudiante Otro
Religión: Católica Cristiana Testigo de Jehová Otra	Medio de transporte: Público Particular	Estrato socioeconómico: (NO CONTESTAR) Estrato alto Estrato medio alto Estrato medio bajo Estrato obrero Estrato marginal

ASPECTOS COGNITIVOS:

1.- Sabe usted, ¿Que es el Papanicolaou?

- a) una muestra de sangre
- b) examen del cuello uterino
- c) exploración de genitales

2.- ¿Cuál es la finalidad de realizarse el Papanicolaou?

- a) detectar y prevenir enfermedades cervico-vaginales
- b) prevención de infecciones sanguíneas
- c) diagnosticar cáncer vaginal

3.- ¿A qué edad se debe de realizar el primer Papanicolaou?

- a) 20 años
- b) 25 años
- c) 30 años

4.- ¿Con qué frecuencia se deben de realizar los dos primeros Papanicolaous en la vida de una mujer?

- a) cada año
- b) cada 2 años
- c) cada 3 años

5.- ¿Con qué frecuencia debe de realizarse el Papanicolaou después de dos resultados negativos?

- a) cada año
- b) cada 2 años
- c) cada 3 años

6.- ¿Cuáles son los beneficios de realizarse el Papanicolaou?

- a) que no me contagie de infecciones
- b) detectar oportunamente lesiones que producen cáncer de cuello uterino
- c) prevenir enfermedades que me causen cáncer cuello uterino

7. ¿Por qué no se realizó el Papanicolaou?

- a) me da pena y miedo
- b) no tengo tiempo
- c) no me interesa

8. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino?

- a) múltiples parejas sexuales, tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual.
- b) no realización de citología cervical.
- c) obesidad, VIH.

ASPECTOS CULTURALES

1. ¿Le preocupa que quién le realice el Papanicolaou sea hombre?	Sí	No
2. ¿Considera que realizarse el Papanicolaou causa dolor?	Sí	No
3. ¿Su pareja está de acuerdo en que se realice el Papanicolaou?	Sí	No
4. ¿Les recomendaría a sus hijas realizarse el Papanicolaou?	Sí	No
5. ¿Le molesta o incomoda que la atiendan practicantes de medicina o enfermería?	Sí	No
6. ¿Considera que su salud es voluntad de Dios?	Sí	No
7. ¿Usted cree que ser sana la exenta de tener cáncer cervicouterino?	Sí	No
8. ¿Aseguraría usted que su esposo es el único culpable si su Papanicolaou reportara cáncer?	Sí	No

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

1. ¿Siente miedo o angustia cuando acude a hacerse el Papanicolaou?	Sí	No
2. ¿Siente vergüenza o pena de realizarse el Papanicolaou?	Sí	No
3. ¿No se realiza el Papanicolaou por miedo o temor a ser diagnosticada con cáncer?	Sí	No
4. ¿Los testimonios u opiniones de otras personas son importantes para la realización de su Papanicolaou?	Sí	No

ASPECTOS INSTITUCIONALES Y DEL PERSONAL DE SALUD

1. ¿Ha recibido información sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou?	Sí	No
2. ¿Ha sido enviada por su médico familiar a realizarse el Papanicolaou?	Sí	No
3. ¿Cómo ha sido el trato que le brinda el personal de salud?	Malo Regular Bueno Excelente	
4. ¿El tiempo de espera para la atención le ha motivado a desistir de realizárselo?	Sí No A veces.	
5. ¿El tiempo de espera para la entrega del resultado del Papanicolaou le ha motivado a no realizárselo?	Sí No A veces	
5. ¿Tiene confianza en el personal de salud de su clínica?	Sí	No
6. ¿El personal de salud de su clínica le ha hablado del cáncer de cuello uterino?	Sí	No
7. ¿El trato del personal de salud la animaría a realizarse el Papanicolaou?	Sí	No

Categorías del Método Graffar-Méndez Castellano.

VARIABLES	PUNTAJE	ÍTEMS
1. Profesión del jefe de familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tiene un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente.
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. Fuente de ingreso (o Modalidad de ingreso)	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. Condiciones de alojamiento.	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Fuente: Fundacredesa, Venezuela.

Puntaje: _____ Tipo de Estrato: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: FACTORES QUE LIMITAN LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICAL EN MUJERES DE 25-64 AÑOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, Agosto 2018

Justificación y objetivo del estudio:

El cáncer de cuello uterino es la quinta causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres a nivel mundial, más prevalente en edades que oscilan entre los 25 y 64 años; según reportes de la OMS señalan que más del 90% de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino ocurren en los países subdesarrollados, siendo estos la gran mayoría del continente americano. Identificar los factores para la no realización de la citología cervical en mujeres de 25-64 años.

Registro SIRELSIS:

R-2018-2201-032

Procedimientos:

Autoaplicación de encuesta e instrumento del Método de Graffar-Méndez Castellano.

Posibles riesgos y molestias:

Pérdida de tiempo sentida.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Conocimiento sobre la importancia de realizarse de manera oportuna la citología cervical para la detección de uno de los cánceres (cáncer de cuello uterino) más frecuentes en la mujer y que actualmente es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en mujeres.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos, canalizar a las pacientes al servicio de medicina preventiva para realización de citología cervical.

Participación o retiro:

El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

MCE Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Coordinador Clínico de Investigación y Educación de Salud UMF 16
Teléfono: 4421859386
Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx

Colaboradores:

Rafael Fernando Landa Gutiérrez
Residente de primer año de Medicina Familiar UMF 16
Teléfono: 7771495035
Correo electrónico: ferni_007_2@hotmail.com
Matricula: 99237636

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de la paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo:

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013