

“CREENCIAS Y BARRERAS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRATIVO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

2025 López Borques Norma Angélica



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de
Investigación y Posgrado

**“CREENCIAS Y BARRERAS DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN EL PERSONAL DE SALUD Y
ADMINISTRATIVO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para
obtener el Diploma de

**ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Norma Angélica López Borques
Médico General

Dirigido por:

Erasto Carballo Santander
Médico Especialista en Medicina Familiar

San Juan del Río, Qro. Septiembre 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

**“CREENCIAS Y BARRERAS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL PERSONAL DE
SALUD Y ADMINISTRATIVO DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Norma Angélica López Borques

Dirigido por:

Médico Especialista Erasto Carballo Santander

Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Presidente

Med. Esp. Oscar Eduardo Durán Castillo
Secretario

Mtra. Verónica Escorcía Reyes
Vocal

Med. Esp. Dzoara Aurora López Sánchez
Suplente

Med. Esp. Marlet Araceli Rebolledo Gallardo
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Septiembre 2025, México

Dedicatorias

A la memoria de mi abuelito Ángel López Álvarez quien siempre se mostró como una persona sabia en todos los aspectos que se pueden considerar; un gran maestro y amigo; siempre me motivaba a seguir adelante y era quien me veía con la mirada más sincera que alguien pueda tener. Te extraño y gracias por todas tus enseñanzas, vives en mi corazón.

Mi familia conformada por Mamá, Papá, Gerar, Sandra y Lanchita siempre serán merecedores de todo mi amor, respeto y dedicación de cada uno de mis triunfos; su presencia me fortalece y me ha impulsado a salir avante en todas las situaciones de mi vida.

Agradecimientos

Dr. Erasto Carballo Santander quien no sólo fue un profesor, sino también un gran amigo en quien pude encontrar un apoyo para poder seguir este camino llamado Residencia Médica.

ÍNDICE

Dedicatorias	3
Agradecimientos	3
Resumen.....	6
Summary.....	8
II.-Antecedentes	11
III.-Fundamentación Teórica.....	14
IV. Hipótesis	32
V. Objetivos	33
<u> </u> V.2. Objetivos específicos.....	33
VI. Material y métodos	34
<u> </u> VI.2 Población o Unidad de análisis.....	34
<u> </u> VI.3 Muestra y tipo de muestra	34
<u> </u> VI.4 Definición del grupo control.....	35
<u> </u> VI.5 Criterios de Inclusión.....	35
<u> </u> VI.6 Criterios de Exclusión.....	35
VII. Variables estudiadas.....	35
VIII. Procedimientos	36
IX. Análisis estadístico	37
X. Consideraciones éticas.....	37
XI. Resultados.....	39
XII. Discusión	51
XIII. Conclusión	55
XIV. Propuestas	56
XV. Bibliografías.....	57
XVI. Anexos	64
<u> </u> Anexos 1. Instrumento de recolección de datos.....	64
<u> </u> Anexo 2. Instrumento Creencias sobre cáncer cervicouterino	65
<u> </u> Anexo 3. Instrumento Barreras cáncer cervicouterino (BACACE).....	66
<u> </u> Anexos 4. Carta de consentimiento informado.....	67

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Descriptivo laboral y ginecológico	39
Cuadro 2. Descriptivos sobre religión.....	40
Cuadro 3. Descriptivos sobre categoría contractual.....	40
Cuadro 4. Descriptivos sobre escolaridad.....	41
Cuadro 5. Descriptivos sobre estado civil	41
Cuadro 6. Descriptivos sobre factores de riesgo.....	42
Cuadro 7. Descriptivos sobre barreras en la esfera de conocimiento de CACU	43
Cuadro 8. Descriptivos barrera de cultura sobre CACU	43
Cuadro 9. Descriptivos sobre barrera de acceso demográfico.....	44
Cuadro 10. Descriptivos en dimensión de creencia sobre beneficio	45
Cuadro 11. Descriptivos en dimensión de creencia sobre severidad	46
Cuadro 12. Descriptivos en dimensión de creencia sobre barreras	47
Cuadro 13. Descriptivos en dimensión de creencia sobre susceptibilidad.....	48
Cuadro 14. Descriptivos en dimensión sobre claves para la acción 1.....	49
Cuadro 15. Descriptivos en dimensión sobre claves para la acción 2.....	50

Resumen

Introducción: En México, el cáncer cervicouterino representa la segunda causa principal de muerte debida a cáncer en mujeres. La prevención de la enfermedad se logra a través de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y el cribado oportuno. **Objetivo:** Identificar las creencias y barreras que existen con respecto al Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, el grupo de estudio fue integrado por mujeres con puesto administrativo, así como personal de salud en la Unidad de Medicina Familiar N°7, San Juan del Río, Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Concentrando una muestra de 73 mujeres; se utilizó la fórmula para población finita, muestreo aleatorio simple; se consideraron las variables de Creencias y Barreras con respecto al Cáncer Cervicouterino, edad, escolaridad, categoría contractual, antigüedad laboral, menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, estado civil, infecciones previas por VPH, tabaquismo y religión. Se realizó un análisis estadístico descriptivo por medio de frecuencias, porcentajes e intervalo de confianza. **Resultados:** edad media de 35 años, 62% personal de salud y 38% administrativo, la antigüedad laboral media fue de 8 años, escolaridad licenciatura 52%, menarca se presentó a los 12 años, 8% manifestó tener alguna infección por VPH, 94% se ha realizado alguna vez un papanicolaou. La barrera de conocimiento presenta un 37% de limitante referente al tema de CACU; un 98% consideran que la citología vaginal es una prueba benéfica para su salud. **Conclusiones:** A pesar de ser una población que se desempeña en el ámbito de salud, se detectó que presenta ciertas barreras que están impidiendo que el proceso preventivo de una enfermedad se lleve a cabo.

Palabras clave: *Cáncer cervicouterino, prevención, creencias, barreras.*

Summary

Introduction: In Mexico, cervical cancer is the second leading cause of cancer-related death in women. Prevention of the disease is achieved through vaccination against the Human Papillomavirus (HPV) and timely screening. **Objective:** To identify beliefs and barriers regarding cervical cancer among both healthcare and administrative staff in a Family Medicine Unit. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted. The study group was composed of women with administrative positions and healthcare personnel at Family Medicine Unit No. 7, San Juan del Río, Querétaro, of the Mexican Social Security Institute. A sample of 73 women was selected; the formula for a finite population, simple random sampling, was used. The variables Beliefs and Barriers Regarding Cervical Cancer, age, education, contractual category, seniority, menarche, sexual debut, number of sexual partners, marital status, previous HPV infections, smoking, and religion were considered. A descriptive statistical analysis was performed using frequencies, percentages, and confidence intervals. **Results:** the average age was 35 years, 62% were healthcare workers and 38% were administrative staff. The average seniority was 8 years, 52% had a bachelor's degree, menarche occurred at age 12, 8% reported having an HPV infection, and 94% had had a Pap smear at least once. The knowledge barrier represents a 37% limitation regarding the topic of CACU; 98% consider a Pap smear to be beneficial for their health. **Conclusions:** Despite being a population that works in the health field, it was found that they present certain barriers that are preventing the prevention process of a disease from being carried out.

Keywords: *Cervical cancer, prevention, beliefs, barriers*

I.- Introducción

El Papanicolaou como prueba de detección oportuna para Cáncer Cérvico Uterino representa una de las principales estrategias y herramientas diagnósticas con las que se ha contado a lo largo de muchos años.

A pesar de ser una herramienta sencilla y fácil de realizar, no se ha logrado tener el impacto preventivo que se tenía proyectado. Durante los últimos años se han implantado estrategias de promoción a la salud y mejor acceso a dicha prueba, con la finalidad de que toda la población tenga la oportunidad de realizarse una detección oportuna; debido a que, si el diagnóstico de lesiones pre malignas se realiza en una etapa temprana, se puede otorgar un tratamiento adecuado.

No obstante, cifras actuales demuestran que el Cáncer cervicouterino continúa como una de las primeras causas de muerte en mujeres de todo el mundo; significa que las estrategias de difusión, promoción y realización de detecciones no se están llevando a cabo de manera correcta o no están teniendo el correcto impacto sobre la población blanco.

Es evidente que la falta de tamizaje se está posicionando como un problema de salud, importante recalcar que dicha problemática se ha visto reflejada en mujeres de diferentes poblaciones, clases sociales y con diferentes profesiones.

La finalidad de esta investigación es conocer cuáles son las razones englobadas en creencias y barreras, por las que específicamente el personal de salud y administrativo pese a contar con los programas de promoción y acceso a prueba de Papanicolaou, no acuden de manera periódica a realizarse sus detecciones y no efectúan las derivaciones a módulos de medicina preventiva en algunos casos.

Será de mucha utilidad conocer cuáles son esas barreras y creencias que existen, para poder efectuar acciones que mejoren el acceso de la población a dichas pruebas, principalmente en personal que tiene la información y el acceso más eficiente que el resto de la población. Cabe resaltar que al tratarse de personal de salud y administrativo que labora en una Institución Pública y que brinda atención en salud se ve obligado a tener un nivel de conocimiento tal que permita y favorezca a que el personal derechohabiente efectúe sus detecciones de acuerdo a Cartilla de Vacunación, de lo contrario se verá limitado los esfuerzos y programas implementados para dichas acciones preventivas.

Con base en los resultados obtenidos se realizarán estrategias educativas, adaptadas al personal de salud y administrativo con el fin de hacer de su conocimiento los puntos más importantes que han creado barreras para la realización de una prueba de prevención primaria. Se creará material didáctico estableciendo las principales ventajas de una detección oportuna de lesiones premalignas, describir como es el proceso de la toma de Papanicolaou, esto para crear conciencia sobre la nobleza del procedimiento; y comentar los riesgos o consecuencias de no tener una prevención primaria.

Realizar reforzamiento positivo con base en las acciones preventivas disponibles en la Unidad de Medicina Familiar, el fácil acceso y principalmente fomentar el conocimiento en el personal; en espera de que la información que ellas adquieran puedan transmitirla a los derechohabientes, creando una cadena de conocimiento que tendrá como fin común fortalecer la prevención y atención primaria de la salud.

II.-Antecedentes

El cáncer cervicouterino representa una de las principales causas de muerte secundaria a neoplasias malignas en la población femenina sexualmente activa, a pesar de contar con una mejor accesibilidad para el tamizaje de esta enfermedad y que se han fomentado campañas de sensibilización e información con base a la prevención. En diversas regiones del país, son muchas las mujeres con cáncer que reciben su diagnóstico en etapas avanzadas, así como el número de adolescentes y mujeres jóvenes con lesiones precancerosas y cancerosas en el cérvix sigue aumentando.¹

La progresión de la infección por el VPH hasta el Cáncer Cervicouterino ocurre en cuatro fases que derivan en la progresión de lesiones premalignas. En la actualidad dichas lesiones son clasificadas utilizando el sistema Bethesda, el cual se divide en dos rubros principales; cambios menores: lesión intraepitelial de bajo grado y células escamosas atípicas de significado incierto; y cambios mayores: células escamosas atípicas, células glandulares atípicas y lesión intraepitelial de alto grado.²

II.1. Antecedentes generales de Cáncer Cervicouterino

El Virus del Papiloma Humano es la causa de infección viral más habitual del aparato reproductor; una gran mayoría del cáncer cervicouterino (superior al 95%) se debe al virus del papiloma humano (VPH).³

A nivel mundial, el cáncer cervicouterino se ubica dentro del cuarto cáncer más frecuente en la mujer, estimando una incidencia de 604 000 nuevos casos en 2020. De las 342 000 defunciones estimadas por cáncer de cuello uterino en 2020, alrededor del 90% tuvieron lugar en los

países de ingreso medio y bajo. La prevalencia de VPH en países con alta incidencia de cáncer cervicouterino, ronda en 10 a 20%, mientras que en países con baja incidencia es de 5 a 10%.³

En México, el cáncer cervicouterino ocupa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, con una incidencia anual de 13,960 casos. Por datos de la Secretaría de Salud, 1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas se debe a este tipo de enfermedad. En Querétaro, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 del Instituto Nacional de Salud Pública reveló que 34.1% de las mujeres mayores de 20 años se sometieron a un Papanicolaou, en comparación con 41.1% registrado en 2012. No obstante, en ambos años, la cifra está por debajo del promedio nacional.⁴

Una tasa de mortalidad global elevada por cáncer de cuello uterino (tasa estandarizada por edad: 13,3/100,000 en 2020) podría disminuir si se implementan intervenciones efectivas durante las distintas etapas de la vida. La falta de conocimiento de esta situación en la población representa un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo.⁵

El VPH se transmite por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan poco después del inicio de su actividad sexual. En más del 90% la evolución de los pacientes es satisfactoria, logrando conseguir eliminar la infección.^{5,6}

Los dos tipos de virus de papiloma humano (tipos 16 y 18) provocan casi el 50% de las lesiones precancerosas del cuello uterino con alto grado de malignidad.⁷

Las medidas de vacunación contra el VPH, el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas son estrategias rentables en la prevención del cáncer de cuello uterino. Gracias a estas acciones, el

cáncer de cuello uterino puede curarse si se detecta en una etapa temprana y se trata de manera oportuna.^{8,9}

En el contexto de un país en desarrollo y en la región de Latinoamérica, el cáncer cervicouterino en México sigue siendo un problema de salud pública. Su distribución y frecuencia están influenciadas por factores relacionados con la marginación, la pobreza y, en ocasiones, la falta de información entre las usuarias. La brecha de desigualdad marca la disparidad en la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical entre las zonas urbanas y rurales de México.²

III.-Fundamentación Teórica

III.1. Factores de riesgo para Cáncer Cervicouterino

Según la Guía de Práctica Clínica “Prevención y Detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer nivel de Atención” los principales factores de riesgo vinculados con el Cáncer Cérvico Uterino son:

- **Inicio de vida sexual antes de los 18 años:** Se ha catalogado como riesgo para cáncer cervicouterino.
- **Múltiples parejas sexuales:** Existe mayor exposición al virus en caso de que alguno de los compañeros sexuales sea portador de VPH.
- **Infección por VPH:** La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es el factor de riesgo más importante para desarrollar Cáncer cervicouterino.

El VPH es responsable de invadir las células en la superficie de la piel, así como en las que recubren los genitales, el ano, la boca y la garganta; se transmite de una persona a otra mediante el contacto directo de la piel o durante las relaciones sexuales.

- **Tabaquismo:** Las mujeres que consumen tabaco presentan el doble de probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino en comparación con aquellas que no fuman. Además, se han encontrado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de las mujeres fumadoras.
- **Infecciones de transmisión sexual:** En pacientes con infección causada por Clamidia se identificó mayor porcentaje de desarrollar Cáncer cervicouterino, la bacteria puede ayudar al VPH a crecer y vivir en el cuello uterino.
- **Pareja sexual masculina infectada por VPH:** Aumenta el riesgo de padecer Cáncer Cervicouterino, si la pareja es portadora.

- **Pareja que ha tenido múltiples parejas sexuales:** el porcentaje de exposición al virus aumenta con el número de parejas sexuales que se tiene. Se pueden presentar dos tipos de virus, de bajo y alto riesgo; los de bajo riesgo son los que generalmente condicionan la aparición de verrugas genitales, los de alto riesgo predisponen la aparición de Cáncer cervicouterino.
- **Mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico:** Al no existir un tamizaje en dichas pacientes no se podrá hacer una detección oportuna de lesiones pre malignas; como consecuencia puede desarrollarse la presencia de Cáncer cervicouterino.
- **Deficiencia de ácido fólico:** Un adecuado aporte de ácido fólico condiciona un correcto funcionamiento celular, así como crecimiento de tejidos y mejora del sistema inmunológico.¹⁰
- **Mujeres inmunocomprometidas:** El sistema inmunitario tiene como una de sus funciones destruir las células cancerosas, retardar su crecimiento y extensión. Pacientes que padecen alguna infección que comprometa su sistema inmunológico presentan mayor riesgo de que las lesiones pre cancerígenas evolucionen a una situación de cáncer cervicouterino.
- **Anticonceptivos orales combinados a largo plazo:** El uso de anticonceptivos orales en un periodo largo de tiempo es considerado factor de riesgo para desarrollo de Cáncer cervicouterino; sin embargo, el riesgo se reduce nuevamente después de suspender su uso.^{3,11}

De manera social uno de los mayores riesgos para que una mujer no acuda a realizar sus detecciones de Papanicolaou son el nivel de escolaridad, ya que eso condiciona disminución en las posibilidades de empleo y afecta las condiciones de vida, acceso y atención médica.¹²

III.2. Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino

La edad ideal para comenzar con el tamizaje no está claramente definida, lo cual se debe a la evolución natural de la enfermedad. Por lo tanto, se recomienda realizar el tamizaje de manera confiable, en los tres años posteriores a la primera relación sexual o hasta los 21 años, lo que ocurra primero.^{13,14}

La citología cervical debe realizarse anualmente hasta obtener tres pruebas negativas con técnica satisfactoria; posteriormente realizarla cada dos o tres años.

Para las mujeres que no se han sometido a una citología cervical en los últimos cinco años, se sugiere realizar la prueba anualmente hasta obtener tres resultados negativos técnicamente satisfactorios, y después, se recomienda cada dos o tres años.¹³

La citología cervical ya no es necesaria en mujeres de 70 años o más que tengan un historial de tamizaje regular durante los últimos 10 años con los tres últimos resultados negativos, o en aquellas que no presenten un riesgo elevado de desarrollar cáncer cervicouterino.^{15,16}

La Sociedad Americana de Cáncer recomienda que las personas con detección inicial de cáncer cervical a la edad de 25 años se sometan a una prueba de VPH cada 5 años hasta los 65 años. Como alternativa se puede realizar entre los 25 a 65 años de edad, una prueba conjunta (VPH con citología) cada 5 años o citología sola cada 3 años.^{17,18}

III.3. Prevención

- **Prevención primaria**

Prevenir el contagio del virus del VPH mediante la adopción de medidas que reduzcan los factores de riesgo y promuevan hábitos y comportamientos más saludables en la población. Las prácticas

modificables más relevantes incluyen el uso de conservante, que reduce la exposición.¹⁹

La prevención primaria se realizará mediante:

- Promoción a la salud
- Vacunación contra infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)
- Detección oportuna del cáncer cérvico uterino¹

Con respecto a la vacunación, con base en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino actualmente existen dos tipos de vacunas que cuentan con licencia: la vacuna tetravalente, HPV4 (Gardasil), útil en la prevención de cáncer cervicouterino (en mujeres) y las verrugas genitales (en mujeres y hombres); y la vacuna bivalente, HPV2 (Cervarix), para la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres. La vacuna está aprobada para personas de entre 9 y 26 años. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomienda su aplicación de manera rutinaria a todas las mujeres de 11 a 12 años, y para las mujeres de 12 a 26 años, se sugiere ponerse al día con la vacunación.¹

Las dosis pueden ser administradas en los siguientes intervalos: 0, 2 y 6 meses, con un mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis, 12 semanas entre la segunda y la tercera dosis, y 24 semanas entre la primera y la tercera dosis.

- **Prevención secundaria**

Disminuir la mortalidad y morbilidad a través de un diagnóstico temprano y una detección adecuada, que abarcan pruebas tradicionales como la citología cervicovaginal, así como el tratamiento de lesiones premalignas, teniendo en cuenta que el intervalo entre la lesión inicial y la fase invasiva de la enfermedad puede ser de hasta 10 a 20 años.^{6,20}

III.4. Papanicolaou

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou es la prueba más comúnmente empleada para la detección temprana de lesiones precancerosas y/o cáncer cervicouterino. La técnica se basa en el análisis de las características morfológicas del núcleo, el citoplasma y la relación núcleo-citoplasma de las células obtenidas del endocérvix, ectocérvix y fondo de saco vaginal.^{21,22}

Los resultados de la prueba de Papanicolaou deben ser reportados de la siguiente manera:

- Frotis inadecuado o no útil: cuando la muestra es insuficiente.
- Negativo: no presenta alteraciones morfológicas.
- Sospechoso por malignidad: existen alteraciones morfológicas, sin embargo, no son concluyentes.
- Positivo a malignidad: existen alteraciones en las células epiteliales escamosas o glandulares.²³

Los resultados positivos se clasifican de la siguiente manera:

- Neoplasia intracervical grado I o displasia leve
- Neoplasia intracervical grado II o displasia moderada
- Neoplasia intracervical grado III o displasia severa o carcinoma in situ
- Carcinoma de células escamosas
- Adenocarcinoma²³

Según la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, el resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.

- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.
- i.- Maligno no especificado.

Hallazgos adicionales:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes.
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.
- e.- Hongos.
- f.- Otras alteraciones (especifique).

El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue:

- a.- Sin alteraciones.
- b.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas.
- c.- VPH.
- d.- NIC.
- e.- Neoplasia invasora.
- f.- Otros (polipos, quistes, fibromas, adenosis, etc.).

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Tejido de cérvix normal.
- b.- Cervicitis aguda o crónica.
- c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).
- d.- Displasia leve (NIC 1).

- e.- Displasia moderada (NIC 2).
- f.- Displasia severa (NIC 3).
- g.- Cáncer in situ (NIC 3).
- h.- Cáncer microinvasor.
- i.- Cáncer invasor.
- j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).
- k- Sarcoma y otros tumores.
- l.- Maligno no especificado.
- m.- Insuficiente para diagnóstico.

Las lesiones glandulares pueden detectarse de forma indirecta, con una sensibilidad de hasta el 55-70% en lesiones in situ, que según el sistema Bethesda de 2014, engloban tanto células glandulares endometriales y endocervicales, como células glandulares de origen no específico, que se informan sólo cuando existe atipia o son de origen endometrial en mujeres mayores de 45 años.²⁴

A pesar de contar con dicha prueba y formar parte de las acciones preventivas y de control, no existe otro método adecuado para la detección del adenocarcinoma de cuello uterino, y su prevención no se ha logrado en su totalidad a través de la citología cervicovaginal.²⁴

Se ha comprobado que, para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, es esencial contar con un programa de prevención y detección temprana eficaz, que incluya un sistema de recordatorio y seguimiento, y que abarque al 80% de la población en riesgo.⁶

Con respecto a las distintas pruebas de tamizaje, la citología cervical de base líquida es la prueba recomendada para el cáncer cervicouterino. Esta técnica proporciona una muestra más completa, libre de células dañadas o contaminadas por sangre, moco o células

inflamatorias, y además, la misma muestra puede utilizarse para otras pruebas complementarias, como la detección de VPH y clamidia.⁶

III.4.1. Técnica para la toma de citología cervical

Previo a la toma de la muestra, se debe realizar un interrogatorio y llenado de la solicitud para la toma del Papanicolaou, explicar a la paciente las acciones que se realizarán con la finalidad de brindarle confianza e informarla acerca del procedimiento.

- Valoración Ginecológica exterior

Se comienza con la inspección de los genitales externos, buscando alteraciones visibles como prolapso uterino, tumores, marcas de rascado, secreciones, lesiones pigmentadas, lesiones exofíticas, entre otras. Luego, se deben registrar los hallazgos en la hoja de solicitud y los resultados de la citología cervical.

- Colocación del espejo vaginal

Con la finalidad de tener una adecuada toma de la muestra, es necesario no utilizar ningún tipo de lubricante o jalea, ya que dichas sustancias ocasionan una cobertura celular, lo que impide la interpretación citológica. Dicha toma será clasificada como inadecuada.

Con guantes puestos, sostener el espejo estéril en la palma de la mano, con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El espejo se agarra 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.

Con las valvas cerradas, introducir el espejo formando un ángulo de 45 grados o en forma vertical 90 grados con relación al piso vaginal. Se solicita a la usuaria que puje, introduciendo el espejo hasta el tercio

medio de la vagina, se gira presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo; para abrir las valvas se debe visualizar el cérvix.

En mujeres mayores de 50 años, o quienes refieran dolor a la introducción del introducirlo con mayor facilidad y evitar daño.

Al observar el cuello uterino deberá realizarse la búsqueda intencionada de lesiones como laceraciones o desgarros. Como dato importante se debe tomar en cuenta que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y cuello uterino.

- Toma con la espátula de Ayre

Toma exocervical: La espátula de Ayre se coloca en el orificio cervical, se gira a la derecha 360° realizando una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical. Se retira la espátula y se vuelve a introducirla por el extremo semicónico para la toma del endocérvix.

Toma endocervical: Introducir la espátula a través del 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 fijarlos en alcohol de 96%, manteniendo cerrado el recipiente.

Tomar con el cepillo endocervical o hisopo: Se introduce el cepillo o hisopo a través del orificio cervical realizando un giro a la derecha.²⁵

III.5. Colposcopia

El término Colposcopia se define como el procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato de sistema

óptico para poder observar la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose, en este último, las condiciones de su epitelio.³

Como descripción del procedimiento es necesario que antes de iniciar el estudio, se realice la aplicación de ácido acético al 3 o 5%, se aplica directamente en el cérvix, en zonas con epitelio dañado, existe un aumento de la permeabilidad de la membrana celular, lo que permite que el ácido penetre y cause aglutinación de proteínas, fenómeno responsable del color blanco que toma el epitelio enfermo.^{11,26}

III.6. Biopsia

El diagnóstico de una neoplasia intra cervical se realiza mediante el procedimiento de biopsia.

El procedimiento es realizado mediante colposcopia directa, consiste en la obtención de una muestra de tejido de 2.5mm, a la cual se le realiza una serie de procesos con la finalidad de llegar a un diagnóstico histopatológico. El procedimiento tiene una sensibilidad del 81% y especificidad del 94%.^{11,26}

Existen diferentes vertientes que se deberán tomar con base a los resultados de la Biopsia:

1.- Cuando la colposcopía es satisfactoria y existe evidencia de infección por VPH se debe tomar una biopsia dirigida.

- Ante un resultado de biopsia dirigida negativo o concluyente de infección por VPH, se mantendrá en control con citología y colposcopía anual.
- Una biopsia dirigida reportada como NIC de cualquier grado se propondrá tratamiento conservador (crioterapia, láser terapia o electrocirugía); posterior la paciente continuará en control con citología y colposcopía cada seis meses.

- Una biopsia dirigida con reporte de cáncer microinvasor o invasor, deberá transferirse a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente.

2.- Ante la presencia de una colposcopia satisfactoria con evidencia de lesión (NIC 1, 2, 3). Se deberá realizar biopsia dirigida.

- Un resultado de biopsia negativo se deberá continuar su control mediante dos citologías y colposcopias semestrales; si persiste con resultado negativo se decide su alta.
- Una biopsia positiva (NIC 1, 2, 3), debe tener como tratamiento conservador (electrocirugía, láser terapia o crioterapia), de acuerdo con la disponibilidad de cada institución.¹³

III.7. Tratamiento

El tratamiento va a ir enfocado con base en del tipo de lesión maligna o premaligna, la elección será determinada por el médico que se encuentre a cargo de la atención. Dentro de las opciones terapéuticas están:

- **Cirugía para el cáncer de cuello uterino:** Histerectomía, Cervicectomía.
- **Radioterapia para cáncer de cuello uterino:** Útil en la destrucción de células cancerosas, mediante rayos X.
- **Quimioterapia para cáncer de cuello uterino:** Se realiza mediante el uso de medicamentos inyectables que se distribuyen por todo el torrente sanguíneo, con la finalidad de destruir las células cancerosas en todo el organismo.
- **Terapia de medicamentos dirigidos para el cáncer de cuello uterino:** Consiste en el uso de medicamentos que atacan a ciertas proteínas en específico de las células cancerosas del cuello uterino, lo que fomenta el

crecimiento, propagación y vida del cáncer. Estos medicamentos funcionan destruyendo o frenando el desarrollo de las células cancerosas.

- **Inmunoterapia para el cáncer de cuello uterino:** Consiste en reforzar el sistema inmunológico con la finalidad de mejorar el reconocimiento y destrucción de las células cancerosas.

Entre menor sea la gravedad de las lesiones el tratamiento será menos invasivo.²⁷

III.8. Criterios de referencia

Existen diferentes motivos para poder realizar una referencia, entre ellos destacan:

- Evaluación y monitoreo en la clínica de colposcopia cuando la citología cervical informe: Células escamosas o glandulares atípicas de significado incierto; células escamosas atípicas que no descarten una lesión de alto grado; lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (NIC II) y/o displasia moderada, NIC III y/o displasia severa, cáncer in situ o cualquier tipo de célula cancerígena.
- Cuando la citología revele cáncer cervical como diagnóstico nuevo, la paciente debe ser atendida en la clínica de displasia en un plazo máximo de tres semanas. En el caso de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y células glandulares atípicas, la evaluación deberá realizarse dentro de las seis semanas posteriores al diagnóstico.
- Todas las mujeres posmenopáusicas que experimentan sangrado uterino anormal deben ser evaluadas ginecológicamente.³

III.9. Creencias sobre cáncer cervicouterino.

¿Qué es una creencia?

Green, Kreute, Deeds y Partridge (1980; en Oblitas y Becoña 2002), definen una creencia como una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero.²⁸

Krench y Crutchfield (s/f; en Quiroz, 2004), establecen que: “La creencia es una organización constante de percepciones y cogniciones acerca de algún aspecto del mundo del individuo.”²⁸

Fishbein y Ajzen (1975; en Callejo y Vila, 2003) marcan tres tipos de creencias, según su origen:

1. **Creencias descriptivas:** Aquellas que se originan a partir de la observación directa, principalmente de la experiencia y el contacto personal con los objetos. Estas creencias se mantienen con un alto nivel de certeza ya que son validadas de forma continua por la experiencia, y juegan un papel crucial en las actitudes de los individuos.
2. **Creencias inferenciales:** Son aquellas que se originan en relaciones previamente aprendidas o en el uso de sistemas formales de codificación; en ambos casos, la base de la creencia inferencial siempre se fundamenta en algún tipo de creencia descriptiva.
3. **Creencias informativas:** Se originan a partir de información proveniente del exterior, como otras personas, los medios de comunicación, entre otros.²⁸

Al analizar diferentes tipos de creencias que existen en la población con respecto al Cáncer cervicouterino, se identificó que el 95% de la población considera que realizarse un examen de Papanicolaou es una acción que puede salvar sus vidas, así como que representa una acción para la detección oportuna de Cáncer cervicouterino.²⁹

El 97% de las mujeres percibieron que el Cáncer cervicouterino es un problema de salud importante que si no es detectado a tiempo puede causar incluso la muerte.²⁹

III.9.1. Instrumento creencias (Cuestionario Vida 24)

El término “Creencias en salud” incluye los rubros de conocimiento y percepción, a razón de algunos autores existen determinados estímulos externos e internos que influyen en el proceso de toma de decisiones y son conocidos como “claves para la acción”; se incluyen variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales.²⁹

Se basa en el Modelo de Creencias en Salud, con el objetivo de identificar la relación entre las creencias de cada individuo y su decisión de adoptar conductas preventivas contra el Cáncer Cervicouterino. Es útil para evaluar las creencias sobre el cáncer cervical y su prevención, y consta de 24 ítems distribuidos en 5 dimensiones: cuatro en "Beneficios", tres en "Severidad", dos en "Barreras", seis en "Susceptibilidad" y nueve en "Claves para la acción". Los índices de ajuste del modelo fueron RMSEA: 0,051, CFI: 0,959, TLI: 0,953 y SRMR: 0,058. El coeficiente Ω del cuestionario fue 0,93. Está basado en el Modelo de Creencias en Salud.²⁹

El índice Flesch-Fernández Huerta del cuestionario final fue de 73,20. En la escala INFLESZ, el cuestionario se clasificó como "Bastante fácil". El coeficiente omega del cuestionario final fue 0,93. El coeficiente Omega, también conocido como Rho de Jöreskog, está basado en las cargas factoriales, que son la suma ponderada de las variables estandarizadas. Esta transformación hace los cálculos más estables y refleja con mayor precisión el nivel de fiabilidad real. No depende del número de ítems. Para considerar un valor de confiabilidad aceptable mediante el coeficiente omega, este debe estar entre 0,70 y 0,90 (Campo-Arias & Oviedo, 2008).³⁰

Elaborado por Mendoza Angulo, Orlando Borre y Romero Jaraba, David; elaborado en Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina (2014).²⁹

III.10. Barreras sobre cáncer cérvico uterino

¿Qué es una barrera?

Son factores, tanto personales como del entorno, que obstaculizan y dificultan el acceso a servicios de atención y diagnóstico de calidad en el tiempo adecuado, dentro de un sistema de atención integral en salud.³¹

Con la finalidad de poder lograr la erradicación de limitantes dentro del ámbito de la salud, es necesario contar con un equipo no solo médico, sino de personal en el ámbito de salud, así como social y administrativo.

Algunas de las principales barreras con respecto al cáncer cervicouterino van dirigidas tanto a los aspectos sociodemográficos, individuales, culturales y del servicio de salud.

- **Barreras sociodemográficas:** Comprende aspectos del entorno creados por el ser humano los cuales favorecen o intervienen en su desarrollo frente a distintas circunstancias.
- **Barreras individuales:** Son elementos relacionados a la autoestima, patrón de conducta, estilo de vida, respuesta al estrés, cuando se conoce algún resultado o diagnóstico no deseable saber cómo va a reaccionar el individuo.
- **Barreras culturales:** Relacionado a las creencias propias de cada individuo, con base al lugar en donde nació, creció o en donde

actualmente se desarrolla; involucra la forma en cómo se llevan los roles en casa y las propias creencias de la familia.⁵

- **Barreras del servicio de salud:** El derecho a la salud abarca varios aspectos, como el acceso universal y gratuito a los servicios públicos de salud estatales, la disponibilidad de medicamentos seguros y efectivos, el derecho a elegir decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables en relación con su salud, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado, y la garantía de no ser discriminado por motivos de salud.³¹

Aterrizando la información con respecto a las barreras que se pueden presentar en torno al tema del Cáncer cervicouterino, el 63.3% presentan una barrera en el ámbito del conocimiento, el 13.6% va a presentar una barrera en relación a la cultura, el 23.8% tiene barreras de acceso.⁴

III.10.1. Instrumento barreras Cáncer Cervicouterino (BACACE)

Instrumento que determina las barreras culturales, de acceso y conocimiento para la toma de pruebas de tamizaje de Cáncer Cervicouterino, consta de 25 ítems distribuidos en los 3 tipos de barrera que se evalúan. Para medir la fiabilidad de dicho instrumento se utilizó alfa de Cronbach obteniendo un valor global de 0.710, sin embargo, se hizo un desglose del valor estimado de cada subescala del instrumento.⁴

Tabla 1

Tipos de barreras incluidas en el instrumento BACACE

Dimensión	Ítems	Media (Desviación Estándar)	Alfa de Cronbach
Conocimiento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.	2.32 (.55)	0.553
Cultura	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.	2.85 (.40)	0.684
Acceso	21, 22, 23, 24 y 25.	2.73 (.50)	0.647
Global			0.710

Nota: Esta tabla muestra cuales son los ítems que pertenecen a cada barrera incluida en dicho instrumento, así como, su confiabilidad mediante Alfa de Cronbach.

Se hace una evaluación por puntaje en cada dimensión que evalúa; arrojando tres puntos de calificación: existe barrera, puede existir barrera o no existe barrera.

Tabla 2

Puntajes correspondientes a cada barrera del instrumento BACACE

Barrera conocimiento. Ítem 1-9	Barrera Cultural. Ítem 10-20	Barrera de acceso demográfico. Ítem 21-25
Existe Barrera: 0-27 puntos. Puede Existir Barrera: 28-36 puntos. No existe Barrera: >37 puntos.	Existe Barrera: >45 puntos Puede Existir Barrera: 34-44 puntos. No existe Barrera: 0-33 puntos.	Existe Barrera: más de 21 puntos. Puede Existir Barrera: 16-20 puntos. No existe Barrera: 15 puntos o menos.
<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo: 5 • Acuerdo: 4 • Indeciso: 3 • Desacuerdo: 2 • Totalmente desacuerdo: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo: 5 • Acuerdo: 4 • Indeciso: 3 • Desacuerdo: 2 • Totalmente desacuerdo: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo: 5 • Acuerdo: 4 • Indeciso: 3 • Desacuerdo: 2 • Totalmente desacuerdo: 1

Nota: Esta tabla nos permite realizar la calificación del instrumento y poder identificar la existencia o no de alguna barrera.

Elaborado por Gutiérrez Granados, María Mónica y Juárez Lira, Alberto, desarrollado en la Universidad Autónoma de Querétaro (febrero de 2021).⁴

III.11. Creencias y barreras sobre el Cáncer cervicouterino

Ambas variables son aspectos que nos servirán de utilidad para mostrar cuales son las dimensiones e impacto que tiene la prevención y detección oportuna de lesiones pre malignas, que posteriormente pueden derivar en Cáncer Cervicouterino.³²

Cada uno de estos dos aspectos va a irse modificando dependiendo de diversos factores a los que cada individuo se encuentre expuesto; ejemplo claro de ellos son factores demográficos, sociales, aspectos religiosos, educación tanto académica como crianza en casa.³³

Parte de la estrategia que se ha ido implementando en el sector salud es brindar información oportuna y clara a todos los usuarios del sistema; ya que si la población se encuentra educada van a ir desapareciendo cada una de las falsas creencias que se tengan con respecto a este y muchos otros temas de salud.

Sin embargo, puede ser que sigan existiendo algunas creencias y barreras para el acceso a la información o inclusive para el acceso a los servicios de salud.³⁴

IV. Hipótesis

IV.1 Hipótesis estadísticas

Ha: La prevalencia de creencias sobre el cáncer cervicouterino es mayor al 95 % en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

Ho: La prevalencia de creencias sobre el cáncer cervicouterino es menor o igual al 95 % en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

Ha: La prevalencia de barreras es mayor al 63% en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

Ho: La prevalencia de barreras es menor o igual al 63% en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

V. Objetivos

V.1. Objetivo general

Identificar las creencias y barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar

V.2. Objetivos específicos

Identificar las creencias sobre el Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar.

Identificar las barreras sobre el Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

-Transversal descriptivo

VI.2 Población o Unidad de análisis

Personal femenino del área de la salud y administrativo de la Unidad de Medicina Familiar No. 7, SanJuan del Río, Querétaro. IMSS

VI.3 Muestra y tipo de muestra

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N	102
Alfa (Máximo error tipo I)	α	0.050
Nivel de Confianza	1- $\alpha/2$	0.950
Z de (1- $\alpha/2$)	Z (1- $\alpha/2$)	1.640
Prevalencia de la enfermedad	p	0.630
Complemento de p	q	0.370
Precisión	d	0.050
Tamaño de la muestra	n	73 mujeres

VI.4 Definición del grupo control

Grupos: Se estudió un solo grupo de mujeres trabajadoras del área de la salud y administrativa.

VI.5 Criterios de Inclusión

Personal femenino del área de la salud y administrativo de la Unidad de Medicina Familiar No. 7.

VI.6 Criterios de Exclusión

Personal femenino del área de la salud y/o administrativo que por cuestiones de tiempo laboral no le sea posible contestar los instrumentos.

VI.7 Criterios de Eliminación

Llenado incorrecto o incompleto de los cuestionarios.

VII. Variables estudiadas

Se incluyeron las siguientes variables: edad, escolaridad, categoría contractual, antigüedad laboral, menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo, realización de papanicolaou, estado civil, antecedentes de infección por VPH, cervicovaginitis, tabaquismo, religión.

VIII. Procedimientos

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el comité local de investigación y ética, se acudió con las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar no. 7 para conseguir la autorización en la realización de dicha investigación; se captó a mujeres que formaban parte del personal de salud y administrativo de la UMF antes mencionada, a quienes se les invitó a participar en el proyecto.

Se otorgó una explicación amplia y precisa a cada una de las participantes acerca de lo que implicaba su participación en la investigación, posterior a su aceptación de participar se entregó el consentimiento informado en el cual se encuentra plasmada la información previamente explicada, se solicitó leyera el documento, si existía alguna duda con respecto al proceso a seguir se resolvían dudas; una vez aceptada su participación debieron firmar de aceptación, otorgando su consentimiento, se seleccionaron de manera consecutiva a los pacientes que formaron parte del estudio, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión; posterior a ello pasó al aula ubicada en el departamento de Enseñanza ubicado en la UMF no. 7 para la recolección de datos y la aplicación de 2 cuestionarios, uno para identificar las Barreras Cáncer cervicouterino llamado BACACE y otro para identificar las Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24. Una vez obtenidos todos los datos necesarios se concentraron en el programa SPSS versión 22 para su análisis y asentamiento en la tesis.

IX. Análisis estadístico

Al tratarse de un estudio transversal descriptivo se utilizaron estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes e intervalo de confianza con intervalo de confianza al 95%, por medio del programa estadístico de SPSS.

X. Consideraciones éticas

El protocolo cumplió con las directrices establecidas en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki de 1964 y su última revisión durante la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013, así como con las reglas internacionales para la investigación médica en seres humanos adoptadas por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos.

La investigación se basó en dos principios:

Beneficencia, teniendo en cuenta la dimensión de la garantía de no explotación, en la que se aseguró que la participación en un estudio de investigación no puso a las personas en desventaja ni las expuso a situaciones para las cuales no estaban preparadas.

El respeto de la dignidad humana, la cual no fue vulnerada; empleando la técnica de revisión de expedientes, entrevista con consentimiento informado y se realizó protección de los datos, la información recolectada fue exclusivamente con carácter general y no afectó la dignidad de los participantes. Estas técnicas fueron aceptadas pues los riesgos para la participación fueron mínimos, además de que en

ningún momento se violó el derecho de la intimidad.

La Ley General de Salud (1984), en su Título Quinto, dedicado a la investigación para la salud, Capítulo Único, Artículo 100, establece que la investigación debe ajustarse a los principios científicos y éticos que respalden la investigación médica, especialmente lo relacionado con su posible contribución a la resolución de problemas de salud y al avance de nuevos campos en el aspecto médico.

El proyecto cumplió con las normas establecidas en México por la Ley General de Salud, en el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”; en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, este proyecto se consideró como “Investigación con riesgo mínimo” por ser de tipo observacional, descriptivo y transversal, basado en la entrevista a personas adultas sin intervención experimental, además se obtuvo previamente el consentimiento informado.

De acuerdo con el Capítulo I, disposiciones comunes de esta misma Ley, se protegió en todo momento la privacidad del individuo sujeto de la investigación.

XI. Resultados

Se estudiaron un total de 73 trabajadoras en una Unidad de primer nivel de atención, conformadas por el área de la salud (45 trabajadoras) y área administrativa (29 trabajadoras). La media de edad corresponde a 35.49 años (IC 95%; 25-55).

Dentro de los aspectos ginecológicos destaca la menarca en un inicio promedio de 12 años (IC 95%: 12.0 – 12.3), el inicio de vida sexual de las trabajadoras corresponde a un promedio de 19 años (IC 95%: 18.9 – 19.2), comentando un número promedio de parejas sexuales de 3.8 (IC 95%: 3.7 – 4.0). La antigüedad promedio de las trabajadoras corresponde a 6.7 años (IC 95%: 6.6 – 6.9). Cuadro 1

Cuadro 1: Descriptivo laboral y ginecológico

n = 73

	Media	IC 95%	
		Inferior	Superior
Antigüedad laboral	6.73	6.6	6.9
Menarca	12.19	12.0	12.3
Inicio de vida sexual activa	19.05	18.9	19.2
Número de parejas sexuales	3.85	3.7	4.0

Fuente: Hoja de recolección de datos del proyecto: "Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar".

En función de la religión de las trabajadoras se observa predominancia en un 80.8 por ciento la religión católica (IC 95%: 71.8 – 89.8). Cuadro 2.

Cuadro 2. Descriptivos sobre religión

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Católica	80.8	71.8	89.8
Cristiana	15.1	6.9	23.3
Agnóstico	4.1	0.4	8.6

Fuente: Hoja de recolección de datos: "Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar"

Con respecto a la categoría contractual, podemos destacar que existe un predominio en el personal de salud en un 61.6 por ciento (IC 95%: 50.4 – 72.8). Cuadro 3.

Cuadro 3. Descriptivos sobre categoría contractual

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Personal de salud	61.6	50.4	72.8
Personal administrativo	38.4	27.2	49.6

Fuente: Hoja de recolección de datos: "Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar"

El rubro de escolaridad muestra gran diversidad entre sus diferentes categorías, sin embargo, la de mayor predominancia es el nivel Licenciatura con un 52.1 por ciento en comparación con el resto (IC

95%: 40.6 – 63.6). Cuadro 4.

Cuadro 4. Descriptivos sobre escolaridad

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Preparatoria	43.8	32.4	55.2
Licenciatura	52.1	40.6	63.6
Posgrado	4.1	0.4	8.6

Fuente: Hoja de recolección de datos: “Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar”

Con base en el aspecto del estado civil, se presentaron algunas similitudes en algunas categorías, pero destaca el predominio de trabajadoras solteras con un 38.4 por ciento (IC 95%: 27.2 – 49.6).

Cuadro 5.

Cuadro 5. Descriptivos sobre estado civil

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Soltera	38.4	27.2	49.6
Casada	35.6	24.6	46.6
Divorciada	1.4	1.3	4.1
Unión libre	23.3	13.6	33.0
Viuda	1.4	1.3	4.1

Fuente: Hoja de recolección de datos: “Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar”

Es relevante destacar que, de todas las trabajadoras, el 94.5 por ciento (IC 95%: 89.3 – 99.7) sí se ha realizado un estudio de papanicolaou en el trayecto de su vida; y el 91.8 por ciento (IC 95%: 85.5 – 98.1) nunca ha presentado una infección por VPH sin embargo si mencionan el haber padecido una infección vaginal el 87.7 %, pese a que han mencionado en un 86.3% la utilización de algún método anticonceptivo. Por último, el 27.4 % mencionan el consumo de tabaco. Cuadro 6.

Cuadro 6. Descriptivos sobre factores de riesgo

n = 73

	Si	Inferior	Superior	No	IC 95%	
					Inferior	Superior
Método anticonceptivo	86.3	78.4	94.2	13.7	5.8	21.6
Infección por VPH	8.2	1.9	14.5	91.8	85.5	98.1
Realización de papanicolaou	94.5	89.3	99.7	5.5	0.3	10.7
Infecciones vaginales	87.7	80.2	95.2	12.3	4.8	19.8
Tabaquismo	27.4	17.2	37.6	72.6	62.4	82.8

Fuente: Hoja de recolección de datos: “Creencias y Barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar”

De acuerdo al rubro de barreras en la esfera de conocimiento de

CACU se identificó que el mayor porcentaje se encuentra representado por no existir una barrera que limite dicho conocimiento, con un 63% (IC 95%: 51.9 – 74.1). Cuadro 7

Cuadro 7. Descriptivos sobre barreras en la esfera de conocimiento de CACU

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Puede existir barrera	37	25.9	48.1
No existe barrera	63	51.9	74.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos: "Barreras Cáncer cervicouterino llamado BACACE".

El mayor porcentaje con base en la esfera de barreras de cultura sobre CACU se ve representado en un 82.2% (IC 95%: 73.4 – 91.0) por no existir barrera que limite dicho rubro. Cuadro 8

Cuadro 8. Descriptivos barrera de cultura sobre CACU

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Existe barrera	1.4	1.3	4.1
Puede existir barrera	16.4	7.9	24.9
No existe barrera	82.2	73.4	91.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos: "Barreras Cáncer cervicouterino llamado BACACE".

Con referencia a la barrera de acceso demográfico en un 93.2% (IC: 95%: 87.4 – 99.0), tampoco se identificó que existiera una limitante que interfiera con el acceso a realizar un seguimiento o detección. Cuadro 9.

Cuadro 9. Descriptivos sobre barrera de acceso demográfico

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Puede existir barrera	6.8	1.0	12.6
No existe barrera	93.2	87.4	99.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos: "Barreras Cáncer cervicouterino llamado BACACE".

De acuerdo a la dimensión creencia en la esfera de beneficio sobresale en un 98.6% (IC 95%: 95.9 – 101.3) como afirmativas la creencia de todos los reactivos que conforman a dicha dimensión. Cuadro 10.

Cuadro 10. Descriptivos en dimensión de creencia sobre beneficio

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Hacerme la citología vaginal me hace sentir bien porque significa que Yo cuido mi salud	1.4	1.3	4.1
Todas afirmativas	98.6	95.9	101.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos: “Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24”.

De acuerdo a la dimensión creencia en la esfera de severidad sobresale en un 94.5% (IC 95%: 89.3 – 99.7) como afirmativas la creencia de todos los reactivos que conforman a dicha dimensión. Cuadro 11.

Cuadro 11. Descriptivos en dimensión de creencia sobre severidad

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
5. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz es un problema de salud serio.	1.4	1.3	4.1
6. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz puede causar la muerte.	2.7	1.0	6.4
7. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz puede llevar a una mujer a tener que hacerse una histerectomía (sacarse el útero o matriz).	1.4	1.3	4.1
Todas afirmativas	94.5	89.3	99.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos: “Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24”.

De acuerdo a la dimensión creencia sobre barreras destaca en un 80.8% (IC 95%: 71.8 – 89.8) como afirmativas todos los reactivos que conforman a dicha dimensión. Cuadro 12.

Cuadro 12. Descriptivos en dimensión de creencia sobre barreras

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
8. Existe una vacuna para prevenir el cáncer cervical.	15.1	6.9	23.3
9. La vacuna contra el papilomavirus es segura.	4.1	0.4	8.6
Todas afirmativas	80.8	71.8	89.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos: "Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24".

De acuerdo a la dimensión de creencia sobre susceptibilidad destaca en un 76.7% (IC 95%: 67.0 – 86.4) como afirmativos todos los reactivos que abarcan dicha dimensión. Cuadro 13.

**Cuadro 13. Descriptivos en dimensión de creencia sobre
susceptibilidad**

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
10. Yo tengo riesgo de desarrollar un cáncer cervical o del cuello del útero/matriz.	15.1	6.9	23.3
13. Yo tengo riesgo de infectarme de papilomavirus.	4.1	0.4	8.6
14. Mi compañero o pareja está en riesgo de infectarse por papilomavirus.	2.7	1.0	6.4
15. El papilomavirus es una infección de transmisión sexual.	1.4	1.3	4.1
Todas afirmativas	76.7	67.0	86.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos: “Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24”.

De acuerdo a la dimensión sobre claves para la acción destaca en un 58.9% (IC 95%: 47.6 – 70.2) todos los reactivos afirmativos que integran dicho rubro de investigación, sin embargo, se identifica en un 9.6% (IC 95%: 2.8 – 16.4) el reactivo de efectuar una citología vaginal por recomendación de una vecina; lo que demuestra la poca credibilidad al personal de salud. Cuadro 14.

Cuadro 14. Descriptivos en dimensión sobre claves para la acción

1

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
16. Me haría la Citología vaginal porque un doctor me lo pidió.	1.4	1.3	4.1
17. Me haría la Citología vaginal porque una enfermera o matrona me lo pidió.	1.4	1.3	4.1
18. Me haría la Citología vaginal porque mi madre o miembros de mi familia me dijeron que me la hiciera.	8.2	1.9	14.5
19. Me haría la Citología vaginal porque una amiga o vecina me habló sobre eso.	9.6	2.8	16.4
20. Me haría la Citología vaginal porque leí algo en el diario o escuché algo en algún programa de televisión o radio.	6.8	1.0	12.6
Todas afirmativas	58.9	47.6	70.2
Todas negativas	2.7	1.0	6.4
No. 18, 19, 20	11	3.8	18.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos: “Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24”.

De acuerdo a la dimensión sobre claves para la acción en su segunda intervención destaca en un 58.9% (IC 95%: 47.6 – 70.2) todos los reactivos afirmativos que conforman dicho rubro de investigación, es importante destacar que en un alto porcentaje 9.6% (IC 95%: 2.8 – 16.4) sigue teniendo mayor impacto la recomendación de una vecina sobre las decisiones con referencia a su salud. Cuadro 15.

Cuadro 15. Descriptivos en dimensión sobre claves para la acción

2

n = 73

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
22. Me vacunaría contra el papilomavirus porque mi madre o miembros de mi familia me dijeron que me vacunara.	5.5	0.3	10.7
23. Me vacunaría contra el papilomavirus porque una amiga o vecina me habló sobre eso.	9.6	2.8	16.4
24. Me vacunaría contra el papilomavirus porque leí algo en el diario o escuché algo en algún programa de televisión o radio.	8.2	1.9	14.5
Todas afirmativas	58.9	47.6	70.2
Todas negativas	2.7	1.0	6.4
No. 22, 23, 24	15.1	6.9	23.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos: "Creencias sobre Cáncer Cervicouterino mediante el Cuestionario Vida 24".

XII. Discusión

A pesar de los avances en el acceso a pruebas de detección de esta enfermedad, aún existen muchas mujeres en diversas regiones del país que reciben un diagnóstico en etapas avanzadas, lo que convierte al cáncer cervicouterino en una de las principales causas de mortalidad entre la población femenina sexualmente activa. (Olivera M. et al, 2016).

La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”, recomienda realizar el tamizaje tres años después del inicio de la vida sexual o, en su defecto, a partir de los 21 años. Bai A. et al. (2022) coincide con la directriz en lo relacionado con la edad de inicio de la prueba de detección. En cuanto a la población analizada, la edad promedio fue de 35.9 años, con un mínimo de 25 años, lo que indica que todas las pacientes deberían someterse a este estudio.

En la población analizada, la mayoría ha realizado al menos una prueba de Papanicolaou en su vida, una cifra superior a la reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 del Instituto Nacional de Salud Pública. De acuerdo con esta encuesta, solo un mínimo porcentaje de las mujeres queretanas mayores de 20 años se realizó dicha prueba, en comparación con un mayor porcentaje registrado en 2012. Además, Gutiérrez M. et al. (2021) señala que estos valores están por debajo del promedio nacional. Es necesario, según indica Alfaro D, et al (2020), un programa eficaz de prevención y detección temprana que incluya un sistema de recordatorio y monitoreo, y que abarque al 80% de la población en riesgo.

Por otro lado, la Guía de Práctica Clínica “Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención” menciona los factores de riesgo asociados a esta enfermedad, los cuales

no fueron identificados en la población estudiada. La mayoría de las pacientes reportó haber iniciado su vida sexual a los 19 años, una edad que no se considera dentro del grupo de mayor riesgo según la guía.

Además, la Guía de Práctica Clínica destaca que las infecciones de transmisión sexual son un factor de riesgo significativo para el cáncer cervicouterino; sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación no demuestran que las infecciones de transmisión sexual puedan tener un impacto de riesgo, sería interesante poder determinar si existe una relación directa entre las infecciones y la aparición de CACU, o si solamente se ha relacionado el hecho de que pueda haber un estado de compromiso inmunológico y esto conlleve a las mujeres a ser más propensas.

Asimismo, la mayoría de las pacientes afirmó haber utilizado un método anticonceptivo en algún momento de su vida, sin embargo, no se especifica si fue preservativo o método hormonal. Al respecto, Ples L. et al. (2022) destaca la importancia del uso del preservativo como una medida de protección contra el virus del papiloma humano (VPH), ya que puede reducir hasta en un 70% el riesgo de exposición.

En cuanto al tabaquismo, el 24.7% de las pacientes indicó ser fumadora, una cifra considerable, especialmente porque la Guía de Práctica Clínica no establece un umbral específico para considerar un consumo permisible de tabaco. Independiente de la frecuencia de consumo o dosis, el tabaquismo si representa un factor de riesgo de tipo inflamatorio.

Rodríguez C. et al. (2020) argumenta que uno de los principales factores que impiden a las mujeres acudir a realizarse la prueba de Papanicolaou es el nivel educativo, ya que influye en sus oportunidades de empleo y, en consecuencia, en sus condiciones de vida, acceso y atención médica. Sin embargo, en este estudio, el nivel de escolaridad

predominante fue la licenciatura, lo que no concuerda con la literatura revisada y respalda la alta prevalencia de realización de la prueba en esta población. Dentro del mismo argumento, encontramos que no existe una barrera en la esfera de conocimiento de CaCu en un 63% de las pacientes estudiadas.

Mendoza L. et al. (2014) señala que el 95% de la población considera que la realización del examen de Papanicolaou es una medida que puede salvar vidas. Siendo un 98.6% de las pacientes quienes apoyan esta decisión, puesto que para ellas el hacerse una prueba de papanicolaou, les daba una percepción de bienestar. Además, en este estudio, el 82.2% de las pacientes compartió esta percepción, afirmando que no existen barreras que dificulten la realización de la prueba. En respaldo a este dato, Gutiérrez M. et al. (2021) menciona que aproximadamente el 13.6% de las pacientes enfrenta una barrera cultural respecto al cáncer cervicouterino, una proporción esperada y consistente con los promedios nacionales.

El tema de la severidad de la enfermedad también influye en gran porcentaje de las pacientes, siendo un 94.5% de las pacientes que consideran que existe un riesgo de presentar dicha enfermedad, siendo similar los porcentajes a los reportados por Gutiérrez M. et al. (2021), quien afirma que al menos un 97% de las mujeres percibieron que el Cáncer cervicouterino es un problema de salud importante que si no es detectado a tiempo puede causar incluso la muerte.

Otra limitante que impacta en la realización de la prueba de Papanicolaou son las barreras de acceso derivadas de factores demográficos. De acuerdo con Gutiérrez M. et al. (2021), se estima que estas dificultades afectan al 23.8% de las pacientes que intentan someterse a la prueba. Sin embargo, en la población analizada, este porcentaje se reduce significativamente, ya que solo el 6.8% de las

pacientes reportó enfrentar dicha barrera.

Importante destacar que la mayoría de las pacientes incluidas en la población de estudio no presentan los factores de riesgo ni las limitaciones descritas en la literatura para la población general. Esta situación representa una limitación del estudio, dado que las participantes cuentan con un nivel educativo superior y acceso oportuno a las pruebas de Papanicolaou, lo que impide una representación fiel de la población general. No obstante, una de las fortalezas de este análisis radica en que refleja la percepción de individuos directamente involucrados en el ámbito de la salud. Estas personas recomiendan ampliamente la realización de la prueba, independientemente de prejuicios, creencias o percepciones personales. En este sentido, el 98.6% de las pacientes encuestadas considera que someterse a la prueba de Papanicolaou es un acto de autocuidado y preservación de la salud.

XIII. Conclusión

En conclusión, argumentamos lo siguiente, puesto que la prevalencia de creencias de sobre el cáncer cervicouterino es superior al 90%, se acepta la hipótesis nula: La prevalencia de creencias sobre el cáncer cervicouterino es menor o igual al 95 % en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

La prevalencia de barreras sobrepasa el 50% en el personal de salud y administrativo en una Unidad de Medicina Familiar.

Aunado a esto, otras cuestiones que son importantes de analizar, la mayor proporción de las participantes del estudio no cuentan con factores de riesgo para CaCu, sin embargo, la mayoría se ha realizado al menos una vez en su vida una prueba de Papanicolaou, siendo esta cifra superior a las reportadas a nivel nacional y demostrando que la prevención y educación son un pilar importante.

La población involucrada cuenta con un predominio en escolaridad licenciatura, contrario la literatura revisada, aun así, existe una barrera de conocimiento. Habrá que realizar estudios referentes a evaluar los rubros de conocimientos involucrados, con la finalidad de cambiar este panorama.

XIV. Propuestas

- Dado que el estudio actual se centró en una población con acceso oportuno a los servicios de salud, sería relevante analizar cómo factores referentes al nivel educativo, el acceso a servicios de salud y las creencias culturales afectan la adherencia a las pruebas de tamizaje en comunidades con menor acceso a la atención médica. La propuesta parte de brindar una educación equitativa y de fácil acceso a todos los grupos sociales, adaptada a las creencias y educación de cada una de ellas, con la finalidad de que la información llegue y sea comprendida de la misma manera por todas.
- Diseñar y evaluar programas educativos dirigidos a diferentes grupos poblacionales para mejorar la aceptación de las diferentes pruebas de tamizaje que dan oportunidad a la prevención.

Formular un estudio de investigación con la finalidad de comprobar si la información sobre técnicas de pedagogía y acercamiento a la población basada en evidencia científica mejora la aceptación y realización del Papanicolaou, especialmente en poblaciones con baja participación en el tamizaje.

- Comparar la percepción sobre la importancia del Papanicolaou entre el personal de salud y la población general, para identificar diferencias en creencias, barreras y motivaciones que afectan la adherencia a la prueba.
- Investigar la disponibilidad y accesibilidad de pruebas de detección en distintas regiones geográficas, evaluando el impacto de la distancia a centros de salud, infraestructura y recursos sanitarios en la cobertura del tamizaje.

XV. Bibliografías

Alfaro D, Canales L, Domínguez G, Ruvalcaba J, Cortés S, Solano C, Torres Olga, Prado J, Reynoso J. Virus del Papiloma Humano: Conocimiento en alumnas de Secundaria en Pachuca, Hidalgo y su impacto en la prevención. JONNPR [Internet]. 2020 [consultado 2022 nov 02]; 5 (10): 1134-1144. DOI: 10.19230/jonnpr.3762

Almonte M, Murillo R, Sánchez G. Multicentric study of cervical cancer screening with human papillomavirus testing and assessment of triage methods in Latin America: the ESTAMPA screening study protocol. BMJ Open [Internet]. 2020 [consultado 2022 nov 16]; 1: 1-14. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035796

American Cancer Society. Causas, factores de riesgo y prevención [Internet]. EUA: ACS; 2020 [Consultado 2022 agos 15]. Disponible en: www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/referencias.html

American Cancer Society. Tratamiento del cáncer de cuello uterino [Internet]. EUA: ACS; 2021 [Consultado 2022 agos 15]. Disponible en: www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/referencias.html

Bai A, Wang J, Li Q, Seery S, Xue P, Jiang Y. Assessing colposcopic accuracy for high grade squamous intraepithelial lesion detection: a retrospective, cohort study. BMC Women's Health [Internet]. 2022 [consultado nov 16]; 22 (9): 2-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01592-6>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo [Internet]: México: DOF; 18 mayo 2022 [consultado 2022 nov 12]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Manual de procedimientos para la Toma de la muestra de citología cervical. SS [Internet]. 2006 [consultado sep 16]. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf

Fontham E, Wolf A, Church T. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2020 [consultado 2022 agos 16]; 70 (5): 321-346. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21628>

Gajardo M, Urrutia M. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [consultado 2022 jul 19]; 82 (6): 706-712. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600706>

Grupo Desarrollador de la Evaluación Tecnológica en Salud en tamización primaria cervical. Tamización primaria con prueba ADN-VPH en mujeres menores de 30 años: evaluación de tecnología sanitaria. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [consultado 2022 oct 19]; 73 (2): 203-222. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3866>

Guía de Práctica Clínica GPC. Prevención y detección oportuna del Cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención: Evidencias y Recomendaciones. México: IMSS; 2011 [Consultado 2022 jul 16]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>

Gutiérrez M, Juárez A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. RECIEN [Internet]. 2021 [consultado 2022 oct 15]; 21: 4-21. DOI: <https://doi.org/10.14198/recien.2021.21.02>

Gutiérrez S, Gaytán D, Zamarripa J, Terán Y. Desempeño del personal de salud en la toma de las citologías cervicales: conocimientos teóricos y ejecución práctica. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014 [consultado 2022 nov 06]; 82 (5): 296-306. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/277665587>

Indraccolo U, Santi E, Iannone P, Borghi C, Greco P. Number of colposcopic cervical biopsies and diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia: a prospective study. Gynaecol. Oncol [Internet]. 2021 [consultado 2022 nov 15]; 42 (4): 649-654. DOI: 10.31083/j.ejgo4204100

Instituto Mexicano del Seguro Social. Contrato Colectivo de Trabajo 2021-2023 [Internet]. México: IMSS; 2021 [consultado 2022 jun 29]. Disponible en: <https://sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf>

Jiménez K. Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvicouterino en mujeres de 18-64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016 [Internet]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [consultado 2022 jul 15]. DOI: <https://doi.org/10.14198/recien.2021.21.02>

Mendoza L. Vida-24 Cuestionario validado para determinar las creencias acerca del cáncer cervical y su prevención de mujeres cartageneras en alto riesgo de contraer una infección por el Virus del Papiloma Humano. Universidad de Cartagena [Internet]. 2014 [consultado 2022 agost 24].

Disponible

en:

<https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/4929>

Olivera M. Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Aleman Nicaraguense en la ciudad de Managua durante el periodo comprendido de octubre a diciembre del 2015 [Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [consultado 2022 jun 01]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1456/1/38869.pdf>

“Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”. NOM-014-SSA2-1994. Diario Oficial de la Federación, 06 de marzo de 1998. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4868716&fecha=06/03/1998#gsc.tab=0

Ples L, Radosa J, Sima R, Chicea R, Olaru O, Poenaru M. The Accuracy of Cytology, Colposcopy and Pathology in Evaluating Precancerous Cervical Lesions. MDPI [Internet]. 2022 [consultado 2022 jul 25]; 12: 1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12081947>

Prado J, Hernández I, Ruvalcaba J, Ceruelos M. VPH: Generalidades, prevención y vacunación. JONNPR [Internet]. 2020 [consultado 2022 agosto 22]; 6 (2): 283-292. DOI: 10.19230/jonnpr.3767.

Pulido V, Burbano J, González J, Mojica A, Plazas D, Prieto M. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Invest Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2017 [consultado 2022 sept 18]; 19 (2): 129-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>

Rani R, Davidov A, Madrigal L, Alcide G, Spahiu A. Detection of high-risk human papillomavirus RNA in urine for cervical cancer screening with HPV 16 & 18/45 genotyping. CellPress [Internet]. 2020 [consultado 2022 sep 27]; 6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32346629/>

Rodríguez C, Padilla G. Cáncer mamario y cervicouterino: el problema del absentismo femenino en la acción preventiva. Univ. Salud [Internet]. 2020 [consultado 2022 sept 18]; 22 (1): 41-51. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202201.173>

Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I, Musé I. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Rev Med Urug [Internet]. 2015 [consultado 2022 oct 14]; 31 (4): 231-240. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000400002

Rodríguez N. Las Representaciones del Papanicolaou: actitudes, creencias y emociones ante el examen de detección oportuna del Cáncer Cervicouterino (CaCu). Universidad Autónoma de Nuevo León [Internet]. 2007 [consultado 2022 jun 15]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20240/>

Secretaría de Salud. Ácido fólico, una vitamina fundamental para las funciones del organismo [Internet]. México: SSA; 2016 [consultado 2022 jun 16]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/acido-folico-una-vitamina-fundamental-para-las-funciones-del-organismo>

Shiyun S, Adlina N, Hussin N, Laili N, Ren J, Chun S. Factors influencing pap smear screening uptake among women visiting outpatient clinics in Johor.

Malaysian Family Physician [Internet]. 2022 [consultado 2022 jun 16]; 17 (2): 46-55. DOI: <https://doi.org/10.51866/oa.35>

Solis J, Briones T. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en unidad de primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018 [consultado 2022 jun 30]; 56 (2): 167-72. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im182j.pdf>

Torres C. Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México. SAÚDE DEBATE [Internet]. 2022 [consultado 2022 nov 15]; 46 (133): 318-330. DOI: 10.1590/0103-1104202213305

Ventura L, Caycho T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 2017 [consultado 2022 sept 28]; 15 (1): 625-627. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>

World Health Organization. Accelerating cervical cancer elimination: report by the Director-General [internet]. WHO; 2018 [consultado 2022 agosto 20]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327520>

World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030 [internet]. WHO; 2020 [consultado 2022 agosto 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/global-strategy-accelerate-elimination-cervical-cancer-public-health-problem-and-its>


Zadeh S, Namdar A, Mehdi M. Assessment of Preventive Behavior for Cervical Cancer with the Health Belief Model. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [Internet]. 2018 [consultado 2022 sep 15]; 19 (8): 2155-2163. DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.8.2155

Zamora R, Ybaseta J, Palomino A. Relación entre citología, biopsia y colposcopia en Cáncer Cervicouterino. Rev Méd Panacea [Internet]. 2019 [consultado 2022 ago 4]; 8 (1): 31-45. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i1.13>

Zamora Y, Córdova S. Cytological diagnosis of cervical adenocarcinoma and cytohistological agreement at General Hospital of Mexico “Dr. Eduardo Liceaga”. Rev Med Hosp Gen Méx [Internet]. 2018 [consultado 2022 jul 27]; 81 (1): 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2017.03.007>

XVI. Anexos

Anexos 1. Instrumento de recolección de datos

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 7		FECHA <input type="text"/>
				FOLIO: <input type="text"/>

EDAD (años cumplidos):		CREENCIAS SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO	
REUGIÓN		1.- BENEFICIOS	2.- SEVERIDAD
1.- CATÓLICA	2.- CRISTIANA	3.- SUSCEPTIBILIDAD	4.- CLAVES PARA LA ACCIÓN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BARRERAS SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO	
3.- TESTIGO DE JEHOVÁ	4.- EVANGELISTA	BARRERA CONOCIMIENTO ÍTEM 1-9	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXISTE BARRERA: 0-27 PTOS	
CATEGORÍA CONTRACTUAL		PUEDE EXISTIR BARRERA: 28-36 PTOS	
1. PERSONAL DE SALUD	2. PERSONAL ADMINISTRATIVO	NO EXISTE BARRERA: >37 PTOS	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BARRERA CULTURAL ÍTEM 10-20	
ANTIGÜEDAD LABORAL (Años):		EXISTE BARRERA: >45 PTOS	
ESCOLARIDAD		PUEDE EXISTIR BARRERA: 34-44 PTOS	
1. SIN ESTUDIOS	2. PRIMARIA	3. SECUNDARIA	NO EXISTE BARRERA: 0-33 PTOS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BARRERA DE ACCESO DEMOGRÁFICO ÍTEM 21-25
4. PREPARATORIA	5. LICENCIATURA	6. MAESTRIA	7. DOCTORADO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTADO CIVIL		PUEDE EXISTIR BARRERA: 16-20 PTOS	
1. SOLTERA		2. CASADA	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. DIVORCIADO	
INFECCIÓN POR VPH:		1.- SÍ <input type="radio"/> 2.- NO <input type="radio"/>	
4. UNIÓN LIBRE		¿SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU?	
<input type="radio"/>		1.- SÍ <input type="radio"/> 2.- NO <input type="radio"/>	
MENARCA (primera menstruación):		¿HA PADECIDO CERVICOVAGINITIS (Infecciones vaginales)?	
INICIO VIDA SEXUAL (edad primera relación sexual):		1.- SÍ <input type="radio"/> 2.- NO <input type="radio"/>	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:		TABAQUISMO	
METODO ANTICONCEPTIVO (marque con una X)		1.- SÍ <input type="radio"/> 2.- NO <input type="radio"/>	
1. SI HA UTILIZADO		2.- NO HA UTILIZADO	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Anexo 2. Instrumento Creencias sobre cáncer cervicouterino

Este instrumento tiene el objetivo de recabar datos relacionados a información sobre Papanicolaou y la prueba del VPH (Virus de Papiloma humano), lo que entiende del Cáncer Cervicouterino y si ha tenido algún problema para realizarse el Papanicolaou.

Instrucciones: Responda cada frase con un SI o NO, dependiendo de lo que usted considere correcto.

DIMENSIÓN BENEFICIOS

1. La Citología Vaginal puede salvar mi vida.
2. La Citología Vaginal es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervical o del cuello del útero/matriz.
3. Hacerme la Citología Vaginal me hace sentir bien porque significa que yo cuido mi salud.
4. Me vacunaría contra el papilomavirus para cuidar mi salud.

DIMENSIÓN SEVERIDAD

5. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz es un problema de salud serio.
6. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz puede causar la muerte.
7. El cáncer cervical o del cuello del útero/matriz puede llevar a una mujer a tener que hacerse una histerectomía (sacarse el útero o matriz).

DIMENSIÓN BARRERAS

8. Existe una vacuna para prevenir el cáncer cervical.
9. La vacuna contra el papilomavirus es segura.

DIMENSIÓN SUSCEPTIBILIDAD

10. Yo tengo riesgo de desarrollar un cáncer cervical o del cuello del útero/matriz.
11. El Papilomavirus, Virus del Papiloma Humano ó VPH causa cáncer cervical o del cuello del útero/matriz.
12. La infección por papilomavirus es frecuente.
13. Yo tengo riesgo de infectarme de papilomavirus.
14. Mi compañero o pareja está en riesgo de infectarse por papilomavirus.
15. El papilomavirus es una infección de transmisión sexual.

DIMENSIÓN CLAVES PARA LA ACCIÓN

Las siguientes son algunas razones que las mujeres pueden tener para ir a tomarse una citología vaginal. Por favor, señale en cada una de ellas su grado de acuerdo, pensando en las razones que la han llevado o que la llevarían a tomarse una citología vaginal. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

16. Me haría la Citología Vaginal porque un doctor me lo pidió.
17. Me haría la Citología Vaginal porque una enfermera o matrona me lo pidió.
18. Me haría la Citología Vaginal porque mi madre o miembros de mi familia me dijeron que me la hiciera.
19. Me haría la Citología Vaginal porque una amiga o vecina me habló sobre eso.
20. Me haría la Citología Vaginal porque leí algo en el diario o escuché algo en algún programa de televisión o radio.

Las siguientes son algunas razones que las mujeres pueden tener para vacunarse contra el VPH. Por favor, señale en cada una de ellas su grado de acuerdo, pensando en las razones que la han llevado o que la llevarían a vacunarse contra el VPH. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

21. Me vacunaría contra el papilomavirus porque un doctor me lo pidió.
22. Me vacunaría contra el papilomavirus porque mi madre o miembros de mi familia me dijeron que me vacunara.
23. Me vacunaría contra el papilomavirus porque una amiga o vecina me habló sobre eso.
24. Me vacunaría contra el papilomavirus porque leí algo en el diario o escuché algo en algún programa de televisión o radio.

Anexo 3. Instrumento Barreras cáncer cervicouterino (BACACE)

Barreras cáncer cervicouterino (BACACE)

Estimada participante: Este instrumento tiene el objetivo de recabar datos relacionados a la toma de Papanicolaou y la prueba del VPH (Virus de Papiloma humano), lo que entiende del Cáncer Cervicouterino y si ha tenido algún problema para realizarse el Papanicolaou.

Su participación es voluntaria y anónima.

Instrucciones: Responda cada frase marcando con una equis “x” en la casilla (solo una) que usted considere adecuada

Frase	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	Totalmente de desacuerdo
1.- El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección.					
2.- El VPH aparece generalmente en genitales y boca.					
3.- El VPH significa Virus del Papiloma Humano.					
4.- El Cáncer cervicouterino les da solo a mujeres.					
5.- El Papanicolaou y prueba del VPH/papiloma sirve para detectar cáncer cervicouterino.					
6.- Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino.					
7.- El hombre es el portador del VPH.					
8.- Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas.					
9.- Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año.					
10.- Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou.					
11.- Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou.					
12.- A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería.					
13.- Tengo miedo del resultado del Papanicolaou.					
14.- Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou.					
15.- Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas.					
16.- Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja me lo pide o "me da permiso".					
17.- Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso.					
18.- Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou porque solo mi pareja puede ver mis partes íntimas.					
19.- El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos.					
20.- Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda.					
21.- Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou.					
22.- En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.					
23.- Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma.					
24.- Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou.					
25.- En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos.					

Anexos 4. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Creencias y barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar
Patrocinador externo (si aplica) *:	No existe patrocinio externo.
Lugar y fecha:	U.M.F. 07 IMSS, San Juan del Rio, Querétaro. Octubre 2021
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Cifras actuales demuestran que el Cáncer cervicouterino continúa siendo una de las principales causas de muerte en mujeres alrededor del mundo.</p> <p>Con la presente investigación se pretende conocer cuáles son las razones por las que personal médico y administrativo a pesar de contar con los programas de promoción y acceso a la prueba de Papanicolaou, no acuden de manera periódica a realizarse sus detecciones.</p> <p>Será de mucha utilidad conocer cuáles son las barreras que existen, para poder efectuar acciones específicas que mejoren el acceso de la población a dichas pruebas.</p> <p>Conocer el cuales son las Creencias y barreras del Cáncer Cervicouterino en el personal de salud y administrativo de una Unidad de Medicina Familiar nos permitirá implementar estrategias que motiven a la población a realizarse esas acciones preventivas.</p>
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder los cuestionarios de Vida 24 y Barreras cáncer cervicouterino (BACACE) los cuales tomarán un tiempo de llenado aproximado de 30 a 60 minutos. La información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de una tesis.
Posibles riesgos y molestias:	Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Se me brindó información acerca de los beneficios que trae consigo dicha investigación, los cuales consisten en que podré conocer de manera clara las creencias y barreras del cáncer cervicouterino en el personal de salud y administrativo. La población pueda beneficiarse del conocimiento; igualmente de las herramientas necesarias para poder disminuir los riesgos; así como también permitir que los lugares en donde se realizan dichas detecciones de practica puedan mejorar las estrategias de acción.</p> <p>Con base en los resultados obtenidos se realizarán estrategias educativas, adaptadas al personal de salud y administrativo con la finalidad de hacer de su conocimiento los puntos más importantes que han creado barreras para la realización de una prevención primaria correcta.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.
Participación o retiro:	Su participación en la investigación es completamente voluntaria, usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha brindado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Autorización de participación:	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div> <p>No autorizo participar en el estudio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si autorizo participar en el estudio.</p> </div> </div>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<p>Erasto Carballo Santander. Médico Especialista en Medicina Familiar. Telefono:4422501821</p> <p>Correo electrónico: erastocsantander@gmail.com</p>

Colaboradores:

Norma Angélica López Borques. Médico Residente de Medicina Familiar, Teléfono: 5538879263,
Correo electrónico: angelica.borques.md@gmail.com
Santiago Herrera Ortiz. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud, Teléfono:
5521291173, Correo electrónico: santiago.herrera@imss.gob.mx

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16: 00 hrs. Al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgrlqro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.
Clave: 2810-009-01