



Gobierno  
Federal

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo

# **INSTITUTO DE LA MUJER DEL ESTADO DE CAMPECHE Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Igualdad de Género en la Administración Pública del Estado de Campeche**

## **META 7**

---

### **“ESTUDIO DE ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS PRÁCTICAS DE AUTO-CUIDADO Y ATENCIÓN PRIMARIA EN MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO”**

**FOLIO: IMEC/PFTPG-CAM/20/2012**

**Coordinador Académico: Dr. Salvador Rafael Castro Aguilera**

**26 de noviembre del 2012**



# INDICE

Resumen.....2

Introducción

    Etiología.....3

    Etiología en Campeche.....12

    Aspectos Culturales y Sociales del Cáncer Cérvico Uterino...14

Objetivos

    General.....16

    Específicos.....16

Marco de Referencia.....17

Metodología.....19

    Descripción del Trabajo realizado.....20

    Instrumentos.....21

Análisis de Contexto.....28

Recomendaciones Generales.....41

Conclusiones Generales.....43

Bibliografía.....44

Anexos

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer las principales creencias, valores y prácticas de autocuidado de la salud reproductiva de las mujeres con vida sexual activa y su relación con la calidad de los servicios de salud de atención primaria.

El estudio se plantea a partir de la aplicación de encuestas a mujeres que acuden a la atención primaria, para que partiendo de un marco teórico metodológico, se recaben datos e información para la identificación de patrones culturales subyacentes a las prácticas de cuidado primario en las mujeres y que en futuros programas se puedan hacer planteamientos que tengan en consideración los resultados aquí encontrados.

Palabras clave: Cáncer Cérvico Uterino CaCu, profesionales de la salud, mujeres con CaCu, sociología y antropología de la salud.

## ABSTRACT

The objective of this study is to know the main beliefs, values and practices of self-management of the reproductive health of women with active sex life and its relationship with the quality of primary care health services.

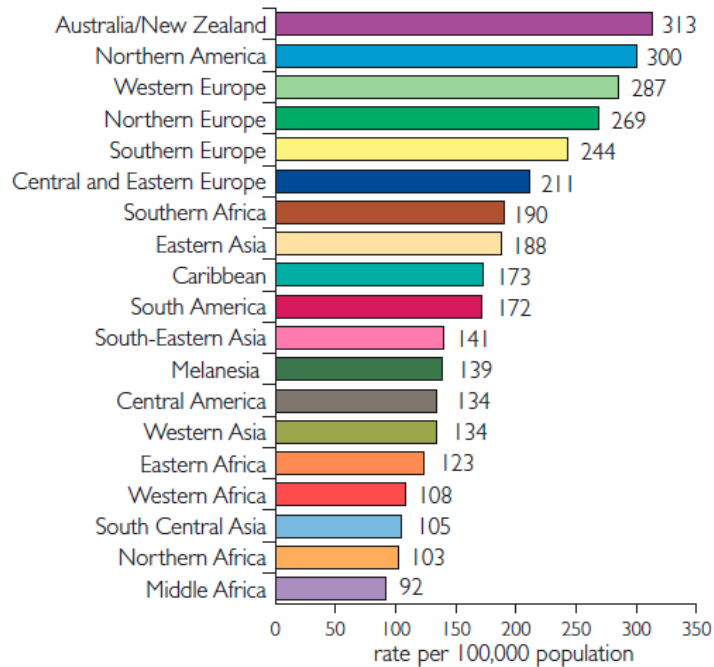
The study arises from the implementation of surveys women who flock to primary care, to that on the basis of a methodological theoretical framework, are collected data and information for the identification of cultural patterns underlying the practices of primary care in women and that approaches which take into consideration the results found here can be made in future programs.

Key words: Cancer cervical uterine CaCu, professionals from health, women with CaCu, sociology and anthropology of health.

## INTRODUCCION

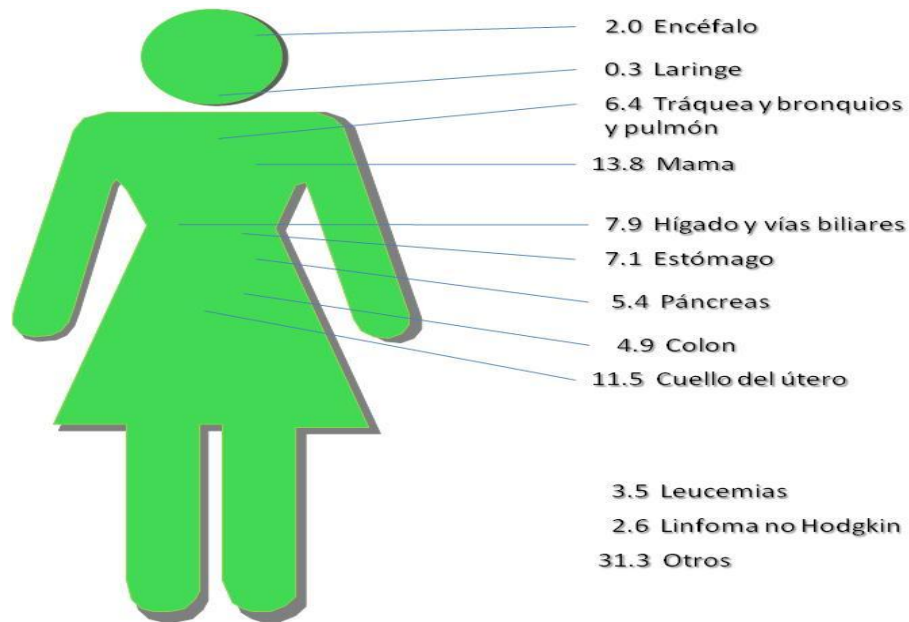
### Etiología

En el mundo el Cáncer Cérvico Uterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, causando unas 300,000 muertes al año. El 80% corresponden a casos en países en vías de desarrollo. Al año se presentan aproximadamente 500,000 casos, aunque no todos ellos terminan en decesos ni en la mutilación (histerectomía radical) de la mujer.



En México el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad entre mujeres (segunda después del cáncer de mama) a pesar de los enormes esfuerzos que se hacen en cuanto a su prevención y atención en todos los ámbitos de salud gubernamental y privados.

Distribución porcentual de las defunciones por tipo de tumores malignos en mujeres de 25 años y más, 2009



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, comunicado num. 267/11, del 13 de julio de 2011

Como se puede observar en el gráfico anterior, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en la mortalidad de la mujer, y el Cáncer Cérvico Uterino el segundo, seguido de Hígado y vías biliares, estómago, tráquea bronquios y pulmón, páncreas, colon, leucemia, linfoma no Hodgkin, encéfalo y por último laringe. Otros tipos de tumoraciones malignas es el 31.3%

Este último rango no es despreciable, ya que ocupa un porcentaje mayoritario en la mortalidad de las mujeres, aunque sea variado.

Es decir, el cáncer es una enfermedad que azota a nuestra población y que debe de ocupar los reflectores primordiales de las campañas de salud, dando prioridad a los cánceres propios de la mujer, pero sin dejar a un lado todos los demás tipos de tumoraciones que afectar la calidad de vida de las mujeres.

## Personas diagnosticadas con cáncer en México

120,000	Al año
10,000	Al mes
333	Al día
14	Cada hora

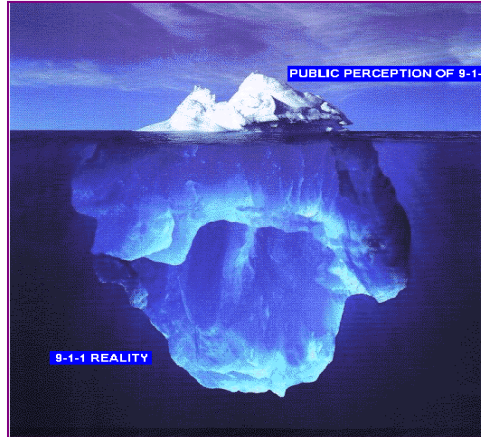
## Personas que mueren por cáncer en México

70,000	Al año
5,830	Al mes
194	Al día

El CaCu obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre-cancerosas).

Es importante dimensionar el problema de lo que el cáncer significa, su desarrollo y lo fundamental que resulta la prevención. La siguiente tabla expone de manera gráfica la problemática del cáncer, cualquiera que éste sea.

QUIMIOTERAPIA →  
 RADIOTERAPIA →  
 CIRUGIA →  
 PREVENCIÓN →

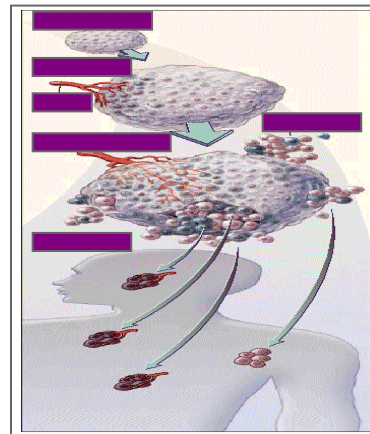


En la realidad están las fases de iniciación, mutación, promoción, progresión y es ahí donde se encuentra la prevención.

Cuando en la apariencia se encuentra el tumor, entonces comienzan las fases de tratamiento como son la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

### CASCADA DE EVENTOS

- Iniciación, promoción
- Proliferación descontrolada
- Invasión
- Adhesión
- Degradación de la matriz
- Movilidad/locomoción
- Angiogénesis
- Evasión de defensas
- Metástasis



### CANCER CERVICO UTERINO

Concepto	2005	2009
----------	------	------

<b>Promedio de las tasas de cáncer cérvico-uterino de las 10 entidades con mayor incidencia</b>	<b>23.1</b>	<b>12.2</b>
<b>Promedio de las tasas de cáncer cérvico-uterino de las 10 entidades con menor incidencia</b>	<b>15.0</b>	<b>6.5</b>
<b>Tasa estandarizada Nacional del cáncer cérvico-uterino</b>	<b>17.8</b>	<b>9.1</b>

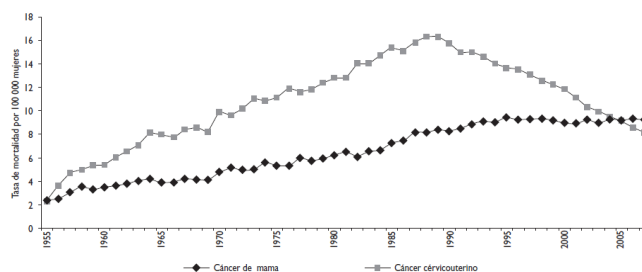
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, comunicado num. 267/11, del 13 de julio de 2011



Uno de los principales avances entre 1981 y 1984, en dónde los profesores Harold zur Hausen y Lutz Gissmanque descubrieron los Virus de Papiloma Humano asociados a neoplasias genitales y su relación con el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) con la identificación de la etiología y su prevención.

El VPH es una enfermedad de transmisión sexual y su frecuencia es alta, aunque en la mayoría de las mujeres, la infección es asintomática y el 80% de ellas desaparece espontáneamente en un periodo entre los 12 y los 18 meses, esto, si no es detectado y tratado a tiempo, el deterioro celular que se genera y la displasia del tejido que resulta puede ser uno de los factores parra el desarrollo del CaCu.

Por ello el desarrollo de vacunas profilácticas específicas para los tipos 6 y 11 asociados a neoplasias benignas, como el condiloma acuminado y los tipos 16 y 18 han sido un gran avance en la prevención del Cáncer Cérvico Uterino.



Aunque las campañas de prevención, con vacunación e información a mujeres en edad de riesgo, y de atención con la implementación de toma de muestras del estudio del Papanicolau, la incidencia no ha disminuido de la forma esperada y esto se debe a que es un problema multifactorial, en dónde las mujeres deben de tener un papel preponderante en su auto-cuidado.



Se habla de dos tipos de prevención, primaria cuando se hace aplicación de vacunas profilácticas, así como brindar la información básica para la toma de conciencia en cuanto a la necesidad de las revisiones periódicas; y la secundaria que es propiamente la toma de muestras para la detección temprana de la enfermedad. Esto es lo que se llama tamizaje en mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad empleando pruebas de Papanicolau y el tratamiento de las lesiones pre-cancerosas.

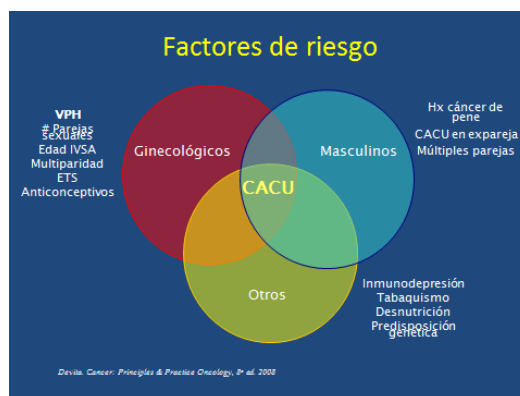
Sabemos que el CaCu, detectado a tiempo, tiene la cualidad de poderse atender con un muy buen pronóstico. Las displasias leves, más que tratadas deben ser vigiladas; no así las displasias moderadas o severas que deben ser tratadas ya que pueden evolucionar en CaCu.

Como se puede observar, éste tipo de cáncer lleva una corresponsabilidad, tanto de las mujeres, de los hombres a ser potencialmente portadores del VPH y de las autoridades de Salud, tanto públicas como privadas y esto debe de ser tomado en cuenta en cualquier campaña de prevención y atención que se lleve a cabo.

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, el CaCu, sigue siendo la segunda causa de muerte en mujeres a nivel mundial en países en desarrollo, como es el caso de México.

Uno de los factores que generan mayor incidencia es la edad, siendo marcada en mujeres entre los 50 y los 60 años.

El VPH se menciona en alrededor del 90% de los casos de CaCu, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, por ello la identificación de causas de riesgo y su información a la población femenina será indispensable para la prevención de esta enfermedad.



Entonces, al saber que un porcentaje tan alto está relacionado con el VPH y que este se encuentra relacionado con las enfermedades de transmisión sexual, el CaCu tiene factores de riesgo que sigue un patrón similar:

1. **Promiscuidad** ya que hay una sólida asociación entre el número de parejas sexuales a lo largo de la vida de una mujer.

2. **Actividad sexual a temprana edad**

3. **Historial de otras enfermedades de transmisión sexual**

4. **Verrugas genitales** que den como resultado un Papanicolau con resultados anormales.

5. **Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene** dependiendo si la relación es homo o heterosexual

6. **Edad** ya que esta infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas entre los 18 y 30 años. Con esto se quiere decir que el Virus se contrae en este rango de edad y se manifiesta años después, por ello es más común encontrar Cáncer Cérvico Uterino en mujeres mayores a los 35 años. Recordando que el CaCu es una enfermedad de progresión lenta.

7. **Persistencia viral** ya que dicha persistencia puede inducir a cambios genéticos secundarios, dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.

8. **Uso prolongado de anticonceptivos orales**

9. **Coinfección con otros virus** como el herpes simple (HVS) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpesvirus humano tipos 6 y 7 (HHV-&) detectados todos en el cérvix.

10. **Carga viral** relacionada con la severidad de la enfermedad ya que el VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos de virus.

11. **Predisposición genética** ya que representa el 27% del efecto de los factores suyaentes para el desarrollo del tumor.

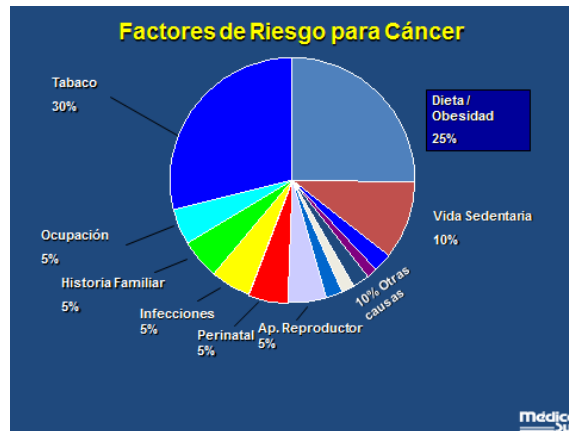
12. **Tabaquismo**

13. **Estado nutricional** que coloca a la mujer en un estado de inmunodepresión por falta de una alimentación adecuada

14. **La paridad** a mayor cantidad de hijos, mayor es el riesgo de contraer la enfermedad

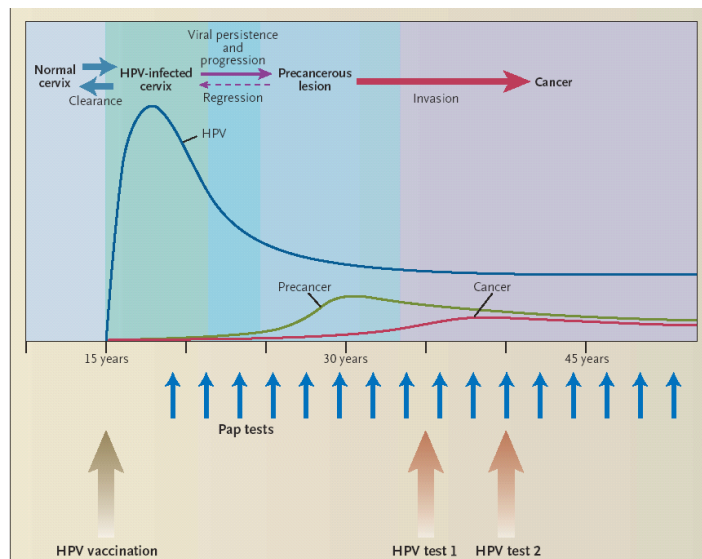
### 15. Otras infecciones de transmisión sexual

### 16. La inmunosupresión, particularmente en el, caso de la infección por VIH

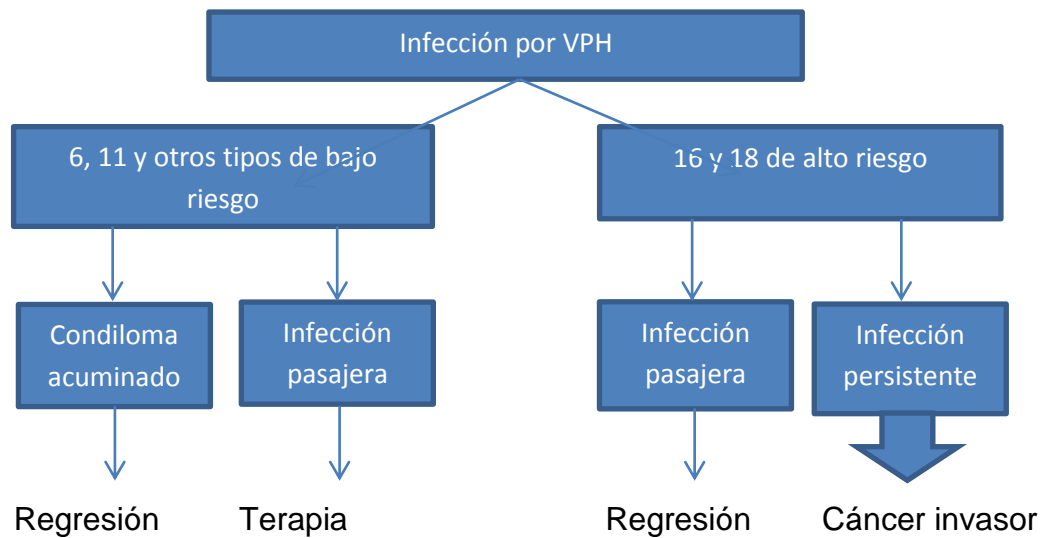


10

La prevención en el Cáncer Cérvico Uterino es de vital importancia para las mujeres y lo podemos visualizar en los siguientes gráficos



## HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VPH



La justificación para la vacuna VPH es que casi todas las mujeres serán infectadas por VPH en algún momento de sus vidas, pero muy pocas padecerán cáncer cervical. El sistema inmunitario de la mayoría de las mujeres eliminará el VPH, pero esto no exime que habrá un grupo considerable de ellas en que el VPH si resultará en cáncer cervical.

También la infección por VPH es un factor de riesgo importante del cáncer de orofaringe, ano, vulva, vagina y pene.

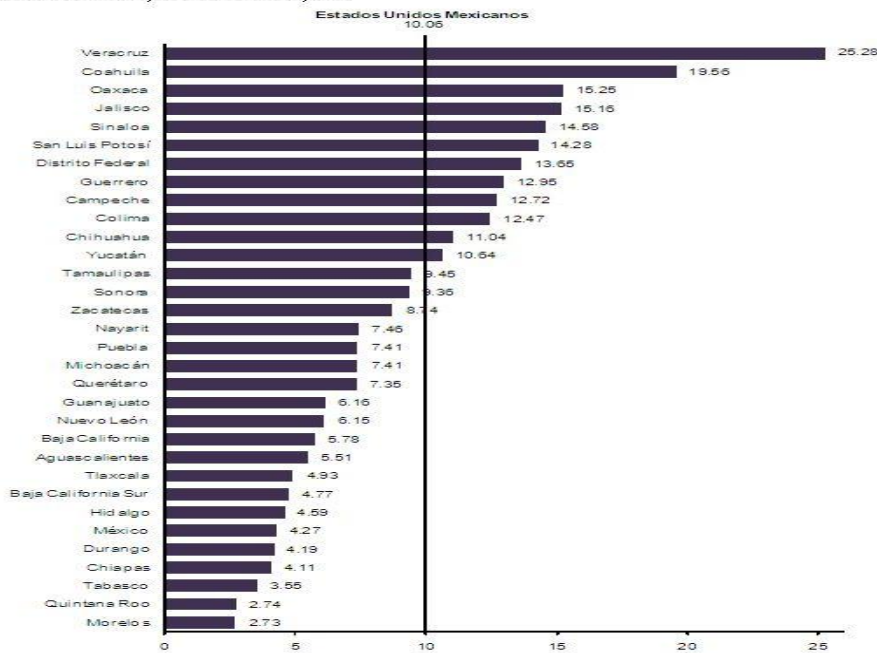
### Etiología en Campeche

En las siguientes tablas podemos observar la situación nacional con respecto al Cáncer Cérvico Uterino y el lugar que ocupa el Estado de Campeche.

**Incidencia de tumor maligno del cuello de útero por entidad federativa**

2008

Por cada 100 mil mujeres de 15 años y más



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud (2011). *Anuarios de morbilidad*. Revisado el 12 de enero de 2011 de: <http://www.dgepis.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

**TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO POR ENTIDAD FEDERATIVA 2005-2009**

2005	Tasa estandarizada de cáncer cérvico uterino	2009	Tasa estandarizada de cáncer cérvico uterino
Quintana Roo	30.8	Chiapas	15.4
Chiapas	25.2	Campeche	13.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	23.6	Veracruz de Ignacio de la Llave	13.2
Colima	23.1	Morelos	12.6
Yucatán	22.8	Quintana Roo	12.2
Oaxaca	22.6	Tamaulipas	11.2
Campeche	21.2	Yucatán	11.2
Puebla	20.8	Guerrero	11.0
San Luis Potosí	20.8	Nayarit	11.0
Tabasco	20.3	Oaxaca	10.9
Nayarit	19.5	Baja California	10.1
Morelos	19.4	San Luis Potosí	10.1
Guerrero	18.7	Puebla	9.4
Tlaxcala	18.0	Colima	9.2
Sinaloa	17.9	Nacional	9.1

Nacional	17.8	Sonora	9.1
Jalisco	17.8	Tabasco	9.0
Michoacán de Ocampo	17.8	Durango	8.7
Tamaulipas	17.8	Jalisco	8.7
Zacatecas	17.5	México	8.5
Durango	17.4	Michoacán de Ocampo	8.4
Aguascalientes	17.2	Chihuahua	8.2
Hidalgo	16.8	Coahuila de Zaragoza	7.6
Sonora	16.4	Aguascalientes	7.5
Querétaro	16.3	Sinaloa	7.3
Baja California	15.9	Tlaxcala	7.3
Coahuila de Zaragoza	15.8	Guanajuato	7.2
México	15.6	Distrito Federal	6.7
Chihuahua	15.0	Nuevo León	6.5
Baja California Sur	14.9	Hidalgo	6.2
Guanajuato	14.6	Querétaro	6.1
Distrito Federal	13.4	Baja California Sur	5.2
Nuevo León	11.6	Zacatecas	5.2
Desviación estándar	21.5	Desviación estándar	2.2

Nota Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SSA. *Rendición de cuentas en Salud, 2009.*

En Campeche los esfuerzos de la Secretaría de Salud para la prevención y atención del CaCu, han mantenido al Estado dentro de los primeros lugares en dichas áreas, sin embargo cualquier esfuerzo que se haga con la intención de erradicar este problema, será de provecho para las mujeres.

Los esfuerzos en el Estado de Campeche se han encaminado al diagnóstico a través de la interpretación de las muestras en tiempo y forma para garantizar el bienestar de las mujeres. Y para ello es importante hacer notar que el Estado posee el Centro Estatal de Oncología que es de punta en su especialidad, además de 139 unidades médicas y una unidad móvil para la detección de la enfermedad; así como dos laboratorios de cito patología, un laboratorio de captura de híbridos para la detección del Virus del Papiloma Humano y dos clínicas de displasia. Toda esta infraestructura es para la detección oportuna del cáncer, mientras que para el manejo, tratamiento y seguimiento de las pacientes se cuenta con el Centro Estatal de Oncología, con equipos con tecnología de última generación, como el acelerador lineal, la braquiterapia para emitir radiaciones a nivel local en cáncer de piel y cérvico uterino, así como la medicina nuclear, área de inmunohistoquímica, lo que permite hacer diagnósticos oncológicos precisos, unidad de cuidados paliativos y clínica del dolor que cuenta con personal altamente calificado y su objetivo es brindar a los pacientes una mejor calidad de vida.

Actualmente el Estado se encuentra en la implementación de una campaña intensiva de vacunación contra el VPH en niñas de 5° de primaria, teniendo una difusión amplia y de profundidad en la población.

## Aspectos Culturales y Sociales de Cáncer Cérvico Uterino

La epidemiología se describen como los exámenes de la frecuencia, magnitud y distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas; pero al hablar del término humano es indispensable pensar en otros ámbitos que lo rodean y por ello la sociología y la antropología médicas, deberían de jugar un papel importante en cualquier estudio que se realice sobre salud pública.

La epidemiología trata aspectos de la enfermedad, es decir, lo biológico, pero cuando hablamos de ciencias sociales y humanas, se debe referir al término padecimiento, el cual abarca a la persona de forma integral, desde lo subjetivo de la enfermedad para el paciente mismo, hasta las repercusiones que tiene en su entorno familiar, comunitario y social.

De ahí la importancia de considerar a la persona como un todo, evitar aislarla de su sensación de bienestar o malestar con respecto al cuidado de su salud o al padecimiento en sí y de igual forma las consecuencias que esto tiene en las personas que lo rodean, llámese familia, personal de salud, etc. Esto es, hacer un análisis relacional, interconectando los diferentes niveles de las relaciones de la paciente con el entorno, entre y dentro de los grupos sociales.

Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) la perspectiva religiosa, sociocultural y de género de las mujeres puede influir profundamente en la efectividad de los programas, junto con los factores predisponentes tales como conciencia y conocimiento sobre el problema, creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud, factores facilitadores, como costos, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios así como factores de refuerzo como las expectativas sociales.

Es por ello que como un primer acercamiento sobre estos temas, la hipótesis que guía el presente estudio es cómo los factores culturales y educación de la familia de origen facilitan o impiden las prácticas de auto-cuidado en las mujeres que acuden a los servicios primarios de salud en el Centro de Salud Wilbeth Escalante de la ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche.

Las limitaciones del estudio fueron que estuvo limitado a mujeres que se encontraban en la sala de espera de dicho hospital, lo cual circunscribe a un grupo muy limitado la muestra. También el haber aplicado 200 encuestas de las cuales sólo fueron válidas 149.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Conocer las principales creencias, valores y prácticas de autocuidado de la salud reproductiva de las mujeres con vida sexual activa y su relación con la calidad de los servicios de salud de atención primaria a través de un estudio cuali-cuantitativo.

### Objetivos Específicos

Diseñar un marco teórico-metodológico que permita recabar datos e información en campo y analizarlos de acuerdo a los objetivos supuestos.

Identificar los patrones culturales subyacentes a las prácticas de cuidado primario de las mujeres participantes en el estudio la cual se deriva de la calidad de los servicios de atención primaria.

Integrar un documento de análisis y resultados del estudio en un documento que permita su uso para la toma de decisiones.



## MARCO DE REFERENCIA

Según la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014\_SSA"-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, el campo de aplicación es obligatoria a todo el personal de salud de los sectores público, social y privado que realiza acciones de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia, en dónde el Instituto de la Mujer del Estado de Campeche tiene relevancia por su implicación con el sector femenino de la población.

El artículo 6 de la misma norma habla específicamente de la consejería como parte importante en el proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria, como parte primordial. De acuerdo a éste artículo, es necesario conocer primero qué factores toman parte en cuanto al auto-cuidado y la adherencia terapéutica, para posteriormente poder hacer un planteamiento metodológico de la forma en la que dicha consejería deberá adecuarse.

El artículo 6.4 habla de hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la peculiaridad de cada caso, enfatizando la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento a través de su participación activa, por lo que la aplicación del presente estudio cualitativo va estrechamente relacionado con éste tipo de mediciones para poder hacer propuestas concretas a posteriori.

En el artículo 6.6 se habla del asesoramiento a los padres o tutores de mujeres menores de edad, sobre las vacunas profilácticas para la infección del Virus del Papiloma humano, asunto que afecta directamente las prácticas de auto-cuidado y atención.

El artículo 7.1 sobre prevención primaria nos habla de que ésta se deberá llevar a cabo por medio de la promoción de la salud, asunto que atañe directamente la justificación del presente estudio, en dónde se detecta la posible adherencia terapéutica o no a las medidas, tanto de prevención, auto-cuidado y atención del CaCu.

Siendo el IMEC corresponsable en la atención a la mujer, en cualquiera de los aspectos de salud que la atañen, el artículo 7.3.1 dice que se deberá integrar a la población femenina de las asociaciones, agrupaciones gremiales, centros laborales, asociaciones de profesionales del campo de la salud y del campo de la comunicación, así como asociaciones de la sociedad civil, a que participen en las acciones intensivas y permanentes de detección oportuna del CaCu, en dónde la contribución del Instituto para con las mujeres se hace palpable en la realización de estudios que faciliten la toma de decisiones para la implementación de distintos programas a futuro.

Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) en México el conocimiento sobre los beneficios del tamizaje, la situación socioeconómica y la escolaridad, fueron los principales factores para predecir el empleo de servicios de tamizaje. En zonas rurales el estudio reveló que sólo 40% de las mujeres en edad reproductiva sabían lo que era la prueba de Papanicolau. Por ello y de acuerdo a las firmas de tratados internacionales, es por lo que estudios de este tipo cobran cada vez mayor fuerza para poder tener una visión global del problema y poder hacer, sobre fundamentación sólida, propuestas como las que el Instituto para la Mujer de Campeche, pretende realizar en beneficio de las mujeres.

Por lo tanto y atendidos a éste artículo de la norma, se plantea el siguiente estudio cualitativo sobre prácticas de auto-cuidado y atención primaria en mujeres con cáncer cérvico uterino.

## METODOLOGIA

Este estudio se sustenta en el propósito de conocer algunas de las causas que impiden que las estrategias de prevención de Cáncer Cérvico Uterino no tengan ni el impacto ni la adherencia terapéutica que se requiere para abatir la incidencia de este padecimiento, así como las consecuencias del mismo en la población Campechana.

Sabemos que son muchos los factores que influyen para que los programas de prevención, detección oportuna, tamizaje y tratamiento del padecimiento no se obtengan los resultados esperados, dentro de los que se identifican directamente con la calidad de la atención del servicio, falta de información adecuada, temores en las usuarias que derivan en que no se practiquen revisiones médicas periódicas, Papanicolaou de rutina o en su caso no recoger resultados de pruebas de citología o interrupciones tempranas de los tratamientos ante el diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino.

Es por ello que planteamos hacer en paralelo con la capacitación del personal de Salud, un estudio cualitativo en el Centro de Salud Wilberth Escalante, para que sean localizadas y encuestadas usuarias que ya tengan una actividad sexual y que por lo tanto necesiten acciones preventivas y de auto-cuidado y formar una muestra de 200 usuarias para con ello tener datos acerca de las prácticas de atención primaria y autocuidado.

De esta forma pretendemos conocer algunas de las razones que conducen a las usuarias a no continuar con las acciones de intervención por parte del personal de salud y con ello nos permita establecer las bases para las estrategias futuras en acciones de prevención, detección oportuna y adherencia terapéutica para tratamientos exitosos.

## DESCRIPCION DEL TRABAJO REALIZADO

Se hizo en paralelo con la capacitación de un "Seminario de Atención y prevención de Cáncer cérvico uterino con perspectiva de género del personal de salud, un estudio cuali-cuantitativo en el Centro de Salud **“Wilberth Escalante Escalante”**, para que fueran ubicadas y encuestadas usuarias que ya tengan una actividad sexual y que por lo tanto necesiten acciones preventivas y de autocuidado, conformando un grupo muestra de 200 usuarias para con ello tener datos acerca de las prácticas de atención primaria y autocuidado. De esta forma logramos identificar algunas de las razones que conducen a las usuarias a no continuar con los procedimientos de intervención por parte del personal de salud para establecer las bases en estrategias futuras de prevención, detección oportuna y adherencia terapéutica para tratamientos exitosos.

Si bien el estudio requería trabajar directamente con mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, se priorizó conocer la opinión de mujeres que ya hubieran iniciado actividad sexual, por tratarse del segmento a partir del cual se construyen, refuerzan y/o transforman las prácticas de atención primaria de la salud, y especialmente de la salud reproductiva.

Cada encuestador aplicó, a lo largo de la semana del 22 al 26 de octubre del presente año, un mínimo de 20 encuestas por persona, para llegar a la muestra objetivo que era de 200. Se entrevistó a mujeres que hubieran iniciado su vida sexual (v. supra). La encuesta fue aplicada por estudiantes de 7o y 9o semestre de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Campeche con experiencia previa en levantamiento de encuestas.

## INSTRUMENTOS

### GUIA PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

20

- El/la encuestador/a irá debidamente identificado por un gafete con su nombre.
- Portarán una tabla y lápiz para la aplicación del cuestionario.
- Acercarse a la mujer, colocarse en una posición en la cual quede a la misma altura (si está de pie, sentarse junto a ella de ser posible, de no serlo adoptar una postura en cuclillas para que haya contacto visual directo)
- El cuestionario es ABSOLUTAMENTE ANONIMO y confidencial.”
- Si la paciente tiene dudas, deberán ser contestadas de forma clara y las veces que sean necesarias hasta que haya confianza para comenzar con el cuestionario.
- Con voz clara se comienza con el cuestionario.
- Si existen dudas, se aclararán en el momento en que la paciente así lo desee. De igual forma si en algún momento ella desea suspender el cuestionario se deberá hacer con todo respeto.

Se deberá respetar la dignidad de la mujer y su derecho a guardar o compartir su intimidad, mostrando la empatía suficiente para detectar el lenguaje no verbal con el que se esté mostrando.

## GUIÓN PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

El/la encuestador/a irá debidamente identificado por un gafete con su nombre.

Portarán una tabla y lápiz para la aplicación del cuestionario.

Acercarse a la mujer, colocarse en una posición en la cual quede a la misma altura (si está de pie, sentarse junto a ella de ser posible, de no serlo adoptar una postura en cuclillas para que haya contacto visual directo)

“Buenos días/tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_ y vengo para aplicar un cuestionario cuyo objetivo es detectar la sensación de satisfacción con los servicios de atención primaria, es decir de consultas informativas, que proporciona la institución para mejorar dichos servicios.

También, si usted me lo permite, me gustaría hacerle algunas otras preguntas en dónde podamos detectar si cuenta con la información necesaria sobre la salud de la mujer que nos podrán servir para conocer si dicha información es suficiente o debemos mejorarla, aclararla o modificarla para que usted y otras mujeres la reciban de forma correcta.

Su ayuda nos será de mucha ayuda para poder brindar mejores servicios.

¿Aceptaría usted que le hiciera las preguntas correspondientes?

Toda la información por usted proporcionada será para fines meramente informativos y estadísticos. De ninguna forma podrán ser revelados los datos aquí recabados para ningún otro propósito.

El cuestionario es ABSOLUTAMENTE ANONIMO y confidencial.”

Si la paciente tiene dudas, deberán ser contestadas de forma clara y las veces que sean necesarias hasta que haya confianza para comenzar con el cuestionario.

Con voz clara se comienza con el cuestionario.

Si existen dudas, se aclararán en el momento en que la paciente así lo desee. De igual forma si en algún momento ella desea suspender el cuestionario se deberá hacer con todo respeto.

Se deberá respetar la dignidad de la mujer y su derecho a guardar o compartir su intimidad, mostrando la empatía suficiente para detectar el lenguaje no verbal con el que se esté mostrando.

Una vez finalizada la aplicación del cuestionario:

“Le agradezco mucho su confianza, el haber compartido con nosotros esta información y tenga la certeza de que su cooperación será de utilidad, no sólo para usted sino para cualquier mujer usuaria de los servicios.

Que pase usted un buen día”

Es importante que a cada paso de la aplicación del cuestionario la paciente vea que se están escribiendo las respuestas que ella da. Todo el tiempo tiene que estar a la vista de la paciente el cuestionario.

La sensibilidad en el acercamiento y la aplicación para detectar molestia por parte de la paciente es indispensable para cumplir los objetivos.

## INSTRUMENTO PARA LEVANTAMIENTO DE ENCUESTA

**FOLIO DEL CUESTIONARIO:**

**SEDE EN LA QUE SE APLICA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

1.- EDAD DE LA ENCUESTADA: \_\_\_\_\_

2.- ESTADO CIVIL

CASADA (\_\_\_\_\_)
SOLTERA (\_\_\_\_\_)
UNION LIBRE (\_\_\_\_\_)

ANTECEDENTES FAMILIARES

3.- ¿QUE LUGAR DE HIJA OCUPA EN SU FAMILIA?

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª
otro (especifique)\_\_\_\_\_

4.- ¿TIENES FAMILIARES CON ALGUN TIPO DE CANCER?

SI (\_\_\_\_\_)
¿En que parte del cuerpo se diagnostico?:
MAMA (\_\_\_\_\_)
CERVICO UTERINO (\_\_\_\_\_)
OTRO (\_\_\_\_\_)
NO (\_\_\_\_\_)
NO SABE (\_\_\_\_\_)

ANTECEDENTES PERSONALES

5.- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACION?

Antes de los 10 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 10 y 13 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 14 y 16 años (\_\_\_\_\_)
Después de los 16 años (\_\_\_\_\_)

6.- SUS CICLOS MENSTRUALES ¿SON REGULARES?

SI (\_\_\_\_\_)
NO (\_\_\_\_\_)

7.- ¿TIENE HIJOS?

SI (\_\_\_\_\_)
¿Cuántos? \_\_\_\_\_
NO (\_\_\_\_\_)

8.- ¿CADA CUANTO ACUDE CON SU GINECOLOGO?

Es la 1ª vez (\_\_\_\_\_)
Una vez al año (\_\_\_\_\_)
Dos veces al año (\_\_\_\_\_)
Una vez cada dos años (\_\_\_\_\_)
Una vez cada tres años (\_\_\_\_\_)
Nunca (\_\_\_\_\_)



**9.- ¿HA INICIADO SU VIDA SEXUAL?**

(Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 14)

SI (\_\_\_\_\_)
NO (\_\_\_\_\_)

**10.- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA REALCIÓN SEXUAL?**

Entre los 10 y 13 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 14 y 17 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 18 y 21 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 22 y 25 años (\_\_\_\_\_)
Entre los 26 y 30 años (\_\_\_\_\_)
Mayor a los 30 años (\_\_\_\_\_)

**11.- ¿CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO A LO LARGO DE SU VIDA?**

Una (\_\_\_\_\_)
Dos (\_\_\_\_\_)
Tres (\_\_\_\_\_)
Cuatro (\_\_\_\_\_)
Cinco (\_\_\_\_\_)
Mas de cinco (\_\_\_\_\_)

**12.- ¿UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?**

SI (\_\_\_\_\_)
¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_
NO (\_\_\_\_\_)

**13.- ¿QUE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA?**

Condón (\_\_\_\_\_)
Pastillas (\_\_\_\_\_)
Inyecciones (\_\_\_\_\_)
Otros (\_\_\_\_\_)
¿CUÁL? \_\_\_\_\_

**14.- ¿ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO EL ESTUDIO DE PAPANICOLAU?**

(Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 21)

SI (\_\_\_\_\_)
NO (\_\_\_\_\_)

**15.- ¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE REALIZO EL PAPANICOLAU?**

Menos de 1 año (\_\_\_\_\_)
Entre 1 y 2 años (\_\_\_\_\_)

Entre 2 y 3 años (  )  
 Entre 3 y 5 años (  )  
 mas de cinco años (  )

**16.- CUANDO ACUDE A LA REALIZACION DEL PAPANICOLAU ¿LE TRATAN BIEN LAS PERSONAS QUE LA ATIENDEN? (Sensación de Bienestar)**

SI (  )  
 NO (  )  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**17.- ¿LE DAN TODA LA INFORMACION QUE NECESITA?**

SI (  )  
 NO (  )

**18.- ¿CUANDO HAY DUDAS LE CONTESTAN DE FORMA SATISFACTORIA?**

SI (  )  
 NO (  )

**19.- EN EL ULTIMO PAPANICOLAU QUE LE PRACTICARON, ¿LE DIERON LOS RESULTADOS?**

SI (  )  
 NO (  )  
 POR QUE \_\_\_\_\_

**20.- EN CASO DE REPORTARSE ALGUNA LESION ¿SE HA SEGUIDO ATENDIENDO CON SU GINECÓLOGO?**

SI (  )  
 POR QUE \_\_\_\_\_  
 NO (  )  
 POR QUE \_\_\_\_\_

**21.- ¿SABE QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?**

SI (  )  
 NO (  )

**22.- ¿SABE SI LA INFECCION POR ESTE VIRUS PREDISPONE AL CANCER CERVICO UTERINO?**

SI (  )  
 NO (  )

**23.- ¿SABE SI EXISTE UNA VACUNA PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR PAPILOMA HUMANO?**

SI (  )  
 NO (  )

## 24.-¿A UD LE APLICARON ESTA VACUNA?

SI ( \_\_\_\_\_ )

NO ( \_\_\_\_\_ )

## COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

## ANÁLISIS DE CONTEXTO

Se realizaron dos fases en el análisis: la simple descripción de las variables y la que aplica un modelo de regresión logística. Inicialmente, todas las variables fueron cruzadas con los dos grupos de acuerdo a la realización de la prueba de detección (Papanicolaou), dado el enfoque y el objetivo principal del estudio respecto a las prácticas de prevención y atención primaria.

Se obtuvieron del cuestionario variables demográficas, antecedentes familiares de neoplasias, historia gineco-obstétrica, anticoncepción, práctica previa

de Papanicolaou y atención médica en el Centro de salud, así como conocimiento sobre VPH y su relación con CACU.

En el análisis descriptivo de las variables demográficas, según antecedente de realización o no realización de Papanicolaou (tabla 1) únicamente para las variables edad (mayor), estado civil (soltera) y antecedente familiar de otro tipo de cáncer (diferente al CACU) hubo evidencia de significancia estadística, es decir, que en estas tres condiciones es mayor la práctica de asistencia a los Servicios Ginecológicos y de Prevención, así como la frecuencia con la que acuden las usuarias.

Tabla 1. Descripción de la población de estudio según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida

Medición	Grupos de comparación		Valor p*
	Le han realizado un Papanicolaou n=152	No le han realizado un Papanicolaou n=45	
Edad, media(d.e.)	39.1 (13.0)	26.4 (11.3)	0.0001
Estado civil			0.0001
Soltera	79 (52.0)	7 (15.6)	
Casada	32 (21.1)	26 (57.7)	
Otro	41 (26.9)	12 (26.7)	
Antecedente familiar de cáncer			0.192
Sí	46 (30.3)	9 (10.0)	
No	106 (69.7)	36 (80.0)	
Antecedente familiar de cáncer de mama			0.476
Sí	8 (5.3)	4 (8.9)	

No	144 (94.7)	41 (91.1)	
Antecedente familiar de cáncer cervicouterino			
Sí	8 (5.3)	1 (2.2)	0.687
No	144 (94.7)	44 (97.8)	
Antecedente familiar de otro tipo de cáncer			
Sí	18 (11.8)	1 (2.2)	0.081
No	134 (88.2)	44 (97.8)	
Antecedente familiar de cáncer no especificado			
Sí	15 (9.9)	3 (6.7)	0.769
No	137 (90.1)	42 (93.3)	

La comparación de proporciones se hizo utilizando la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson o con la prueba exacta Fisher, según lo más apropiado.

La comparación de medias se hizo a través de la prueba t de Student.

De acuerdo a los datos presentados en la tabla 1 observamos, según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida, que el rango de edad promedio a las cuales se les ha practicado un Papanicolaou es de 39 años de edad, que son las mujeres solteras las que más incidencia tienen en los estudios de Papanicolau, lo que contrasta con el mayor número de mujeres casadas (57.7 % de la muestra) que no se practican dicho estudio. Por otra parte encontramos que en la población encuestada no se necesita haber tenido antecedentes de Cáncer en la familia para practicarse el estudio de Papanicolau, por el contrario, el mayor número de personas que se practican el estudio como medida preventiva no tienen antecedentes familiares de Cáncer, ya sea mamario, cérvico uterino u otro tipo.

De estos datos podemos inferir que las prácticas de prevención pudieron haber sido enseñadas en el ámbito familiar o en su entorno inmediato siendo una práctica común. A diferencia de los rangos de edad podemos inferir que las mujeres mayores de 39 años ya habrán tenido consulta ginecológica y se les habrá proporcionado la información para las prácticas de autocuidado. Sin embargo las mujeres casadas en promedio, o no asisten regularmente a los servicios de salud o existe una limitante, ya sea familiar, económicas o de tipo personal para practicarse el estudio. Para estudios posteriores sería importante

conocer las razones por las cuales este sector de la población no se practica el Papanicolau.

En relación a los antecedentes de familiares con cáncer el 83% de la población encuestada se practica el Papanicolau y solo el 16.36% no se practica la prueba lo cual nos permite inferir que la información que reciben en cuanto a medidas de autoprotección cuando hay antecedentes es promovida por el entorno o por recomendación médica.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos (tabla 2), sólo el hecho de haber tenido embarazos previos, así como el número de éstos (mayor número de embarazos), existe un mayor riesgo de presentar CACU.

Tabla 2. Antecedentes Ginecoobstétricos según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida.

Medición	Grupos de comparación		Valor p*
	Le han realizado un Papanicolaou	No le han realizado un Papanicolaou	
Edad a la menarca			
≤13 años	40 (26.3)	8 (18.2)	0.323
>13 años	112 (73.7)	36 (81.8)	
Total	152	44	
Ciclos menstruales regulares			
Sí	92 (63.9)	25 (61.0)	0.733
No	52 (36.1)	16 (39.0)	
Total	144	41	
Vida sexual activa			
Sí	152 (100)	32 (71.1)	-
No	0 (0.0)	13 (28.9)	
Total	152	45	
Edad de inicio de vida sexual activa			
≤17 años	79 (52.3)	17 (54.8)	0.798
>17 años	72 (47.7)	14 (45.2)	
Total	151	31	
No. de parejas sexuales en su vida			

1 pareja	83 (55.3)	21 (67.8)	0.114
2 parejas	51 (34.0)	5 (16.1)	
3 o más	16 (10.7)	5 (16.1)	
Total	150	31	
Ha estado embarazada			
Sí	138 (90.8)	19 (42.2)	<0.0001
No	14 (9.2)	26 (57.8)	
Total	152	45	
No. de embarazos	2.7 (1.4)	1.9 (1.2)	0.030

La comparación de proporciones se hizo utilizando la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson o con la prueba exacta Fisher, según lo más apropiado.

La comparación de medias se hizo a través de la prueba t de Student.

En relación al cruzamiento de la información de la tabla 2 Antecedentes Ginecoobstétricos según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida, encontramos en la muestra encuestada que, del total, el 57.14% tuvo su menarca después de los 13 años de edad y son las que se practican el estudio de Papanicolau, seguida de aquellas mujeres que la presentaron a los 13 años de edad o antes y se han practicado el estudio (20.40%). Se destaca que las mujeres con ciclos menstruales regulares (63.9%) son las que más se practican el estudio de Papanicolau. De los 197 cuestionarios respondidos en el rubro de vida sexual activa el 77.15% respondieron practicarse el estudio de Papanicolau contra el 16.24% que no lo han hecho.

El 82% que respondieron haber iniciado su vida sexual activa desde antes de los 17 años hasta posterior a esta edad, se han practicado el estudio de Papanicolau y solamente el 9.3% que ha iniciado su vida sexual no se han practicado el estudio. De aquellas mujeres que han iniciado su vida sexual activa y se han practicado el estudio de Papanicolau el 52.3% iniciaron a los 17 años o antes y el 47.7% lo hicieron después de los 17 años de edad. También se exploró el número de parejas sexuales y la práctica del estudio de Papanicolau, destacando que a menor número de parejas sexuales mayor practica del estudio.

Estadísticamente significativo resultó la correlación entre embarazos y la toma del Papanicolau, encontrando que el 70% de las mujeres que se han hecho el estudio han estado embarazadas y que el 13.2% de la muestra no se han practicado el estudio y no han estado embarazadas. En promedio de embarazos se estableció una media de 2.7 embarazos que se han practicado el estudio contra la media de 1.9 que no se lo han realizado.

Con estos datos podemos hacer las siguientes inferencias:

En la medida en que la menarca se presente posterior a los 13 años de edad mayor conciencia en la práctica del estudio del Papanicolau adquiriendo dicha conciencia en la educación formal y familiar como forma de incorporar medidas de autocuidado y prevención en las mujeres encuestadas. Un dato a destacar es que las mujeres con ciclos menstruales regulares son las que más acuden al estudio del Papanicolau lo que pudiera estar hablando de que no necesariamente este sector de la población a sido referida por la consulta Ginecológica sino por otros medios de difusión o por campañas de prevención.

Desgraciadamente no se pudo cruzar la información de ciclos menstruales regulares y embarazos que tal vez ahí se podría pensar en las medidas de prevención promovidas por el/la obstetra.

Todas las encuestadas que se practicaron el estudio tenían vida sexual activa, de estas el 52.3% la iniciaron antes de los 17 años de edad y el 47.7% después de los 17 años. En los diferentes estudios epidemiológicos existe una relación entre inicio temprano de la vida sexual activa y la aparición de cáncer cervicouterino por lo cual habría que mantener una vigilancia epidemiológica más estrecha con este sector de la población ya que en las mujeres encuestadas el 52.74% iniciaron su vida sexual activa antes de los 17 años.

En relación al número de parejas sexuales y la práctica del Papanicolau se observa que la monogamia es prevalente en esta región del país o las personas encuestadas aún presentan dificultades para expresar el número de parejas sexuales que tienen como forma de preservar valores que socialmente son favorecidos.

El 79.69% de la población encuestada reporto haber estado embarazada, de las cuales el 70% se ha practicado el estudio de Papanicolau lo que habla de que el embarazo es un factor significativo para la realización del estudio y que al no existir embarazo prevalece la no practica del estudio de Papanicolau.



Según el uso de anticonceptivos (tabla 3) la encuesta no arrojó ningún significado estadístico.

Tabla 3. Uso de anticonceptivos orales según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida

Medición	Grupos de comparación		Valor p*
	Le han realizado un Papanicolaou	No le han realizado un Papanicolaou	
Uso de anticonceptivos			
Sí	61 (40.4)	16 (36.4)	0.630
No	90 (59.6)	28 (63.6)	
Total	151	44	
Condón			
Sí	16 (26.3)	6 (37.5)	0.371
No	45 (73.7)	10 (62.5)	
Total	61	61	
Pastillas			
Sí	16 (26.3)	5 (31.3)	0.756
No	45 (73.7)	11 (68.7)	
Total	61	16	
Inyecciones			
Sí	10 (16.4)	0 (0.0)	-
No	51 (83.6)	16 (100)	
Total	61	16	
Dispositivo intrauterino			
Sí	7 (11.5)	2 (12.5)	1.000
No	54 (88.5)	14 (87.5)	
Total	61	16	
Salpingoclasia			
Sí	17 (27.9)	3 (18.9)	0.540
No	44 (72.1)	13 (81.1)	
Total	61	16	
Implante			
Sí	2 (3.3)	0 (0.0)	-
No	59 (96.7)	16 (100)	
Total	61	16	

La comparación de proporciones se hizo utilizando la prueba Chi2 de Pearson o con la prueba exacta Fisher, según lo más apropiado.

De acuerdo a los datos presentados en la tabla 3 de la población encuestada el 60.5% no utiliza ningún tipo de metodología anticonceptiva a pesar de haber reportado tener una vida sexual activa. Del 39.5% que si utiliza predomina el método definitivo (salpingoclasia) seguido de hormonales orales y método de barrera (preservativo) en el mismo porcentaje, hormonales inyectados, DIU e implante hormonal en ese orden. Si comparamos la población que se practica el Papanicolau con la utilización de metodología anticonceptiva observamos que el 40.4% si se realiza Papanicolau contra el 36.4% que no lo hace.

En base a estos datos se puede inferir que no se ha cobrado la suficiente conciencia de la utilización de metodología anticonceptiva y la práctica regular del estudio de Papanicolau lo cual nos podría sugerir el predominio de las creencias de “daño” en la utilización de dichos métodos o la desinformación existente. La difusión errónea de los efectos que tiene la metodología anticonceptiva sobre todo en la población adolescente y la vigilancia médica periódica que se tiene que llevar es pobremente incluida en la difusión de estos métodos.

Finalmente, en el grupo de variables según los conocimientos previos sobre vacuna contra VPH (tabla 4) es importante mencionar que tanto el que las usuarias conozcan qué es el VPH como el conocimiento de la relación de este virus con CACU, fueron factores que tienen una relación directa con el menor riesgo de mostrar este tipo de neoplasia.

Tabla 4a. Mujeres a las que se les ha realizado el Papanicolaou alguna vez

Medición	Grupos de comparación		Valor p
	Le han realizado un Papanicolaou	No le han realizado un Papanicolaou	
Realización del último Papanicolaou			
<1 año	79 (52.3)	-	-
1-2 años	51 (22.8)	-	-
≥2 años	21 (13.9)	-	-
Total	151		
Le dieron el resultado del Papanicolaou			
Sí	124 (83.2)	-	-
No	25 (16.8)	-	-
Total	149		
¿El trato fue bueno cuando le realizaron el Papanicolaou?			
Sí	148 (98.0)	-	-
No	3 (2.0)	-	-
Total	151		
¿Le resolvieron todas sus dudas cuando le hicieron el Papanicolaou?			
Sí	133 (92.4)	-	-
No	11 (7.6)	-	-
Total	144		

En base a los datos presentados en la tabla 4a, ninguno de los datos resultó estadísticamente significativo puesto que solamente se tomaron aquellas encuesta que respondieron que si se habían realizado el estudio del Papanicolau, sin embargo se puede hacer una lectura de elementos de orden cuantitativo y

cuantitativo de la práctica del Papanicolau y la relación que se tiene con el personal de salud.

El 52.3% de la población encuestada se realizó el último Papanicolau antes de un año; el 22.8% entre 1 y 2 años y el restante 13.9% dos años o más. Al 83.2% les dieron los resultados del estudio del Papanicolau realizados. El 98% de la población encuestada calificaron como bueno el trato recibido al realizarle el Papanicolau y 92% dicen haber resuelto sus dudas por parte del personal de salud.

Con estos datos podemos hacer las inferencias de que, en relación a las medidas de autocuidado de la población encuestada podemos observar que solamente en un poco más de la mitad de la población encontramos éstas medidas de prevención lo que nos indica que hace falta mayor difusión en las campañas en la toma de conciencia de la importancia de esta práctica de prevención. Por otra parte es de destacar la buena percepción que tiene las personas encuestadas en relación al buen trato recibido durante el estudio y la disposición para aclarar dudas por parte del personal de salud aun cuando no se especifico en el instrumento quienes son las encargadas de esta tarea, aun así, se deduce la buena capacitación y sensibilidad que tiene el personal de salud del Centro.

Tabla 4b .Conocimientos acerca del VIP y la vacuna contra el VPH según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida

Medición	Grupos de comparación		Valor p
	Le han realizado un Papanicolaou	No le han realizado un Papanicolaou	

¿Sabe que es el VPH?			
Sí	92 (60.5)	20 (44.4)	0.056
No	60 (39.5)	25 (55.6)	
Total	152	45	
¿Sabe que el VPH puede causar cáncer?			
Sí	110 (72.4)	25 (55.6)	0.033
No	42 (27.6)	20 (44.4)	
Total	152	45	
¿Conoce la vacuna contra el VPH?			
Sí	95 (62.9)	26 (57.8)	0.534
No	56 (37.1)	19 (42.2)	
Total	151	45	
¿Le han aplicado la vacuna contra el VPH?			
Sí	6 (4.0)	2 (4.4)	1.00
No	146 (96.0)	43 (95.6)	
Total	152	45	

La comparación de proporciones se hizo utilizando la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson o con la prueba exacta Fisher, según lo más apropiado.

En relación a datos de la tabla 4b, los conocimientos acerca del VPH y la vacuna contra el VPH según antecedente de Papanicolaou para CaCu alguna vez en su vida, encontramos que la población que se realiza un Papanicolau está más informada 60.5%, que aquellas que no se lo realizan, aunque esta correlación no es estadísticamente significativa.

Aun así tenemos un rango importante en cuanto al desconocimiento del Virus del Papiloma Humano 43.14%. Sin embargo encontramos en la población encuestada que existe un importante conocimiento en relación a las consecuencias del VPH y su relación con el CaCu 68.52%.

En base al conocer la existencia de la vacuna contra el VPH el 61.73% respondieron que si, teniendo más información las personas que se practican el Papanicolau 48.46% que aquellas que no se lo han practicado 13.26% de la población encuestada.

En el rubro de la aplicación de la vacuna del VPH es notoria la diferencia que la han recibido, solo el 4% de la población encuestada se les ha aplicado la vacuna y de estas el 75% se han practicado el estudio del Papanicolau.

Para este análisis descriptivo, en la comparación de proporciones, se utilizó la prueba de Chi2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según lo más apropiado por el tipo de variable. La comparación de medias se hizo a través de la prueba de t de Student.

En cuanto al análisis por regresión logística, es decir que se encontró asociación a la realización de Papanicolaou alguna vez en su vida, ( la tabla 5) muestra: edad, antecedente familiar de cáncer, inicio de VSA antes de los 17 años, número mayor a 2 parejas sexuales en su vida, historia de embarazos (al menos uno) y conocimiento sobre VPH, siendo las más importantes (con significancia estadística <0.01) la edad y la historia de embarazos.

Tabla 5 .Variable asociadas a la realización del Papanicolaou alguna vez en su vida

Variable	RM* (IC95%)	Valor p
Edad (por año)	1.07 (1.02-1.12)	0.008
Antecedente familiar de cáncer	1.50 (0.44-5.08)	0.519
Inicio de vida sexual activa antes de los 17 años	0.74 (0.29-1.91)	0.530
Número de parejas sexuales en su vida ≥2	1.84 (0.73-4.64)	0.195
Embarazo alguna vez en su vida	6.24 (2.27-17.13)	<0.001
Saber que es el VPH	2.56 (1.03-6.38)	0.043

```
. logistic pap_algunavez af_ca edad sabe_vph embarazo edad_vsa2
num_psex21, robust
```

```
Logistic regression                               Number of obs   =       181
                                                    Wald chi2(6)    =       22.58
                                                    Prob > chi2     =       0.0009
Log pseudolikelihood = -64.252236                Pseudo R2      =       0.2247
```

```
-----+-----
```

	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
pap_algunavez					
af_ca	1.495255	.9331311	0.64	0.519	.4400611 5.080628
edad	1.067672	.0264469	2.64	0.008	1.017075 1.120786
sabe_vph	2.562795	1.191856	2.02	0.043	1.030037 6.376386
embarazo	6.242033	3.215623	3.55	0.000	2.274176 17.13278

```
-----+-----
```

edad_vsa2	.7380668	.35724	-0.63	0.530	.2858222	1.905879
num_psex21	.5426326	.255847	-1.30	0.195	.215363	1.367227
_cons	.1324363	.1157723	-2.31	0.021	.0238731	.7346916

En esta tabla 5 observamos dos variables que resultaron estadísticamente significativas, la edad de las encuestadas en las que vemos que a mayor edad mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino en 1.07 veces de posibilidades de riesgo y la variable en cuanto a embarazos, siendo el embarazo 6.24 veces de posibilidad de riesgo que en la población que no ha tenido embarazo.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Este tipo de estudios debe de realizarse, tanto en centros de salud urbanos como rurales, para poder medir las diferencias en las prácticas de auto-cuidado de las mujeres según su condición geográfica.

Considerar variables de perspectiva más social, subdividiendo los estudios en cada uno de los factores que toman parte en el CaCu, como son:

1. Condiciones geográficas (urbanas o rurales)
2. Situación socio-económica
3. Creencias religiosas, usos y costumbres

#### 4. Construcción familiar

#### 5. Preferencias en cuanto a la atención preventiva (médicas o médicos)

6. Si las pacientes cuentan con algún tipo de seguro médico o no y de ser así cómo pueden ser prevenidas, atendidas y monitoreadas.

Tener el registro confiable que proporciona la Secretaría de Salud Estatal y que éste se comparta con el Instituto de la Mujer del Estado de Campeche (IMEC) para lograr promover conjuntamente programas de prevención con perspectiva de género. De igual forma, los estudios realizados por el IMEC pudieran compartirse con otros órganos de gobierno para hacer un planteamiento conjunto de campañas de prevención y atención al CaCu, de tal forma que se unan los esfuerzos hacia un mismo fin.

Tener un registro sobre la frecuencia y distribución, identificar grupos de alto riesgo que sean prioritarios para la aplicación de medidas, tanto preventivas como de atención, para poder realizar campañas eficaces.

Hacer campañas de prevención entre mujeres jóvenes, de los 18 a los 30 años, haciendo una segmentación por quinquenios, en dónde se comunique a las jóvenes por qué y para qué se les aplica la vacuna, de la misma forma que a las madres de estas jovencitas, de tal forma que se abarcarían dos segmentos importantes.

Tratar al VPH como una enfermedad de correspondencia entre mujeres y hombres, ya que es el único tipo de cáncer que es contagioso, por lo tanto no puede aislarse del conocimiento del sector masculino sino hacerlos co-partícipes de la prevención de la enfermedad.

Desarrollar campañas de prevención mixtas para dar información veraz y fundamentada sobre el VPH, de tal forma que se atienda a una población en edades más tempranas. Así como la vacuna se está aplicando en Campeche desde 5° de primaria, la información deberá de darse desde esas edades, dividiendo las campañas en quinquenios, en dónde el conocimiento se adapte a la etapa por la que cursan, no solo las niñas, sino también los niños que saben que se está aplicando este tipo de vacunas en las campañas de salud.

Valdría la pena generar material didáctico, como trípticos, cuadernillos u otros instrumentos que brinden información sobre el VPH y sus consecuencias, no solamente en las mujeres, sino en los hombres (cáncer de boca y cuello por relaciones vía oral generados por VPH)



Capacitación permanente del personal de salud que atiende a mujeres, tanto a nivel primario como secundario en educación y sensibilización, encaminados a fomentar la utilización de técnicas empáticas, utilización de lenguaje acorde al nivel educativo de las usuarias, reconocimiento de los usos y costumbres de las mujeres a las que se atiende, generación de material didáctico basado en la experiencia sobre el Cáncer Cérvico Uterino.

## CONCLUSIONES GENERALES

Por lo anterior, podemos concluir que las prácticas de prevención (prueba de detección) y atención primaria por parte del servicio de salud (CSWE) que atiende a la población estudiada son más utilizadas por aquellas que tienen mayor edad (media 39 años) y las que han tenido al menos un embarazo en su vida.

En segundo lugar, los antecedentes familiares de cáncer, el inicio de VSA antes de los 17 años de edad, haber tenido más de dos parejas sexuales en toda su vida y el conocimiento sobre VPH son factores que mueven a las usuarias a solicitar o aceptar más abiertamente la prueba de detección para CACU y los servicios de atención médica.

En tercer lugar, la claridad en cuanto a la información proporcionada por el personal de salud, el tipo de palabras usadas, el tono y la forma en la que se realizan las consultas médicas, resultan determinantes para las condiciones de auto-cuidado y la adherencia terapéutica de las pacientes. Generalmente piden regresar con el personal de salud que las atendió de forma cordial y adecuada, que resolvió sus dudas.

En el estudio se pudo determinar prácticas de auto-cuidado de las mujeres con vida sexual activa que asisten a los servicios de salud, por lo que queda pendiente conocer si las mujeres en zonas rurales estarían dispuestas o practican el auto-cuidado.

## BIBLIOGRAFIA

1. INEGI-CONAPO-SSA
2. Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino.
3. Sanfilippo B. José, Ramírez C. Delia, “Cáncer Cérvico Uterino”, Seminario “El Ejercicio Actual de la Medicina”, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México.
4. Walboomers, J. et. al. “Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer Worldwide”. *J. Pathol.* 1999; 189:12-19. citado por Berumen Campos, J. “Virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino”. *Gac. Med. Mex.* 2006. 142:supl. 2:51-59.
5. Berumen Campos, J. “Virus del papiloma...” op. cit. p. 51.
6. Hidalgo-Martínez Ana, “El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna”, *Rev Biomed* 2006; 17:81-84, Carta al Editor, Centro de Investigación sobre

Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública,  
Cuernavaca, Morelos, México

7. Lewis Merle J., “Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe”, Organización Panamericana de la Salud, [www.paho.org](http://www.paho.org)
8. “Prevención y control integral del cáncer cervicouterino: Directrices para los países”, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), PATH, UICC, Uhpiego, IPPF.
9. Muñoz, N y Bosch, F. X. “Cáncer del cerviz y virus de papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas para su prevención. En: Salud Pública de México, 1997: 39:388-396.
10. Muñoz N, Bosch F.X, de Sanjose S, et al. “Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer”. En: *New England Journal of Medicine*. 2003 (February 6): 348 (6); 518–527.
11. Bosch FX, de Sanjose S. “Human papillomavirus and cervical cancer—Burden and assessment of causality”. En: *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. Chapter 1, (2003). 31:3–13
12. Walboomers JM, et al. “Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide”. En: *Journal of Pathology* (1999).189:12–19.
13. Aranda Patricia, Castro Ma. Del Carmen, “Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cérvico uterino: experiencia de investigación”, *Región y Sociedad / VOL XX/ Número especial 2/2008*, El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3923
14. Moscicki, A.B, et al. “Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females”. En: *Journal of the American Medical Association*. (2001). 285:2,995–3,002
15. Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Ficha Descriptiva*. Mayo 2004.
16. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. “Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study”. En: *Lancet*. (March 30, 2002). 359(9312)1093–1101.

17. Brinton LA, Reeves WC; Brenes MM, et al. "Parity as a risk factor for cervical cancer". En: *American Journal of Epidemiology*. (1989).130:486–496.
18. . Thomas DB, Qin Q, Kuypers J, et al. "Human papillomavirus and cervical cancer in Bangkok. II. Risk factors for in situ and invasive squamous cell cervical carcinomas". En: *American Journal of Epidemiology*. (2001). 153:732–739.
19. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. "Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study". En: *Lancet* (March 30, 2002). 359(9312):1085–1092.
20. World Health Organization. *Cervical cancer, oral contraceptives and parity*. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20) (2002).
21. World Health Organization. *Cervical cancer, oral contraceptives and parity*. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20) (2002).
22. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, et al. "HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica". En: *British Journal of Cancer*. (May 4, 2001) .84(9): 1219–1226.
23. Szarewski A, Cuzick J. "Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence". En: *Journal of Epidemiological Biostatistics*. (1998). 3:229–256.
24. Castellsagué X, Bosch F.X, Muñoz, N. "Environmental co-factors in HPV carcinogenesis". En: *Virus Research* (November 2002), 89(2):191–199.
25. De Sanjose S, Palefsky J. "Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men". En: *Virus Research*. (November 2002). 89(2):201–211.
26. Clarke B, Chetty R. "Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer". En: *Molecular Pathology*. (February 2002). 55(1):19–24.
27. Gaffikin L, Ahmed S, Chen YQ, et al. "Risk factors as the basis for triage in low-resource cervical cancer screening programs". En: *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. (2003). 80:41–47.
28. Smith JS, Herrero R, Bosetti C, et al. "Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer". En:

*Journal of the National Cancer Institute*. (November 6, 2002). 94(21):1604–1613.

29. Murthy NS, Matthew A. “Risk factors for precancerous lesions of the cervix”. En: *European Journal of Cancer Prevention*. (2002). 9:5–14.
30. *Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino*. 3ª edición. Path-OPS. 2002. p7-8
31. Tapia Conyer R, Sarti E, Kuri P, Ruíz-Matus C, Velázquez O, et al. “Cancer cervicouterino”. En Roberto Tapia Conyer, editor. *El Manual de Salud Pública*. México: Intersistemas, 2003:pp735-754
32. Berumen Campos, J. “Virus del papiloma...” op. cit. p. 57.