



UNIVERSIDAD INTERCULTURAL DE CHIAPAS

DIVISIÓN DE PROCESOS NATURALES.

Licenciatura en Médico Cirujano

Tesis:

**“Factores que influyen en que Mujeres de 25-64 años
decidan realizarse citología cervical. Centro de Salud
Betania, Teopisca, 2024”**

Que para obtener el Título de

Médico Cirujano

Presenta:

Lucero Jiménez Jiménez

VI GENERACION

2018-2025

Director

Doctor Jorge Augusto Solís Moreno

Asesor

Mtro. William García Santiago

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; México. Mayo 2025

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

**SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS
29 DE ABRIL DE 2025**

**COMITÉ DE TITULACIÓN
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DIVISIÓN DE PROCESOS NATURALES**

Una vez analizado y revisado el trabajo recepcional denominado: "Factores que influyen en que Mujeres de 25 a 64 años decidan realizarse Citología cervical. Centro de Salud Betania, Teopisca, 2024" elaborado por la pasante Lucero Jiménez Jiménez, de la sexta generación (2018 - 2025), en la opción de titulación por tesis profesional, quienes suscriben emiten su voto en sentido aprobatorio.

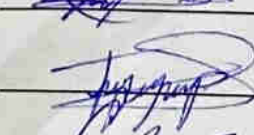
Dicho documento reúne los requisitos de fondo y forma señalados en el Artículo 40 del Reglamento de titulación de la Universidad

Sin otro particular

ATENTAMENTE

Jorge Augusto Solís Moreno
Presidente del jurado
William García Santiago
Secretario del jurado
Dra. Juana Guadalupe González Pérez
Vocal del jurado
Dr. Francisco Guillermo Cano Vilchis
Suplente del jurado






DEDICATORIA

A Dios: Por regalarme la vida.

A mi familia: Quienes me han apoyado mucho a lo largo de este camino.

Al Doctor Jorge Augusto Solís Moreno: Quien ha sido un gran maestro y amigo para mí y que en todo momento confió en el trabajo de Tesis que realizábamos.

Al Maestro William García Santiago: Quien, pese a no conocerme demasiado, me ofreció todo el apoyo como Asesor de Tesis, por ayudarme a explorar y aprender mucho más de lo que yo creí.

A La Universidad Intercultural De Chiapas: Por ser mi casa de estudios y permitirme adquirir todos los conocimientos que ahora poseo.

Al Centro De Salud Betania: El personal de enfermería; las pasantes y sobre todo mi Jefa de Enfermeras y mis Compañeras Médicos Pasantes, los consejos de las Médicos y demás profesionales adscritos.

A Betania Y Sus Comunidades.

Lucero Jiménez Jiménez

Resumen

Para el 2020 el Cáncer Cervicouterino (CCU) es la segunda causa de muerte en México, y el estado de Chiapas ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel Nacional. El presente estudio pretende determinar los factores demográficos, sociales, culturales y del sistema de salud que influyen para que las pacientes de 25 a 64 años adscritas al Centro de Salud de Betania, decidan realizarse papanicolaou. Teopisca, Chiapas de julio a noviembre del 2024. La muestra estuvo constituida por 296 mujeres, se hizo un estudio de Casos y Controles. Se aplicó una entrevista semiestructurada y las variables se analizaron mediante Chi cuadrada, Odds Ratio y Rho de Spearman según fuese el caso. Los principales factores que impiden realizarse papanicolaou fueron; minoría de edad, escolaridad primaria, ocupación ama de casa, desconocimiento de la utilidad, que el tamizaje se realice por un hombre, los prejuicios y la falta de educación en salud de su entorno. Los factores que incentivan a la realización fueron; la mayoría edad, mayor escolaridad, ser profesionistas, tener una pareja establecida, ser residentes de Betania y Cañada, conocer a más pacientes con previa realización de citología y la promoción de la salud. Finalmente, este estudio proporcionó evidencia de que la educación, las redes de apoyo entre mujeres y el sistema de salud son herramientas clave para reducir la mortalidad por CCU con la detección temprana mediante citología cervical.

Palabras Clave: Determinantes en Salud, Programas Sociales, Redes de apoyo entre mujeres.

Abstract

In 2020, Cervical cancer (CCU) is the second leading cause of death in Mexico, and Chiapas ranks first in mortality rates nationwide. This study aims to determine the demographic, social, cultural and health systems factors that influence the decision of patients aged 25 to 64 years old, affiliated to Centro de Salud Betania to have a PAP test. Teopisca, Chiapas from July to November 2024. The sample consisted of 296 women aged 24 to 65 years, a Case-Control study was conducted. The variables were analyzed using Chi-Cuadrada, Odds Ratio and Spearman's Rho. The main factors that impede women accept a PAP test were: being a minor, only basic education, be housewife, lack of knowledge the utility of the test, the test being performed by a male doctor, prejudices

and lack of health education in their environment. The characteristics that facilitated the realization of PAP were: being major, higher education, being professionals, stable partner, being residents of Betania or Cañada, knowing patients who previously accepted Cytology, and health promotion. Finally, this investigation provided evidence that education, female support networks support and the health system are key tools for reducing mortality from CCU through early detection by cervical cytology.

Key words: Health determinants, Social programs, Female support networks

CONTENIDO

Introducción.....	1
Capítulo I Marco teórico referencial.....	2
1. Generalidades	2
1.1 Factores De Riesgo	7
1.2 Citología mediante técnica de Papanicolaou	8
1.3 Seguimiento ante un resultado Positivo y Negativo de Papanicolaou	10
1.4 Tamizaje Mediante Citología Cervical en situaciones especiales	12
1.5 Sistema Bethesda.....	12
1.7 Importancia de la Prevención primaria vs Prevención secundaria en el contexto comunitario	15
Capitulo II Marco Histórico	15
2.1 Características sociales que impiden el Tamizaje contra Cáncer Cervicouterino	16
2.2 Factores que influyen de manera positiva a la realización de papanicolaou.....	20
2.3 Determinantes en Salud.....	23
2.4 Barreras lingüísticas en la relación médico-paciente (tsotsil-español).....	24
2.5 Acciones encaminadas hacia una mayor cobertura de Tamizaje contra cáncer cervicouterino	25
2.6 Calidad de la atención hacia la mujer en un primer nivel de atención.....	26
3.2. Justificación.....	28
3.3 Objetivos	30
3.4. Diseño Metodológico	30
3.4.1. Tipo de estudio	31
3.4.2. Universo y/o Población de estudio.....	31
3.4.3. Muestra	32
3.4.4. Criterios de selección	32
3.4.5. Medición de variables	33
3.4.6. Materiales	33
3.4.7. Métodos de recolección de datos.....	34
3.4.8. Flujograma exhaustivo de los procedimientos a seguir.....	35
3.4.9. Plan de Análisis estadístico de la información	35
3.5. Consideraciones éticas y marco jurídico o legal.....	36
3.6 Marco Jurídico.....	37

3.6.1. Normas Oficiales Mexicanas	37
3.6.2. Financiamiento:	37
CAPITULO IV Resultados	38
4.2. Características Sociales y Culturales	46
4.3. Análisis de las propuestas que las pacientes proponen para mejorar el tamizaje contra cáncer cervicouterino	62
4.4. Seguimiento tras realizarse Papanicolaou	70
V Conclusiones	71
Análisis de las propuestas que las pacientes proponen para mejorar el tamizaje contra cáncer cervicouterino	74
Seguimiento	75
VI Recomendaciones	75
Referencias Bibliográficas	76
Anexos	80
Anexo 1. Concentrado de las variables a tomarse en cuenta en la investigación.	80
Anexo 2. Entrevista semiestructurada	83
Anexo 3. Consentimiento informado	86
Anexo 4. Estimación De Riesgo Edad	87
Anexo 5. Estimación De Riesgo Pacientes Solteras	87
Anexo 6. Estimación De Riesgo Pacientes Viudas	87
Anexo 7. Fotografías Al Informar A Las Pacientes Previo A Realización De PAP	88
Anexo 8. Fijación De Toma De Muestra De Citologías Cervicovaginales	89
Anexo 9. Formatos PAP Utilizados En La Jurisdicción Sanitaria No. 2	89
Anexo 10. Formatos VPH-Ar	90
Anexo 11. Formatos Exploración Mamaria	90
Anexo 13. Mapas Betania	91
Anexo 14. Cronograma De Actividades	92

Índice de Tablas

Tabla 1. Estimación de Riesgo Edad	38
Tabla 2. Ocupación.....	40
Tabla 3. Nivel máximo de estudios	42
Tabla 4. Estimación de Riesgo pacientes casadas y union libre.....	44
Tabla 5. Estimación de riesgo pacientes con conocidas que se han realizado papanicolaou previamente.....	48
Tabla 6. Religión	48
Tabla 7. Correlación religión y papanicolaou	49
Tabla 8. Estimación de Riesgo Conocimiento de la utilidad del Papanicolaou	52
Tabla 9. Estimación de riesgo perspectiva de la importancia de realizarse papanicolaou	52
Tabla 10. Estimación de Riesgo papanicolaou realizado por personal masculino.....	56
Tabla 11. Razones para no realizarse papanicolaou	58
Tabla 12. Estimación de riesgo ante factor miedo/pena	60
Tabla 13. Sugerencias hacia el personal de salud para aumentar la realización del papanicolaou	63
Tabla 14. Seguimiento	70

Índice de Figuras

Ilustración 1. . Flujograma de Consort.....	35
Ilustración 2. Actividad económica.....	40
Ilustración 4.. Escolaridad.....	41
Ilustración 5. Estado civil	43
Ilustración 6. Localidad	45
Ilustración 7. Fuente de Información de papanicolaou hacia las pacientes.....	46
Ilustración 8. Analisis de la prevalencia en función de la lengua materna	50
Ilustración 9. Conocimiento de la utilidad del papanicolaou	51
Ilustración 10. Percepción de edad o momento para realizarse citología.....	53
Ilustración 11. ¿Se realizaría la prueba si el personal fuera masculino?	55
Ilustración 12. Razones por las que se realizó papanicolaou	57
Ilustración 13. Tiempo desde que se realizó el último papanicolaou (años).....	61

Glosario:

Cáncer Cervicouterino: Es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz

Chi cuadrada: Prueba estadística que se usa para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia esperada y la frecuencia observada.

Determinantes Sociales en Salud: Factores que afectan la salud de las personas y las comunidades e incluyen factores sociales, ambientales, conductuales y políticos.

Endocérnix: membrana mucosa que recubre el canal endocervical (conducto del cuello del útero). Está revestido por epitelio glandular, específicamente epitelio cilíndrico secretor de moco.

Epigenética: Denominada a veces también epigenómica es un campo de estudio centrado en los cambios del ADN que no implican alteraciones de la secuencia subyacente

Exocérnix: Parte más baja del cuello uterino que se conecta con la vagina, está revestido de células escamosas células delgadas y de aspecto plano.

Rho de Spearman: Análisis de correlación bivariado expresan la fuerza de asociación entre dos variables ordinales en un solo valor entre -1 y +1.

Lengua originaria: Aquella que se habla en un territorio con una historia y tradición ancestral, anteriores a la llegada de colonizadores u otras lenguas.

Lesión precancerosa: condición o lesión que involucra células anormales que se asocian con un mayor riesgo de desarrollar cáncer

Morbilidad: proporción de individuos que contraen una enfermedad específica en un lugar y margen de tiempo determinados.

Mortalidad: Totalidad de las defunciones, sea cual sea su causa o bien a las defunciones producto de una causa específica.

Odds Ratio: Medida estadística que indica la probabilidad que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población expuesto a un factor, sobre la probabilidad de que ocurra en otro grupo sin exposición a dicho factor.

Papanicolaou: Procedimiento que se lleva a cabo para detectar cáncer cervicouterino. Toma células del endocérnix y exocérnix para detectar procesos precancerosos.

Prevención primaria: Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Prevención secundaria: Está enfocada en el diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente. Implica la búsqueda de señales de posible enfermedad en sujetos aparentemente sanos. Sus estrategias están orientadas al diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado.

Programas sociales: Instrumentos del gobierno que tienen por objetivo contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la población.

Rho de Spearman: Análisis de correlación bivariada expresan la fuerza de asociación entre dos variables ordinales en un solo valor entre -1 y +1.

Sinusorragia: Sangrado durante las relaciones sexuales

Sistema Bethesda: Sistema para reportar los diagnósticos citológicos vaginales o cervicales. Se utiliza para informar de los resultados de la prueba del papanicolaou.

Tamizaje: Probar una población asintomática para un padecimiento en particular con el fin de identificar a quienes tienen el padecimiento para que puedan ser tratados tempranamente

Abreviaturas

CCU: Cáncer Cervicouterino

OMS: Organización Mundial de la Salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

LEIBG: Lesión intraepitelial de bajo grado

LEIAG: Lesión Intraepitelial de alto grado

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

VPH: Virus del Papiloma Humano

SSA: Secretaría de Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OPS: Organización Panamericana de Salud

TAPS: Técnico en Atención Primaria en Salud

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública de México

UNAM: Universidad Autónoma de México

AEPCC: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

IPPF: Federación Internacional de Planificación de la Familia
PCR: Reacción en Cadena de Polimerasa
ASC: Célula Escamosa Atípica
ASC-US: Células escamosas atípicas de significancia desconocida
ASC-H: Células escamosas atípicas que no excluyan una lesión de alto grado
LSIL: Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado
HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
NIC: Lesión Intraepitelial Cervical
NIC I: Displasia leve
NIC II: Displasia Moderada
NIC III: Displasia Grave. Carcinoma in situ
AGC: Células glandulares atípicas
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
PAP: Papanicolaou
SARS-CoV2: Coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo
RAE: Real Academia Española
IGN: Instituto Geográfico Nacional
ESPM: Escuela de Salud Pública de México
SEGOB: Secretaría de Gobierno
NOM: Norma Oficial Mexicana
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
OR: Odds Ratio
WMA: World Medical Association
IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa
C: Casos
Ct: Controles
CS: Centro de Salud
SUA: Sangrado uterino anormal

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2023) en México para el año 2020 el cáncer cervicouterino es el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres, con un estimado de 9 mil 439 nuevos casos y 4 mil 335 muertes. A nivel estatal el Instituto Mexicano del Seguro Social (2022), menciona que Chiapas destaca por tener la tasa de mortalidad más alta del país: 11.91. A pesar de ser el cáncer más prevenible por vacunación contra el virus de papiloma humano y tamizaje efectivo, ha sido obstaculizado por características culturales y sociales en distintos tipos de población, resultando en que la detección de CCU se realice en etapas avanzadas.

La investigación se realizó en el Centro de Salud Rural de 2 Núcleos Básicos, Betania. Se evidenció que en el periodo del 2013 al 2023 sólo el 17.57% de la población femenina en edad de 25 a 64 años acudió a realización de la citología y tan solo el 4.5% acudió a un segundo examen. A partir del 2020 se acentuó aún más la falta de tamizaje, lo que evidenció las implicaciones sociales, culturales y económicas de la población con la accesibilidad a los servicios de salud. Es por esto que esta investigación permitió conocer ¿Cuáles son los factores sociales, culturales, demográficos y del sistema de salud que intervienen en que las mujeres de 24 a 65 años que están adscritas al Centro de Salud de Betania, Teopisca, decidan realizarse la citología cervical?

La población de estudio fueron 1246 son mujeres de 25 a 64 años, la muestra seleccionada fue de 296 personas (95% de sensibilidad y margen de error 5%). 50% de ellas conformaron los casos y 50% los controles. Se realizó un estudio descriptivo, analítico, observacional y de cronología ambispectiva. Se realizó una entrevista semiestructurada con 23 preguntas de opción múltiple y un ítem abierto, que incluyó aspectos sociales, culturales, demográficos y del sistema de salud. Se analizó la percepción del tamizaje y las razones por las cuales se realizarían o no la prueba, asimismo el seguimiento y entrega de resultados. Se analizó las propuestas de todas las pacientes, para determinar en qué medida es necesario realizar y priorizar acciones estratégicas para aumentar el tamizaje de cáncer cervicouterino. El análisis estadístico se realizó con Chi Cuadrada para determinar correlación entre variables, Rho de

Spearman en variables ordinales y Odds Ratio para determinar los factores protectores y de riesgo para realizarse papanicolaou.

El capítulo I fue estructurado por el marco conceptual en donde se plasmó definiciones, estadísticas en cáncer cervicouterino y criterios de tamizaje. El Capítulo II: marco histórico donde se abordó los factores que apoyan o intervienen en el tamizaje a nivel mundial, nacional, estatal y regional. El capítulo III estableció los objetivos, relevancia de la investigación y diseño metodológico. El capítulo 4 expone los resultados principales, a la vez subdivididos en demográficos, culturales y del sistema de Salud. Finalmente, el capítulo 5 conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I Marco teórico referencial

1. Generalidades

El cáncer de cuello uterino como menciona la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2021) es una proliferación anormal de células en el cérvix, a su vez; es un resultado poco común a largo plazo de la infección persistente del tracto genital inferior por uno de los 15 tipos de VPH de alto riesgo (VPHar), que se denomina la causa "necesaria" (p.23). En México, la Secretaría de Salud (SSA, 2019) menciona que, el cáncer de cuello uterino es el crecimiento, desarrollo y la multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello del útero.

En ese sentido, casi todos los casos de carcinoma de cuello uterino se originan en la mucosa ectocervical o endocervical en la zona de transformación, el área del cuello uterino entre la unión escamocolumnar antigua y la nueva (FIGO, 2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) menciona que, por regla general, las células anormales tardan entre 15 y 20 años en convertirse en cáncer, pero en las mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como en el caso del VIH no tratado, este proceso puede ser más rápido y tardar entre 5 y 10 años.

Sin embargo, la edad de presentación promedio habitual para este cáncer se ubica entre la cuarta y quinta década de la vida. Los síntomas más comunes que nos deben hacer sospechar un cáncer de cuello uterino son: la presencia de sangrado genital

anormal, el sangrado postcoital o sinusorragia y la presencia de descarga o flujo vaginal persistente anormal. En estadios más avanzados de la enfermedad, las pacientes pueden presentar dolor pélvico o lumbar bajo (con o sin irradiación ciática), síntomas urinarios o digestivos bajos (Cuello & Miranda, 2018).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2024) informa que el grupo con tasa más alta de mortalidad corresponde al grupo de 50 a 54 años de edad con 11.4 por 100 mil mujeres, las mujeres de 45 a 64 años se encuentran en valor de la media nacional con 10.6. Pero, las cifras persisten elevadas luego de los 64 años de edad, incluso se igualan entre los grupos de 40 a 44 y de 65 a 69 años de edad (p. 17).

Debido a la alta morbi-mortalidad registrada en todo el mundo, se ha implementado la prevención primaria, secundaria y terciaria. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2023), desde el año 2020 implemento la estrategia 90-70-90, la cual consiste en 3 objetivos para el año 2030:

- 90 %. De cobertura de la vacunación contra el VPH en niñas a los 15 años;
- 70%. De cobertura de tamizaje (el 70% de las mujeres se someten a pruebas de alto rendimiento a las edades de 35 y 45 años)
- 90%. De tratamiento de lesiones precancerosas y del cáncer invasivo.

Al respecto, la FIGO (2021) menciona que, “la prevención primaria incluye todas las acciones de promoción a la salud además de la vacunación” por ejemplo la promoción de la salud, el tamizaje mediante citología cervical y un diagnóstico y tratamiento temprano (p.14).

Tomando en cuenta que, según lo mencionado por la OPS (2023), “Los VPH16 y VPH18 son responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello de útero en todo el mundo, y si se consideran también los VPH31, 33, 45, 52 y 58, estos siete tipos son responsables del 90% de los casos de cáncer de cuello de útero”.

El INSP (2021) indica que la vacunación contra el VPH en México se inició en el año 2006. El IMSS (2024) menciona que debe realizarse vacunación universal a las niñas y mujeres para disminuir la carga de la enfermedad por lesiones precursoras y CCU bajo el siguiente esquema:

- Una dosis para niñas de 9 a 14 años de edad
- Una dosis para niñas y mujeres de 15 a 20 años de edad

Por otro lado, la prevención secundaria se basa en el tamizaje mediante citología cervicovaginal o Papanicolaou. La Universidad Nacional Autónoma de México (2023) cita los siguientes antecedentes:

En 1917 el Doctor George Nicolas Papanicolaou estableció una asociación entre los patrones citológicos y los cambios en el ciclo ovárico y menstrual. En 1920 comenzó los estudios citológicos en humanos y su esposa fue su primer sujeto de experimentación a largo plazo. En 1923, sugirió el empleo de su método de la citología exfoliativa para el diagnóstico de cáncer uterino, pero fue cuestionado con respecto a registrar una distinción entre el carcinoma cervical y el endometrial, pero la técnica no diferenciaba ambos tumores.

En 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis cervicales y vaginales de voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer de Nueva York. Reunió a otras mujeres con cáncer de cuello uterino, confirmó sus observaciones y presentó esta nueva forma de diagnóstico. Tomó hasta la década de 1950 para que los ensayos clínicos de la prueba se llevaran a cabo en EE.UU.

La prueba de papanicolaou o citología vaginal “consiste en tomar una muestra de las células del exocervix y endocervix para luego analizarlas mediante la tinción de Papanicolaou” y determinar si existe alguna lesión intraepitelial de algo o bajo grado (CIN). La FIGO (2021), señala a la citología como cribado inicial en todo el mundo, para “detectar lesiones precancerosas cervicales prevalentes, como CIN de alto grado y adenocarcinoma in situ de manera temprana”, tratarlas de manera efectiva para prevenir el cáncer invasivo y disminuir las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino (p.22).

En el contexto nacional, Adaya-Salgado (2021) aseguró que en 1974 se estableció en México el Programa Nacional de Detección de Cáncer Cervicouterino; los primeros resultados se observaron en 1992, debido a que se mostró una “discreta disminución en la mortalidad”, a partir de ese entonces se registra que “en los años 2008

disminuyó la tasa de mortalidad de 13.3 a 6-8 por cada 100 000 mujeres gracias a la promoción del tamizaje” (p.33).

El IMSS (2024) establece que, en México, las pacientes de 25 a 29 años de edad, se deben realizar Citología como tamizaje primario. Si es negativa, se repite en un año. Con dos resultados negativos consecutivos, el próximo tamizaje con PAP se realizará a los 3 años. A su vez, en pacientes de 30 a 49 años de edad e incluso hasta los 64 años, la prueba de tamizaje de elección es la detección molecular de VPH-AR en lugar de la citología, con un intervalo de 5 años, para identificar oportunamente las lesiones precursoras de CCU y de adenocarcinoma (p. 33).

Lo que coincide con el protocolo de la OPS y la OMS (2009):

El personal de salud de primer nivel ofrecerá esta toma a mujeres entre 25 a 54 años de edad. Y a toda mujer que haya iniciado vida sexual, en especial a aquellas con factores de riesgo, y a quien la solicite independientemente de su edad.

Si la paciente está embarazada, la OPS (2009) indica que se puede realizar a quien lo solicite y en caso de no tenerlo vigente. Preferentemente, en el primer trimestre, tomando en cuenta que no exista ninguna contraindicación o 2 meses posparto.

La estrategia PrevenIMSS se implementó desde el 2022, que, entre otras cosas, atiende la salud reproductiva, la detección oportuna del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con el papanicolaou a partir de los 25 años, cada tres años después de dos detecciones anuales con resultado normal (IMSS, 2022).

Ahora bien, la AEPCC (2022), concuerda con que el cribado del CCU “se inicie a los 25 años, con independencia de la edad de inicio de las relaciones sexuales, del estado vacunal u otros factores de riesgo”. Debido a que la incidencia de CCU por debajo de 25 años es extremadamente baja y el cribado no ha demostrado ningún beneficio en la reducción de la incidencia, ya que, tiene poco o ningún impacto en las tasas de CCU invasivo hasta los 30 años.

Y respecto a la finalización del cribado, “las mujeres entre 50 y 64 años, que han seguido correctamente los programas de cribado y sus resultados han sido negativos

tienen una sexta parte del riesgo de desarrollar CCU entre 65 y 83 años” y es posible dar por terminado el tamizaje en este grupo de edad (AEPCC, 2022).

La Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia en el año 2022 menciona que, el cribado debe reunir algunos requisitos para tener los beneficios poblacionales esperados:

Que la historia natural del cáncer a cribar tenga una lesión precancerosa o que se pueda identificar en un estadio temprano, antes de una posible diseminación.

En el caso del CCU la detección de HSIL/CIN3, se considera la lesión precursora de cáncer, por lo tanto, es la entidad que mejor permite valorar la eficacia del cribado.

Que la(s) prueba(s) de cribado identifiquen las lesiones precancerosas o la enfermedad localizada con fiabilidad.

Que el programa de cribado permita garantizar el acceso a un diagnóstico confirmatorio y a un tratamiento efectivo de la lesión precursora o la neoplasia en estadio.

Que el cribado y el seguimiento de los individuos con pruebas positivas alcance una alta cobertura entre la población a riesgo.

La AEPCC (2022) incluso, menciona que mediante el tamizaje deben lograrse los siguientes objetivos:

Reducir la incidencia y mortalidad por CCU. Conseguir la curación de mujeres tratadas tras ser diagnosticadas gracias al programa de cribado que, en su ausencia, habrían desarrollado y/o muerto por CCU. Mejorar de la calidad de vida gracias a la posibilidad de realizar tratamientos menos agresivos de lesiones premalignas o CCU inicial detectados por el cribado. Beneficiar psicológicamente a las mujeres al saber que el resultado de una prueba de cribado negativa ofrece un intervalo de seguridad libre de enfermedad (riesgo mínimo de desarrollar un CCU o lesiones precursoras de alto grado).

Por otro lado, “al ser una prueba no 100% sensible ni específica”, también pueden presentarse resultados erróneos o de otra índole en las pacientes:

Es esperable que una proporción de mujeres, tenga resultados erróneos en las pruebas de cribado (falsos positivos o negativos). Molestias físicas asociadas a la exploración como dolor, sangrado o complicaciones derivadas del tratamiento de lesiones. Ansiedad al recibir un resultado de cribado anormal y someterse a un examen colposcópico y tratamiento posteriores (p. 54).

Este aspecto es más importante cuando se utiliza la prueba VPH, ya que, muchas mujeres pueden tener resultados positivos sin tener ninguna lesión asociada y tener que someterse a exploraciones adicionales y/o tener que esperar meses para comprobar si la infección persiste, lo que genera ansiedad y un impacto adverso en las relaciones de pareja. Retraso diagnóstico de la lesión debido a la presencia de resultados falsamente negativos. Sobretratamiento asociado a los resultados falsamente positivos con consecuencias directas como sangrado, infecciones, ansiedad y efectos adversos reproductivos posteriores (AEPCC, 2022).

1.1 Factores De Riesgo

Entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino Viquez & Araya (2022) mencionan los siguientes:

La infección por el virus del papiloma humano se considera una condición necesaria, aunque no suficiente, por lo que, se describen otros factores de riesgo como condiciones socioeconómicas bajas, consumo de tabaco, inicio de la actividad sexual a temprana edad, tener más de una pareja sexual, actividad sexual sin usar método de barrera, y edad temprana del primer embarazo

En cambio, Alonso-Triana et al. (2021) mencionan múltiples factores entre los que se incluye; comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana (antes de los 18 años), embarazo precoz, la multiparidad (más de 3 hijos), tener parejas sexuales múltiples (3 o más parejas sexuales) o contacto sexual con alguien que ha tenido varias parejas sexuales; el empleo de anticonceptivos orales por largos períodos, contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o antecedentes de enfermedad de transmisión sexual y antecedentes familiares de cáncer.

Moreno (2023) menciona además que, incrementa el riesgo aún más en “pacientes mayores de 50 años, obesas y posmenopáusicas” y que, “la obesidad y una historia familiar, permanecen como dos de los factores de riesgo más importantes”.

1.2 Citología mediante técnica de Papanicolaou

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2024), esta técnica se considera una prueba con “baja sensibilidad (56%) para el diagnóstico de lesiones de alto grado”, pero compensado por “muy alta especificidad”. Se requieren algunos requisitos para una correcta recolección y toma de la muestra, que incluyen:

Evitar la realización de la prueba durante el ciclo menstrual, evitar tener sexo vaginal 2-3 días antes, evitar uso de tampones, cremas vaginales, lubricantes o medicación vía vaginal 2-3 días antes y evitar duchas vaginales 2-3 días antes. El médico debe colocar un espéculo en la vagina de manera que se tenga una correcta visualización del cuello uterino.

Por supuesto que previamente a realizar alguna de estas dos pruebas debemos realizar un asesoramiento previo de manera verbal, como menciona el IPPF (2018) “antes de realizar la prueba de detección, un asesor/proveedor de servicios capacitado proporciona a la clienta asesoramiento específico y no directivo sobre la detección del cáncer cervicouterino, en un espacio que facilita la confidencialidad” para que la paciente pueda conocer “el proceso de detección, así como las ventajas y las implicaciones del conocimiento de los resultados” (p. 45).

En México, la Secretaría de Salud emitió en el año 2006 el Manual de Procedimientos para la toma de la muestra de Citología Cervical donde se establecen los siguientes lineamientos:

1.- Material y equipo: a) Llenado de una hoja de solicitud y reporte de resultados de Citología cervical. b) Portaobjetos: laminilla de vidrio de 25 x 75 mm, con espesor de 0.8 a 1.1 mm. c) Lápiz marcador. d) Espátula de Ayre modificada: instrumento alargado de 17.5 cm con dos diferentes extremos, uno en forma semicónica terminada en punta para

la muestra del canal endocervical y la otra punta bifurcada para la muestra del exocérvix. e) Espejo Vaginal de Graves. f) Guantes. g) Fijadores: alcohol etílico 96%, alcoholes, metanol 100%, propanolol 80% u otros alcoholes. h) Mesa de Exploración. i) Fuente de luz.

2.- Preparativos para la toma: a) Atención y entrevista de la usuaria. b) Preparación del material y equipo. c) Rotulado de la laminilla. d) Valoración ginecológica exterior: buscando lesiones microscópicas.

3.- Técnica para la toma de la muestra: a) Colocación del espejo vaginal: evitar usar lubricantes, aceite y jala previa a la colocación del espejo... colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas entre los dedos índice y medio... con los dedos índice y pulgar de la mano contraria separar los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal. Toma con la espátula de Ayre: deslizar la espátula por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical externo, girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión... Toma endocervical: introducir la espátula por la parte cónica en el orificio del canal cervical y hacer una ligera presión y girando a la izquierda 360°. Extender en la laminilla la muestra y en menos de 5 segundos fijarlos en alcohol al 96%.

La técnica de extendido de la muestra endocervical: tomar la muestra endocervical y extenderla en la laminilla porta objetos de manera longitudinal, de forma continua, delgada y uniforme... la muestra de exocérvix invertir la espátula y tomar de endocérvix e inmediatamente extender las 2 muestras... Posteriormente, fijar la muestra en alcohol de 96° en los primeros 5 segundos posteriores a la toma.

La AEPCC (2022) infiere que la citología tiene una sensibilidad subóptima y variable, que “oscila entre 40% y 75%, lo que obliga a un cribado repetido” y frecuente para compensar esta baja sensibilidad se realiza anualmente y posterior de dos resultados positivos, cada 3 años, por lo que el INSP (2021) asegura sería mas costo-efectiva la realización de VPH-ar al detectar 9 de cada 10 casos, en comparación con la citología (4 de cada 10), a su vez, no utilizarla de manera rutinaria permite evitar el sobrediagnóstico derivado de la identificación de infecciones o lesiones sin capacidad de progresión (p. 46).

Respecto a ello, la Guía de Práctica Clínica (2024) sobre Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones precursoras de cáncer de cuello del útero menciona como tamizaje de elección la prueba molecular de VPH de alto riesgo en mujeres de 30 a 64 años, con intervalo de 5 años o a los 25 años si son VIH (+) con intervalo cada 3 a 5 años (p. 46).

1.3 Seguimiento ante un resultado Positivo y Negativo de Papanicolaou

Respecto al tiempo desde la toma de la muestra hasta la entrega del informe citológico “no debe superar las 6 semanas” (AEPCC, 2022). En este sentido, En el Distrito Sanitario II, los resultados son devueltos al personal que realiza el tamizaje en aproximadamente 4 a 6 semanas, sin embargo, hubo casos que fue sino hasta 7 meses después. En el transcurso de la consulta para promocionar la Citología y durante la consulta para la toma de muestra, se informa a la paciente acerca de cuándo volver o cuándo preguntar por los resultados y, el personal se encarga de tomar un teléfono de contacto para realizar este informe.

Ante un resultado sin displasias se repite la citología en un año, si continua negativa, se realiza cada 3 años. Por otro lado, con una muestra inadecuada el personal de salud cuenta con 21 días para repetir la muestra.

Sin embargo, ante un resultado positivo (a malignidad o displasia) se tendrá que referir a un segundo o tercer nivel, en este caso al Hospital de la Mujer, o a Colposcopia al Hospital de las Culturas ambos en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Respecto a esto el Instituto Mexicano del Seguro Social (2024) acerca de los criterios de referencia y consideraciones indica:

Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG). Se repite la prueba en un año, si persiste la lesión se envía a colposcopia y toma de biopsia.

Células escamosas o glandulares atípicas de significancia desconocida (ASCUS, AGUS): Se realiza prueba molecular VPH de alto riesgo y si ésta última

prueba es positiva se refiere para colposcopia y toma de biopsia. Si es negativa, se realiza PAP anual.

Se debe de referir a las pacientes para evaluación y seguimiento en clínica de colposcopia, cuando la citología cervical reporte: células escamosas atípicas que no excluyan una lesión de alto grado (ASC-H); lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL), (NIC II) y/o displasia moderada, NIC III y/o displasia severa y cáncer in situ o algún tipo de célula cancerígena.

Si la citología muestra como resultado cáncer cervical como nuevo diagnóstico, la paciente deberá ser vista en la clínica displasia o módulo de colposcopia en un tiempo no mayor de tres semanas; para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y de células glandulares atípicas (AGC), deberá ser vista dentro de las seis semanas siguientes al diagnóstico.

Entre otros criterios de referencia en que se hace hincapié en la Guía de Práctica Clínica (IMSS, 2024) se incluye:

Deberán referirse a todas las mujeres postmenopáusicas que presentan sangrado uterino anormal para valoración ginecológica.

Si en la exploración ginecológica durante la toma de la citología cervical, se sospecha de cáncer cervical debe ser referida al ginecólogo.

La citología cervical como tamizaje no debe de realizarse en mujeres, en cuya exploración de cérvix se observen signos y síntomas de cáncer cervical. Estas mujeres deberán ser referidas de forma inmediata para colposcopia.

Referir a Clínica de Colposcopias a mujeres mayores de 30 años con Lesión intraepitelial de Bajo Grado.

1.4 Tamizaje Mediante Citología Cervical en situaciones especiales

El IMSS (2011) en la Guía de Práctica Clínica sobre prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de atención establece que la toma y seguimiento correcto debe realizarse:

a) En mujeres que se sometieron a histerectomía total no relacionada con cáncer cérvico uterino, puede discontinuarse la toma de citología cervical. b) Las mujeres a quienes se les ha realizado una histerectomía subtotal (cuello uterino intacto), deberán continuar con la citología de acuerdo a lo recomendado en la guía. c) En mujeres con histerectomía subtotal y total relacionada a lesiones de alto grado, se deberá continuar con citología cervical y/o vaginal anual. d) En mujeres embarazadas sin antecedente de citologías previas, se sugiere realizar la citología igual que en las mujeres no embarazadas. e) Mujeres inmunocomprometidas (por ejemplo, con trasplante de órgano, en tratamiento de quimioterapia, con virus de inmunodeficiencia adquirida y con enfermedades de la colágena) se someterán a citología cervical anual. f) Las mujeres que tiene sexo con mujeres deben realizarse la citología cervical, con la misma frecuencia que las mujeres que tienen sexo con hombres (p. 21 – 22).

1.5 Sistema Bethesda

Cuba et al. (2019), mencionan que Papanicolaou desarrollo un sistema de clasificación que incluye cinco clases o estadios, desde normal hasta cáncer invasivo, con atipia, displasia y carcinoma *in situ*. A su vez, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en el año 2001 desarrolló el sistema Bethesda para unificar las clasificaciones:

En esta clasificación, las células atípicas se dividen en:

- Normal
- ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado
- LEIBG: Lesión intraepitelial de bajo grado
- LEIAG: Lesión intraepitelial de alto grado

Clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los informes citológicos:

- Anomalías celulares epiteliales:
- Célula escamosa atípica (ASC).
- De significado indeterminado (ASC-US).
- No puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). Incluye el VPH y NICI.
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL). Incluye NICII y NICIII (p. 17)

1.6 Algunas estadísticas que sugieren fracaso del tamizaje

A pesar de todos los esfuerzos dirigidos a prevención, tamizaje o tratamiento oportuno, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) informa que, el cáncer de cuello uterino “es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia aproximada de 660 000 nuevos casos y 350 000 muertes en 2022” y en ese mismo año más del 94% de las 350 000 muertes causadas por el cáncer de cuello uterino se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2023 menciona que, el Cáncer cervicouterino es el octavo cáncer más frecuente en todo el mundo y la novena causa de muerte por cáncer.

La OMS (2023) infiere que las “desigualdades que obedecen a la falta de acceso a los servicios nacionales de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y de cribado y tratamiento del cáncer de cuello uterino” favorece el aumento en las tasas de mortalidad por CCU, pero no solo tiene que ver con los servicios de salud, sino también a determinantes sociales y económicos.

A nivel nacional en México, se menciona que:

Para el año 2020 el cáncer cervicouterino es el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres, con un estimado de 9 mil 439 nuevos casos y 4 mil 335 muertes. Una tasa de incidencia de 12.6 y de mortalidad de 5.7 por 100 000 mujeres y que, en el año 2021, el Instituto detectó mil 155 casos

nuevos y mil 59 defunciones con una tasa de incidencia de 2.26 por 100 mil y una tasa de mortalidad de 5.23 por 100 mil.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) cita lo siguiente:

En el año 2017, la mortalidad en el grupo específico de mujeres de 25 años y más años de edad fue de 4,031 defunciones, con una tasa de 11.2 por 100,000 mujeres de 25 años de edad y más, con un promedio de edad a la defunción de 58.8 años. Las entidades con mayor mortalidad son: Chiapas (19.7) Quintana Roo (17.7), Morelos (16.0), Yucatán (15.6), Veracruz (14.4) y Oaxaca (13.5).

El Instituto señala que, “1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas, se debe a cáncer de cuello uterino” y, desde 2006 el cáncer de cuello uterino “es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en el país” (INEGI, 2022). A pesar de los esfuerzos realizados en el tamizaje las estadísticas no logran cambios significativos, como se mencionó previamente los estados del sur continúan destacando en los primeros lugares de mortalidad. En los países desarrollados existe mayor morbilidad respecto a los países en vías de desarrollo, la mortalidad es mucho más alta en estos últimos.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública, “la mortalidad por cáncer cervical en México no ha tenido un descenso franco, reflejado en el total de años perdidos por defunciones a causa de este cáncer, estimados en 365 677 años acumulados perdidos entre los años 2013 y 2016” (INSP, 2021). Pero, lo más preocupante es reportado por el IMSS en el año 2022, mencionando que “el Estado de Chiapas destaca por tener una tasa de mortalidad de 11.91, la más alta del país” (SEGOB, 2022).

La ausencia de cribado es actualmente el factor de riesgo más importante para desarrollar un CCU (AEPCC, 2022). Además de ser muy representativo respecto a la mortalidad, ya que, esta continua en aumento por los diagnósticos del cáncer cervicouterino en fases o estadios muy avanzados.

Tomando en cuenta las condiciones propias de la población y determinadas por la epigenética, existen otros factores agregados que podrían estar interviniendo en prevención primaria y secundaria de este padecimiento. Ya que, a nivel social Zapata, Miranda et al. (2018) cita que los factores personales para la aplicación de un modelo de

promoción de la salud, se clasifican en biológicos como: edad, sexo, índice de masa corporal, estado de pubertad, estado menopaúsico, la capacidad aeróbica, la fuerza y la agilidad; factores psicológicos se incluyen: autoestima, automotivación, competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud; y factores socioculturales se incluyen la raza, etnicidad, aculturación, educación y estrato socioeconómico (p. 29).

1.7 Importancia de la Prevención primaria vs Prevención secundaria en el contexto comunitario

La Federación Internacional de Planificación Familiar, en el año 2018 en su Guía práctica para programas de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino hace énfasis en que los países que han introducido la vacunación contra el VPH en sus programas de inmunización “han informado de una disminución del 50% en la tasa de incidencia de lesiones precancerosas uterinas y cervicales...en cambio, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Japón, donde la vacunación contra el VPH no se recomienda de manera proactiva, aumento en un 3.4% de 1995 a 2005”.

Además, “Las mujeres vacunadas pueden considerarse plenamente protegidas y es posible que en el futuro no deseen someterse a pruebas de detección...” (p. 40), lo cual podría verse reflejado en la baja cobertura, aunque hay que considerar que en las poblaciones indígenas la vacunación sigue siendo un tabú importante de magnitud similar al tamizaje de cáncer cervicouterino esto impide ambos procesos preventivos por la dificultad de cambiar la perspectiva individual y comunitaria.

La GPC (IMSS, 2024) establece que, a pesar que la infección por VPH 16/18 es poco frecuente en todas las personas vacunadas, independientemente del número de dosis (p. 26) deben continuar su detección de cáncer cervical de la misma forma que las no vacunadas.

Capítulo II Marco Histórico

2.1 Características sociales que impiden el Tamizaje contra Cáncer Cervicouterino

En el año 2014 Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez investigaron en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México las posibilidades de prevención de CCU y VPH, al respecto manifiestan “negativas de sus parejas varones para "aceptar protegerse" y que éstos no se "cuidan" cuando tienen relaciones sexuales con otras mujeres, lo cual - evidencia prácticas de infidelidad, mala comunicación y algunas conductas "machistas", como prohibir a sus parejas que acudan a revisión ginecológica porque "creen que la intimidad es de su propiedad”.

A nivel social, se identificaron dos factores; el educativo y el religioso:

En cuanto al religioso, los testimonios refieren que, en algunos casos, los curas (*sic*) o guías espirituales les dicen que no deben dejar que las revisen porque es pecado, así como es pecado que las niñas se toquen y exploren su cuerpo. Estas creencias implican una carga de señalamiento negativo por la sociedad, difícil para muchas mujeres que son diagnosticadas con cáncer cervical, ya que se cuestiona su comportamiento sexual.

Respecto a lo educativo, las mujeres refirieron que les hacía falta tener más información, debido a que, las escuelas carecen de educación sexual. La baja escolaridad dificulta asimilar algunos conceptos biomédicos o incluso poder leer sus resultados de la prueba de Papanicolaou. Una ausencia es que no mencionan la información de trípticos, carteles o anuncios del sector salud encaminados a la detección oportuna del cáncer cervical.

A su vez, se hizo énfasis en el sector salud, en donde interviene la accesibilidad a los centros de detección y tratamiento, las barreras geográficas, culturales y de lenguaje que podrían existir, las pacientes entrevistadas expresaron:

...sólo recibían atención cuando iban las brigadas, pero cuando bajaban a la ciudad ahí no les hacían caso. La accesibilidad no sólo tiene que ver con contar con una clínica de medicina familiar o un hospital de tercer nivel de atención cerca

de su lugar de residencia; implica las relaciones que surgen entre las mujeres usuarias y el personal médico, lo cual en no pocas circunstancias resulta en una mala calidad en la atención, en la toma de la prueba o en la explicación de los resultados, entre otras cuestiones vinculadas con su salud. Interviene asimismo el aspecto económico ya que las mujeres dejan de acudir a los centros de salud o a consultorios privados porque no pueden pagar la consulta o, en caso de ser necesario, los estudios posteriores que confirmen el diagnóstico.

Otros factores que intervienen de manera negativa en el tamizaje según lo concluido por Ybarra-Sagarduy & Pérez (2012) quienes realizaron una investigación en jóvenes universitarios de Tamaulipas, México se incluye:

...el pudor o la falta de tiempo, vergüenza, falta de información sobre el examen, el temor a ser atendida por un varón y la desidia. Las mujeres señalaron tres razones por las que suponían que las propias mujeres no se hacen la prueba: el dolor al realizárselo, el no tener relaciones sexuales completas en el momento y el temor de un trato inadecuado por el personal.

En otro estudio realizado en un Centro de Salud de Nicaragua, se señalan algunos factores que infieren negativamente en el tamizaje, argumentando que “entre más grande la distancia menos probabilidad de realizarse un PAP”, las mujeres consideran que “el PAP es doloroso y molesto de realizar”, son razones explícitas que las mujeres refieren y se han convertido en “barreras psicológicas” relevantes para no hacerse el examen (Pichardo-Nárvaez, 2015).

Otras razones en torno a la realización de papanicolaou y las razones de su limitación, según Pichardo-Narváez (2015), se encontró:

59.9% afirman que las jóvenes no deben realizárselo, y 5.6% que sólo es para mujeres enfermas, 12.7% considera que si se realizan el PAP puede enfermar; como por ejemplo el temor que las mujeres sienten a la falta de esterilización del material... 66.1% piensa que el Papanicolaou es sólo es para mujeres que tienen vida sexual activa (p.37).

El 40.4% de las pacientes les da pena hacerse el examen y 41.1%% les da pena que un hombre las vea y las toque, ya que 32.1% no tienen tiempo para hacerse el examen, 42.9% no quieren y 17.9% no tienen dinero para pagarlo. 8.3%% opina que "Hacerse el PAP no es de mujeres decentes", 15% piensa que "no me hago el PAP porque sólo una pareja he tenido", y solamente 13.3% no se dejan tocar por otro hombre que no sea su esposo y 8.3% que está prohibido para ellas.

En la entrevista a profundidad realizada a la mujer madura opina, que el examen lo tiene que hacer una mujer de otra manera se sentirá molestia, este temor a descubrir que "se está enferma" y las implicancias posteriores, no anima a las mujeres a buscar atención y prefieren "No saber"; también, se debe a la falta de confianza de los resultados o del personal que toma la muestra y por ende el resultado no es el esperado.

Adaya-Salgado (2021) de igual forma menciona que, existen factores que desalientan el uso de la prueba:

...El temor y sus resultados, el desconocimiento del examen y el sentimiento de menosprecio. La baja adherencia a la prueba de tamizaje para cáncer cervicouterino incluye razones como educación deficiente aspectos culturales, aspectos religiosos, información errónea, acceso y calidad en cuanto a los servicios de salud. Además, en la población latina, existen múltiples creencias sobre el desarrollo de este tipo de cáncer, por ejemplo, lo asocian con el uso de píldoras anticonceptivas, mala higiene o que tengan hijos, siendo esto una limitante para la búsqueda de la atención.

Otras limitantes encontradas se basan en la ideología de la población respecto a los juicios morales que se emiten respecto a cáncer cervicouterino como "consecuencia de una vida sexual inapropiada" o que "Dios les da a las mujeres cáncer de cuello uterino porque han vivido una mala vida" o que, "las enfermedades son por mala fortuna sin poder hacer nada para prevenirlo" (Adaya-Salgado, 2021).

Otro estudio realizado por Velasco et al. (2018) en Tenosique de Pino Suarez, Tabasco, México, recalcan algunos factores más que interfieren en el tamizaje y en las revisiones ginecológicas:

Se identifican además factores como el educativo y el religioso. Respecto a lo educativo, las mujeres refirieron que les hacía falta tener más información; ya que, las escuelas carecen de educación sexual, en la mayoría de los casos la baja escolaridad dificulta asimilar algunos conceptos biomédicos o incluso poder leer sus resultados de la prueba de Papanicolaou.

Una ausencia que no mencionan es la información de trípticos, carteles o anuncios del sector salud encaminados a la detección oportuna del CACU. Entre las razones por las que las mujeres no se realizan la citología, se obtuvo razones como no considerarlo importante 75%, pena y embarazo en un 8%, no tener pareja en un 6% y miedo en un 3%.

Otro impedimento es que, al igual que sus parejas ellas prefieren que el personal de salud que realice la citología debe ser del sexo femenino... es importante sensibilizar a la población masculina sobre lo importante de prevenir la enfermedad invasiva de cuello uterino. Ya que como se ha mencionado las parejas hombres y la pobre importancia que le dan a la prueba son los principales impedimentos.

Un estudio realizado por Gómez y Bezerra (2010) en la Centro de Parto Ligia Barros Costa, Ceará, Brasil, mencionan:

La situación de trabajo de la mujer, las dificultades financieras y la movilidad, la falta de directrices adecuadas para parte de los profesionales sobre la necesidad de volver, las dificultades para trasladar la fecha de retorno, y largos tiempos de espera para fijar un horario para la consulta y la reducción de los recursos materiales y humanos.

El Instituto Nacional de Salud Pública en México, menciona que “las mujeres en grupos socioeconómicamente más desfavorecidos son las más afectadas debido a las barreras de acceso a servicios de salud” (INSP, 2021). En este sentido, en este Centro

de Salud, se atiende a comunidades aún más lejanas, como Chivero y Chichihuistan las cuales se encuentran a distancia de 1- 2 horas en vehículos y hasta 4 horas caminando y la mayoría de las personas que acude lo hace de esta última forma, aunado a que sólo hablan tsotsil y no leen o escriben y si se requiere un seguimiento, no vuelven.

Sin embargo, en el trabajo de investigación de Ybarra-Sagarduy & Pérez (2012), se recalca que “tres de cada cuatro mujeres universitarias activas sexualmente no se practicaban la prueba de Papanicolaou”, lo cual concuerda con la baja cobertura alcanzada por el tamizaje en la población mexicana, pero no con la relación directa entre escolaridad o el nivel educativo y uso de esta prueba, pues “se supondría un mayor uso en la población universitaria”.

A diferencia de lo que podría intuirse Adaya- Salgado (2021) recalcaron que, no hubo diferencias significativas que relacionaran el nivel de estudios con el tamizaje, “un mayor nivel de conocimientos acerca del tema tiene relación con una mayor probabilidad de empleo de la citología” y con ello un diagnóstico precoz. Sin embargo, los estudios revelan que “la sociedad tiene un conocimiento deficiente o presentan actitudes poco favorables hacia la toma de papanicolaou” y poca preocupación del “autocuidado de la salud”, es común que acudan hasta presentar síntomas que interfieran en sus actividades o de larga evolución tratados ya empíricamente.

2.2 Factores que influyen de manera positiva a la realización de papanicolaou

Adaya-Salgado (2021) por su parte menciona como los principales factores que incentivan a la realización de la citología cervical:

Tener empleo, que la pareja este de acuerdo, que le tomen importancia a realizarse el examen oportunamente, que el personal de medicina preventiva de la institución las derive a realizarlo, tener conocimiento de los horarios en que pueden acudir a realizarlo no ser maltratada por el personal, así como conocer oportunamente los resultados.

Pichardo-Narváez (2015) en su investigación realizada en Managua, Nicaragua, respecto al papel y la importancia que juega la figura masculina en este proceso, mencionan que “84.1% de las parejas de estas pacientes aprueban que se realice el examen, 13.6% no opina al respecto y 2.3% prohíben que se realice la prueba”.

Ybarra & Pérez (2012), mencionan factores asociados con la participación en el tamizaje cervical con la prueba PAP:

Factores que incentivan a la participación: que exista un antecedente de haber utilizado los sistemas de salud para la planificación familiar, el antecedente de infección vaginal, y el consentimiento del varón en el contexto mexicano puede ser un importante factor para que una mujer se haga esa prueba.

En un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar en Guadalajara Jalisco por Adaya-Salgado en el año 2021, los factores que impiden decidirse realizarse papanicolaou, son:

Grupo etario, estado civil y nivel de conocimientos, además de desconocimiento de la edad de inicio de la toma de la prueba y la frecuencia de realización de la misma. Y suponer que no se necesita la prueba al no presentar ningún síntoma o por el hecho de no tener hijos consideran que es de baja relevancia o impacto para su vida.

Además, la salud sexual y reproductiva se ve influenciada por el contexto de vida y repercute en las experiencias relacionales abarcando cuestiones culturales, laborales, económicas, familiares, político-sociales y religiosos. Además, cuando se realiza el diagnóstico, este significa “dolor físico, sufrimiento, altos costos del diagnóstico, tratamiento en control, resulta en catastrófico para las pacientes e instituciones” (Adaya-Salgado, 2021).

Asimismo, existen factores fundamentales que determinan la utilización de los servicios de salud “las redes sociales, conformadas por el individuo, la familia y los amigos, el grado de conocimientos de la persona y de sus relaciones sociales sobre el proceso de salud y enfermedad”, así como “la decisión de acudir o no a hacerse una prueba de detección oportuna”. Pero depende de la necesidad percibida por el paciente,

por el personal de salud y de las características sociodemográficas (composición familiar, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, y demás) de la persona, sus medios económicos y los recursos comunitarios (Ybarra-Sagarduy & Pérez, 2012).

Tomando en cuenta lo anterior se describe que “una tasa nacional elevada de mortalidad por CACU es no sólo un fracaso de los sistemas de salud sino una tragedia económica, familiar y afectiva que refrenda las evidencias de una inequidad social y sanitaria” en las zonas rurales (Velasco et al., 2018).

Otro estudio realizado por Nájera et al. (1996) en Oaxaca, México, mencionan:

La decisión de un individuo asintomático de someterse a una prueba de prevención o detección oportuna depende de que crea en la factibilidad y utilidad de la prevención, de que tenga una percepción clara del problema que se pretende prevenir y de que exista un factor o varios que lo predispongan a solicitar la prueba. Los factores fundamentales que determinan la utilización de los servicios de salud se encuentran las redes sociales... en función de la necesidad percibida por el paciente y características demográficas (composición familiar, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad).

El grado de conocimientos de la persona y de sus relaciones sociales sobre el proceso de salud y enfermedad, sus medios económicos, los recursos comunitarios y otros servicios en las distintas comunidades, interviene en la decisión de acudir o no a hacerse una prueba de detección oportuna.

De hecho, en países desarrollados la prueba de Papanicolaou, como intervención médica de detección oportuna en el nivel poblacional, ha reducido enormemente la mortalidad por cáncer cervicouterino, mientras que su impacto en la prevención de este tipo de cáncer ha sido escaso en países en desarrollo debido a factores tales como la baja cobertura de mujeres en alto riesgo, ya que, las mujeres con mayor posibilidad de desconocer la función de las pruebas de detección oportuna fueron analfabetas, bajo nivel socioeconómico habitantes de zonas rurales.

Por otro lado, Velasco et al. (2018) sugiere que, para mejorar la cobertura del tamizaje es necesario aplicar un modelo de promoción de la salud, que incluya los factores personales existentes, se clasifican de tres maneras distintas: “biológicos: edad, sexo, índice de masa corporal, estado de pubertad, estado menopaúsico, la capacidad aeróbica, la fuerza y la agilidad”; “factores psicológicos: autoestima, automotivación, competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud”; y “factores socioculturales: la raza, etnicidad, aculturación, educación y estrato socioeconómico”.

No se justifica el elevado número de muertes de mujeres debido a una enfermedad cuya prevención se presenta tan efectiva cuando se aplica adecuadamente. Gómez et al. (2010) insisten en que “es necesario considerar que la prevención no debe ser una condición a planificar, organizar en un caso aislado y separado del contexto social, la prevención implica las políticas públicas, las acciones y la participación profesional.

Cabe mencionar que, existe una enorme preocupación global de que la pandemia de SARS-CoV-2 ha exacerbado la baja cobertura del programa de prevención de cáncer cervical por el miedo a asistir a las clínicas y el desabasto de insumos, lo que muy probablemente resultara en un aumento en el número de casos de cáncer cervical (INSP, 2021).

2.3 Determinantes en Salud

Entre las principales categorías de determinantes intermedios de la salud que menciona la Organización Mundial de la Salud (2020) se incluyen:

Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables y ropa apropiada) y el entorno físico de trabajo. Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales. Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos. Cohesión social: la existencia de confianza mutua y

respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud. Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

Según De La Guardia-Gutiérrez (2020) haciendo énfasis en lo descrito por la Organización Mundial de la Salud, señala que las Determinantes Sociales en Salud son aquellas "circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud", también menciona:

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas...Estas diferencias configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. Se incluyen atributos estructurales y/o sociales: Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud.

2.4 Barreras lingüísticas en la relación médico-paciente (tsotsil-español)

En una investigación realizada en Huixtan, Chiapas acerca de "El desplazamiento de la lengua Tsotsil", Pérez (2019) menciona la importancia de las lenguas maternas y la importancia de familiarizarse con ellas:

Hablar la lengua materna con otra persona es lo más agradable, se siente a gusto porque existe confianza, aunque se hable bien otra segunda lengua... pero hablar la lengua materna, nos identifica en primer lugar de que municipio somos, es parte de nuestra identidad personal...

Respecto a las barreras lingüísticas y no hablando exclusivamente del contexto relación médico-paciente, Pérez-Martínez (2019) también menciona que:

Cuando existen personas que no hablan la misma lengua se puede presentar una interferencia en la comunicación, lo que provoca un mal entendimiento de las situaciones...cuando las personas se comunican en la misma lengua se comprende la información, además de una mayor confianza al tratar los temas que se platica. De este modo podemos concretar que el uso de la lengua tsotsil con respecto a las personas que lo hablan se puede dar en cualquier espacio y de manera confidencial...

Como ya se ha señalado, la importancia de comprender ambos idiomas es necesario, en el universo de estudio de esta investigación el idioma predominante es tsotsil, debido a que la mayoría de las personas son originarias de municipios como Chamula, Zinacantán, y Amatenango del Valle. A pesar de que muchos de estos habitantes han tenido que aprender español, en el contexto familiar o con amigos y vecinos predominan las pláticas en tsotsil. Algo importante a destacar, según lo observado es que los adultos mayores de 60 años y algunas mujeres de aproximadamente 30 años que acuden a la consulta no hablan español, en este sentido, los familiares (hijos o esposo) respectivamente son quienes expresan la patología, interfiriendo de esta manera en el proceso de comunicación, mermando quizá en el diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento.

2.5 Acciones encaminadas hacia una mayor cobertura de Tamizaje contra cáncer cervicouterino

La Federación Internacional para Planificación Familiar (IPPF, 2018) recomienda además de informar a las mujeres (quienes son el objetivo del tamizaje) crear conciencia para prevenir el CaCu “entre varones y miembros de la familia para reducir las barreras sociales que afectan la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios de detección y tratamiento” además de incluir a la sociedad mediante los distintos grupos que la conforman:

Involucrar a personas líderes dentro de la comunidad para que movilicen a las mujeres a fin de que asistan a los servicios integrados de alcance comunitario.

Involucrar a fábricas y otros lugares de trabajo para financiar servicios integrados de extensión, y reducir las barreras clave para acceder a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.

Usar acompañantes (es decir, trabajadores comunitarios de salud) para ayudar a las mujeres con resultados anormales a navegar por el sistema de salud y superar las dificultades para obtener una atención adecuada y oportuna.

Implementar visitas domiciliarias para difundir información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino y conectar a las mujeres con los servicios de detección y tratamiento.

Involucrar mujeres jóvenes (por ejemplo, identificadas en el ámbito escolar, por parte de las y los educadores) para que transmitan mensajes a sus madres/parientes sobre la prevención del cáncer cervicouterino y el acceso a los servicios.

2.6 Calidad de la atención hacia la mujer en un primer nivel de atención

“la empatía es clave para la relación médico-paciente, pues un médico con conducta evitativa hará que el paciente se niegue a contarle sus problemas retrasando el proceso de recuperación” (Pacheco, 2021); esto se podría presentar en el contexto de la relación con las pacientes por los tiempos limitados para otorgar la consulta, la gran afluencia de pacientes, sin dejar a un lado los formatos que además de ser minuciosos deben ser impecables.

Por su parte, Carreño-Pérez (2020) afirma que, “la comunicación es verbal y no verbal”, por ello, debemos reforzar la comunicación de nuestro comportamiento. La relación médico-paciente es el fundamento de la práctica profesional y se basa, entre

otras cosas, en las “habilidades del médico para comunicarse y para generar confianza” (p. 21).

Otras cualidades en las que se hace énfasis son necesarias para el médico; “desarrollar habilidades entre las que destacan ser un entrevistador de individuos y familiar, ser facilitador efectivo entre los procesos de negociación y de solución de problemas” para lograr una “relación/médico/paciente/familia efectiva” para un tratamiento exitoso (Pacheco, 2021).

En el Centro de Salud de Betania se intenta en todo momento establecer una relación con el paciente lo más adecuadamente posible, en los consultorios se trabaja exclusivamente con un médico, únicamente se solicita asistencia de enfermería para procedimientos estériles y/o legales. Respecto al material utilizado en los procedimientos, en este caso la citología cervical vaginal se cuenta con el instrumental desechable y estéril para cada paciente. Respecto a la lámpara para visualización se toma prestada de alguno de los núcleos de las médicas adscritas.

CAPITULO III

3.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La citología cervical es un procedimiento que consiste en tomar una muestra de las células del exocérnix y endocérnix y así mediante la tinción de papanicolaou al microscopio es posible identificar algún crecimiento anormal en el epitelio del cuello uterino (FIGO, 2021). Desde su invento en 1920 y patentización en 1950 se ha utilizado en todo el mundo, en México desde 1974 se ha introducido en el sistema de salud, sin embargo, en el año 2008 aumenta su auge en todos los niveles de atención como tamizaje inicial y prevención secundaria de cáncer cervicouterino (Adaya-Salgado, 2021).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2023 informó que el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia aproximada de 660 000 nuevos casos. Y, las tasas más

elevadas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino se dan en los países de ingreso bajo y mediano (OMS y OPS, 2023).

A nivel nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social informó que, en México, para el año 2020 el cáncer cervicouterino es el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres y que desde el año 2006 en el país no se han logrado cambios significativos en las estadísticas (SEGOB, 2022). Asimismo, se menciona una tasa de incidencia de 12.6 y de mortalidad de 5.7 por 100 mil, pero lo más preocupante es que el Estado de Chiapas destaca por tener la tasa de mortalidad más alta del país (11.6) (IMSS, 2022).

En todo el país se han desarrollado distintas acciones de prevención y promoción, sin embargo pese a todo esto, el tamizaje se ha visto obstaculizado por distintas variables, que en ocasiones pueden implicar aspectos relacionados con el sector sanitario, pero también con la paciente y su entorno; incluso se habla de un fracaso del cribado, ya que, el cáncer cervicouterino en México se encuentra en 2do lugar por padecimiento oncológico en la población femenina y se recalca que Chiapas cuenta con la mayor tasa de mortalidad del país por esta afección, lo que se atribuye a detección en fases avanzadas, y en general las pacientes solo acuden a una revisión cuando experimentan síntomas o molestias.

Al respecto, se ha evidenciado en la comunidad de Betania y las localidades adscritas al Centro de Salud (6633 habitantes de las cuales 1246 mujeres conforman el grupo de estudio), que apenas el 17.57% de la población femenina en edad de 24 a 65 años acude a realización de la citología y tan solo el 4.5% acude a un segundo examen o continúa con seguimiento anual. De hecho, a partir del 2020 hasta la fecha el cribado continúa con muy poco impacto, por ello es importante conocer ¿Cuáles son los factores sociales, culturales, demográficos y del sistema de salud que intervienen en que las mujeres de 24 a 65 años que están adscritas al Centro de Salud de Betania, Teopisca, decidan realizarse la citología vaginal?

3.2. Justificación

El cáncer cervical causa 4 000 muertes de mujeres al año en México, a pesar de ser “el cáncer más prevenible gracias al tamizaje y vacunación contra el virus de papiloma humano”. “Ninguna mujer debería morir por una enfermedad que sabemos cómo prevenir y tratar” se pueden prevenir a nivel mundial “más de 19 millones de muertes por cáncer cervicouterino en los siguientes 40 años si garantizamos la vacunación, el tamizaje efectivo y el tratamiento oportuno” (INSP, 2021).

En México, para el 2020 el cáncer cervicouterino es el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres y Chiapas destaca con la tasa de mortalidad más alta del país, también se mencionan los otros estados del sureste del país.

En la comunidad de Betania, en el contexto de la relación médico-paciente se observó que la mujer en muy pocas ocasiones acude sola a consulta, la mayoría de veces acuden acompañadas de esposos o padres. Se ha evidenciado un ambiente de desigualdad social y machismo en el que las mujeres sólo hablan tsotsil y si hablan español tienen que tener el permiso para poder expresarse, incluso cuando llegan a consulta (de cualquier otra índole ajena a la ginecológica) el esposo es quien explica la patología.

Sin mencionar que, la mayoría de las pacientes de estas localidades cuentan con los factores de riesgo que mencionan las bibliografías consultadas, como inicio de vida sexual activa a temprana edad, multiparidad, analfabetismo, bajo nivel económico, y otro factor en común es que los esposos migran a otro país (estados unidos en su mayoría) y permanecen ahí durante varios años.

Además de ello existe el incumplimiento de distintos derechos como la educación, la libre expresión y el matrimonio, ya que, se ha observado a pacientes de 18 años multigestas y con esposos de más de 60 años o pacientes menores de edad que deben contraer matrimonio en contra de su voluntad. Las consultas para planificación familiar y toma de papanicolaou la mayoría de ocasiones tienen que ser a escondidas de sus parejas, incluso ellas piden completa privacidad y que nadie más que el personal de salud que lo realiza lo sepa. Sin embargo, los servicios de salud ayudan a que las

mujeres puedan tener acceso a su salud en varios ámbitos, incluidos en temas ginecológicos y de salud mental.

Los registros de 2013 a 2023 evidencian una muy baja cobertura del tamizaje contra cáncer cervicouterino, por lo que es imposible plantear la incidencia o prevalencia de esta patología en todos los grupos de edad. De hecho, la Jurisdicción de Salud II Región Tseltal-Tsotsil del Estado de Chiapas menciona que, como Metas Anuales, se deberán realizar 60 Citologías Vaginales a mujeres de 25 a 34 años, además de 52 tomas de PCR a mujeres de 35 a 64 años; es importante mencionar que al inicio de esta investigación (marzo 2024) apenas se habían realizado 3.5% de las metas.

Esta investigación pretende conocer los factores que intervienen de manera positiva y negativa para que las mujeres decidan realizarse citología vaginal, además de ampliar un panorama para en un futuro reforzar factores positivos, pero con poca magnitud y así dar a conocer la importancia de un tamizaje oportuno e incentivarlas a preservar su derecho a la salud.

3.3 Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en que las mujeres de 25 a 64 años adscritas al Centro de Salud Betania Teopisca decidan realizarse citología cervical

3.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer los determinantes sociales de salud que podrían impedir realizarse papanicolaou
2. Identificar los factores sociales, culturales, demográficos y sanitarios que incentivan a la realización del papanicolaou
3. Analizar las propuestas que las pacientes proponen para mejorar el tamizaje contra cáncer cervicouterino

3.4. Diseño Metodológico

3.4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y analítico, con una secuencia temporal transversal, ya que, las encuestas se llevaron a cabo en un determinado periodo de tiempo. Observacional, debido a que, el investigador se limitó a observar los valores de las variables estudiadas. De cronología ambispectiva debido a que se recogió información de años pasados (2013 a 2023) para analizar la cantidad de pacientes que acudieron a realizarse papanicolaou, pero se recabaron datos en el presente para analizar la información tanto en el grupo de casos como el de controles.

3.4.2. Universo y/o Población de estudio

El estudio se desarrolló en Betania, localidad situada en el Municipio de Teopisca (en el Estado de Chiapas). Hay en total 3804 habitantes. Es el pueblo más poblado en la posición número 3 de todo el municipio. Betania está a 2,187 metros de altitud. Se encuentra a 9.0 kilómetros (en dirección Suroeste) del municipio de Teopisca. Con coordenadas GPS son Longitud (dec): -92.523056, Latitud (dec): 16.610000 (Mapas de México, 2023).

Específicamente, la investigación se realizó en el Centro de Salud Rural de 2 Núcleos Básicos, Betania, el cual atiende a toda la población de Betania y a otras localidades, como Cañada, Sureste, Linda Vista, Montelibano, Nuevo Zinacantán, Nuevo Amatenango, Nazareth, Benito Juárez, San Gerón, San Marcos, en total la población adscrita al Centro de Salud son 6633 personas.

La población fueron mujeres de 25 a 64 años de edad (1246 pacientes) adscritas al Centro de Salud Betania, de las cuales se tomaron en cuenta aquellas que acudieron entre el 2013 al 2023 a realizarse Papanicolaou al menos en una ocasión y también aquellas mujeres adscritas al Centro de Salud que nunca se realizaron tamizaje que estén dentro de este grupo de edad y que acudieron en los meses de julio a noviembre 2024.

Se tomó en cuenta a las pacientes que acudieron a realizarse papanicolaou en los años ya mencionados siempre que acepten participar en la investigación, no obstante, también aquellas que nunca se han realizado la prueba y desconozcan el tema se les

dará una breve platica de orientación al finalizar la encuesta para no alterar los resultados, además de ofertarse la prueba.

3.4.3. Muestra

La muestra, estuvo constituida por mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas al Centro de Salud Betania, independientemente de la localidad a la que pertenecieron. Del total de 1264 pacientes la muestra fue de 296 personas, 50% constituido por los casos y el otro 50% por el grupo control. Con una sensibilidad de 95% y un margen de error de 5 %

El cálculo se realizó mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Se realizó un muestreo no probabilístico. Todas las mujeres que cumplieron con estos rangos de edad fueron elegidas de manera intencionada para conformar los casos. Mientras que el otro 50%: las pacientes control fueron seleccionadas sin importar si se ha realizado papanicolaou o no, pese a esto, se conformó una muestra por conveniencia.

3.4.4. Criterios de selección

Casos

1. Criterios de inclusión:

Mujeres de 25 a 64 años adscritas al Centro de Salud Rural de 2 Núcleos Básicos Betania, que acudieron en los meses de Julio a noviembre 2024, que se realizaron papanicolaou al menos una vez, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado

2. Criterios de no inclusión:

Pacientes del sexo masculino, pacientes femeninas menores de 25 años o mayores de 64 años, pacientes que no aceptaron participar en la investigación, ni firmaron el consentimiento informado.

3. Criterios de Eliminación:

Pacientes que no terminaron la encuesta.

Controles

1. Criterios de inclusión:

Mujeres de 25 a 64 años adscritas al Centro de Salud Rural de 2 Núcleos Básicos Betania, que acudieron entre los meses de julio a noviembre 2024, que nunca se realizaron papanicolaou, quienes aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

2. Criterios de no inclusión:

Pacientes del sexo masculino. Pacientes femeninas menores de 25 años o mayores de 64 años, pacientes que no aceptaron participar en la investigación, ni firmaron el consentimiento informado.

3. Criterios de Eliminación:

Pacientes que no terminaron la encuesta.

La intervención al ser de un estudio observacional fue un estudio de casos y controles, en la conformación de grupos, los casos fueron aquellas pacientes que se realizaron papanicolaou al menos alguna vez, mientras que los controles fueron pacientes que nunca participaron en el tamizaje. Se realizó análisis las variables para determinar la significancia estadística.

3.4.5. Medición de variables

Variable dependiente: Papanicolaou (citología cervical)

Variables independientes: las determinantes sociales en salud entre las cuales se incluyen edad, escolaridad, promoción a la salud, que la pareja este de acuerdo, religión, sexo del personal de salud, miedo ante un resultado negativo, trato digno percepción de la salud, estado civil, ubicación geográfica, entre otros (Ver anexo ¿)

3.4.6. Materiales

Recursos Humanos

1 entrevistador

1 interprete (tsotsil)

Recursos materiales

5 lapiceros

296 entrevistas impresas

296 consentimientos informados impresos

1 diario de campo

1 grabadora de voz

1 teléfono celular

1 computadora

3.4.7. Métodos de recolección de datos

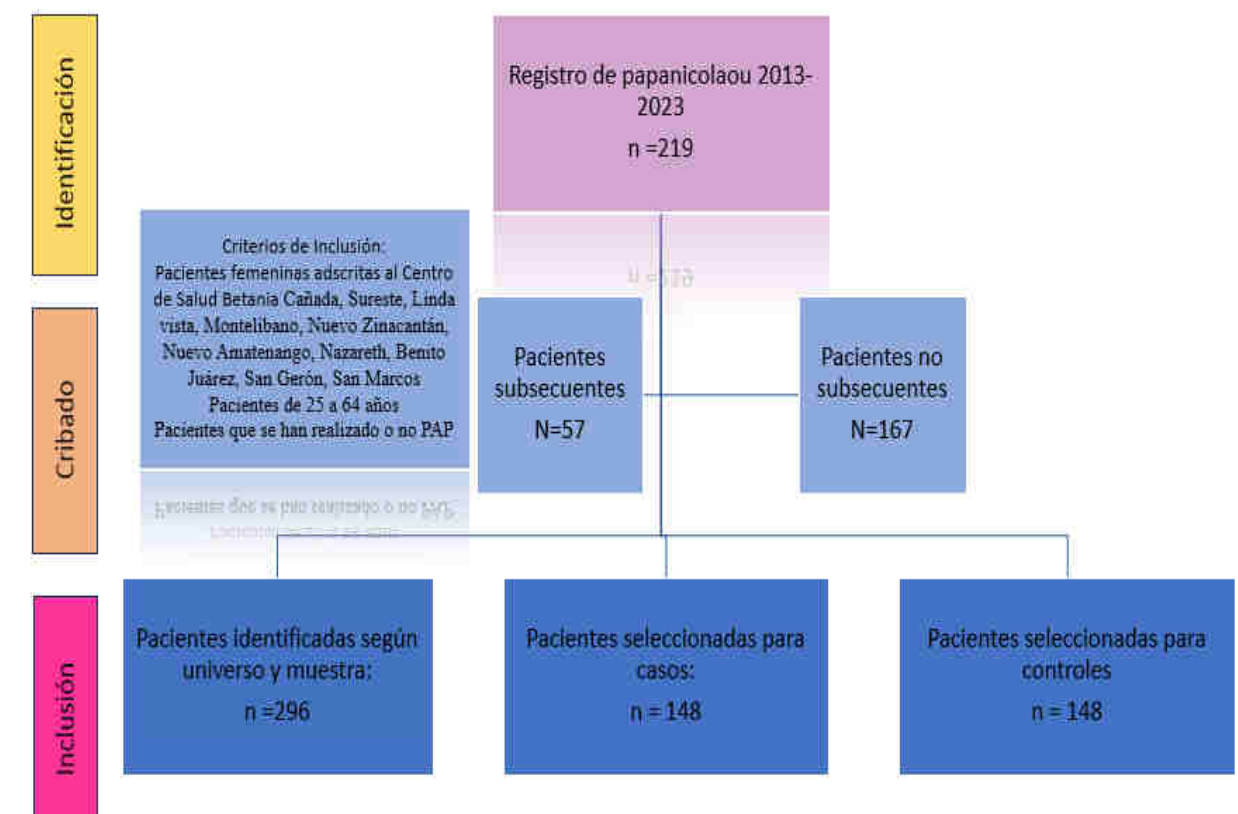
Para iniciar con la investigación se solicitó al director del Centro de Salud autorización para revisión de expedientes y aplicar encuestas a la población. Una vez otorgado el permiso, se realizó revisión de expedientes y registros de estudios de Papanicolaou en el Centro de salud. Se tomaron en cuenta a las pacientes que acudieron entre los años 2013 a 2023, para tener una muestra significativa, lo que, a su vez, evidenció el problema en salud a investigar.

Por otro lado, se realizó una entrevista semiestructurada a la población de Betania y sus localidades, misma que contenía preguntas de opción múltiple con un ítem abierto para facilitar “la posibilidad al encuestado de añadir opciones no contempladas en las alternativas de respuesta ofrecida”. Se incluyeron las preguntas abiertas para así proporcionar “la libertad al encuestado para que conteste con sus propias palabras” (Casas-Anguila & Repullo-Labrador, 2013).

Se incluyeron aspectos sociales, culturales, demográficos y del sistema de salud, en donde se analizó la percepción del tamizaje y las razones por las cuales se realizarían o no la prueba. Se incluyó un ítem en el cual se indagó y analizó las propuestas que ellas consideran favorecerían al tamizaje. Al finalizar la encuesta, se brindó una breve orientación acerca de la utilidad del papanicolaou, sus indicaciones y beneficios y sobre todo en las pacientes que nunca habían participado en el cribado y se ofertó para realizarlo en ese momento si cumplían con los criterios o agendar una cita, si así lo deseaban.

3.4.8. Flujograma exhaustivo de los procedimientos a seguir

FIGURA 1. FLUJOGRAMA QUE EXPLICA LOS MOMENTOS A DESARROLLARSE DURANTE LA INVESTIGACIÓN.



Fuente: elaboración propia

3.4.9. Plan de Análisis estadístico de la información

La información obtenida se almacenó en una base de datos, se capturó y se procesó mediante la aplicación de análisis estadístico SPSS Versión 26, se realizó un análisis descriptivo, cuantitativo, la variable dependiente es la Citología Cervical (Papanicolaou) mientras que en las variables independientes fueron los determinantes en salud, como edad, ocupación, escolaridad, estado civil, religión, ubicación geográfica, toma de decisiones colectivas, miedo ante resultados negativos (positivo a displasia o malignidad), trato digno del personal de salud, percepción propia del estado de salud, género del personal de salud.

Respecto al proceso de estadística. Se compararon las variables ya mencionadas entre los casos y los controles, estas variables fueron analizadas mediante Chi cuadrada y el Odds Ratio (OR) y Rho de Spearman acorde a cada tipo de variable. Se utilizó programas de Microsoft office como Excel y Word Software 10 donde se analizaron los datos, se elaboró, procesó y editó textos y documentos.

3.5. Consideraciones éticas y marco jurídico o legal

Este proyecto de investigación se realizó bajo lo estipulado en las Leyes y Normas en investigación que existen en el país. El Reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación emitida en el año 2014, según el artículo 3 determinó que esta investigación abordó acciones para “el conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en seres humanos...el conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social”.

Por otro lado, según lo que se estableció en el Artículo 17; sin riesgo, ya que, fue un estudio que “empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos... no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales...” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), pese a eso, se elaboró un consentimiento informado. Se apegó a la Declaración de Helsinki de 1975 y el Código de Nuremberg, en donde “se asume el cuidado, seguridad y bienestar de los pacientes involucrados en la investigación científica” (WMA, 2024).

Además, se siguió lo establecido en la Ley General de Protección de datos personales en posesión de sujetos obligados, por lo que se creó un consentimiento informado donde se dio a conocer al paciente el objetivo de la recolección de datos y así se otorgó la libertad al paciente de participar o no en la investigación y de retirarse en el momento que lo deseara (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2017).

Según lo establecido en las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, en la pauta Numero 25, sin conflicto de intereses.

Al ser un estudio observacional no se puso en riesgo la integridad física o mental del paciente, siempre se contó con un consentimiento informado para que las pacientes pudieran decidir participar voluntariamente en la investigación.

3.6 Marco Jurídico

3.6.1. Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Que, “establece los criterios, objetivos y obligaciones del expediente clínico en México para todos los prestadores de servicios de salud público, social y privado” (Secretaría de Salud, 2021).

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 “Para la prevención, tratamiento y control del cáncer de cuello del útero y de la mama en la atención primaria”. Esta norma tiene como objetivo “uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino y de la mama” (Secretaría de Salud, 1994).

Norma Oficial Mexicana NOM 040-SSA2-2004, “En materia de información en salud”. Tiene como objetivo, “establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud” (Secretaría de Salud, 2005).

Además, se presentó ante el Comité de Investigación y de Ética de la carrera de Médico Cirujano de la Universidad Intercultural de Chiapas.

3.6.2. Financiamiento:

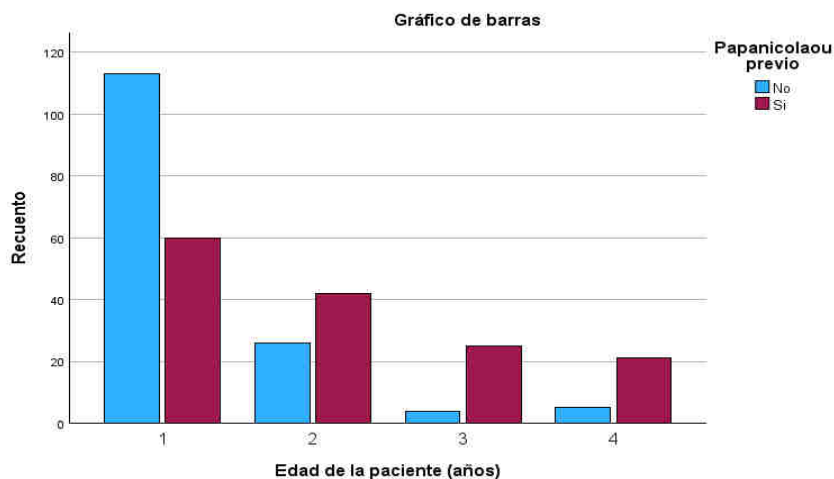
Por el tesista.

CAPITULO IV Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los casos y controles. Muestra constituida por 296 mujeres de 25 a 64 años de edad.

4.1. Características demográficas de la población

FIGURA 2: EDAD DE LAS PACIENTES



Fuente: Elaboración propia

Se dividió a las pacientes en 4 grupos de edad; 1: de 25 a 35 años; 2: 36 a 45 años; 3: 46 a 55 años; 4: 56 a 65 años. Predominó el grupo de edad 1 en un 58%: C: 60, Ct: 113; grupo 2 con 23%: C: 42, Ct: 26, el grupo 3 en 9.8%: C: 25, Ct: 4, el último grupo con 8.8%: C: 21, Ct: 5.

TABLA 1 ESTIMACIÓN DE RIESGO EDAD

RHO DE SPEARMAN		Edad de la paciente (años)	Papanicolaou previo
Edad de la paciente (años)	Coeficiente de correlación	1.000	.384**
	Sig. (bilateral)	.	<.001
	N	296	296
Papanicolaou previo	Coeficiente de correlación	.384**	1.000
	Sig. (bilateral)	<.001	.

	N	296	296
--	---	-----	-----

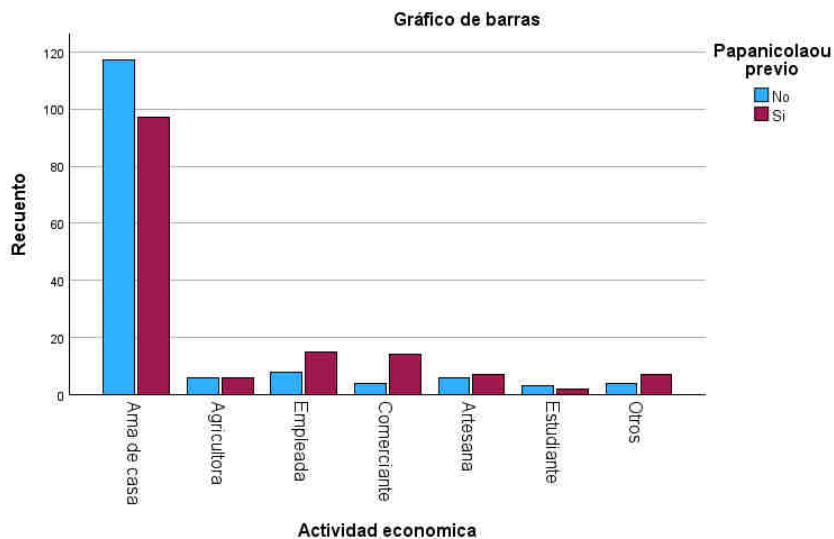
Fuente: Elaboración propia

Se analizó la relación de la edad (variable independiente) con la realización de papanicolaou (variable dependiente), encontrando un valor 0.001 lo que comprobó que, a mayor edad, mayor realización de papanicolaou ($p < 0.05$).

Mediante Odds Ratio se estimó el riesgo de cada grupo de edad (Ver anexos). En primer lugar, el grupo Tres; presentó 7.3 veces más realización de papanicolaou (OR 7.3) que otros grupos. El grupo Cuatro, mostró 4.7 veces más probabilidades (OR 4.7), seguido del grupo Dos, se realizaron 1.8 veces más PAP (OR 1.859) En contraste, el grupo Uno presentó un OR de 0.211 (factor protector), la edad de este grupo representó menos riesgo y, por ende, menos realización.

Este fenómeno fue previamente descrito por Pichardo-Narváez (2015) en su trabajo de investigación donde la población consideró que las mujeres jóvenes no deben realizarse la citología. Sin embargo, la relación se atribuye a que las mujeres de edades mayores estuvieron más expuestas a programas de Inclusión Social, como Prospera-Oportunidades, en ciertos casos causó impacto ya que las mujeres continuaron realizando esta medida preventiva, sin embargo, en otras era solo por mero beneficio económico (Gobierno de México, 2016).

FIGURA 3. OCUPACIÓN



Fuente: Elaboración propia

Se observó que en ambos grupos predominó dedicarse a ser Ama de casa con 72.3%; C: 97, Ct: 117. Agricultora en 4%; C: 6, Ct: 6. Empleadas con 7.7%; C: 15, Ct: 8, este grupo incluyó a quienes se dedican a realizar algún oficio externo a casa. Comerciante con 6.7%; C: 14, Ct: 6, pacientes con un negocio propio externo a casa. Artesana 4.3%; C: 7, Ct: 6, quienes realizaban artesanías textiles dentro del hogar. Estudiantes 1.6%; C: 2, Ct: 3. En “otros” se incluyó a profesionistas 3.7% : C7, Ct: 4.

TABLA 2. ESTIMACIÓN DE RIESGO OCUPACIÓN

ODDS RATIO OCUPACIÓN			
	Valor OR	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Amas de casa	.401	.217	.742
Empleadas	1.960	.804	4.774
Comerciante	2.473	.923	6.622

Estudiante	.493	.089	2.735
Profesionistas	1.050	1.013	1.088

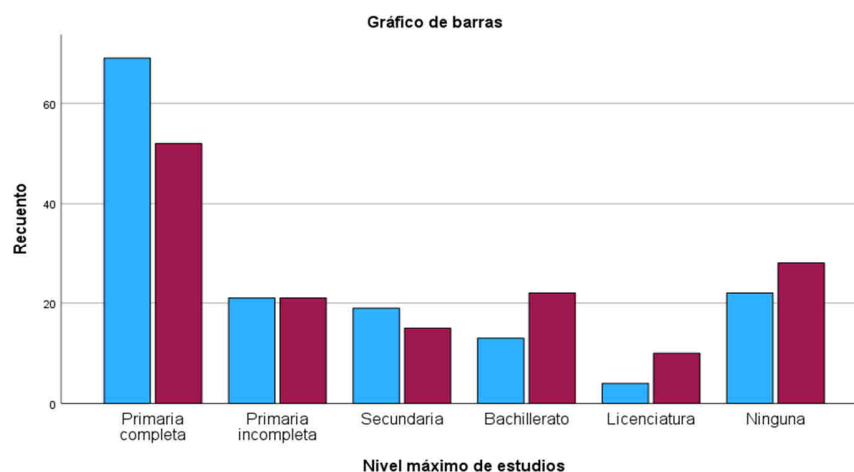
Fuente: Elaboración propia

En este grupo se incluyó a quienes realizaban actividades dentro del hogar, no solo amas de casa propiamente dicho sino, artesanas y agricultoras. Se evidenció que pertenecer a este grupo representó un factor protector para realizarse PAP: OR 0.401. Chi cuadrado de 0.003, el cual indicó que existe correlación entre ambas variables Adaya-Salgado (2021) mencionó al respecto que la decisión de participar en la detección y prevención del cáncer y otras enfermedades se ve influenciada por su contexto de vida, situaciones laborales, económicas y culturales, entonces, permanecer más tiempo en el hogar y ocuparse de las responsabilidades que conlleva, hizo que la paciente tuviera menos contacto con los servicios sanitarios, por eso es necesario involucrar a todas las personas y situaciones que las rodeen para generar interés de priorizar la salud ginecológica.

Se descartó la significancia estadística en las empleadas, comerciantes y estudiantes (Ver Tabla 1).

Las profesionistas, fueron las únicas que tuvieron 1.05 veces más riesgo de realización de PAP: OR:1.05, Chi cuadrado: 0.007. Esto, asociado a la promoción que se ha incluido en los niveles de educación superior y las redes de apoyo entre mujeres que se pueda generar en el ambiente laboral.

FIGURA 4. ESCOLARIDAD



Fuente: Elaboración propia

Predominó Primaria completa con 40.8%, C: 52, Ct: 69; seguido de primaria incompleta 14.1%, C: 21, Ct: 21; secundaria 11.4%, C: 15, Ct: 19; Bachillerato 11.8%, C: 22, Ct: 13; Licenciatura 10.8%: C: 10, Ct: 22; Analfabetas 16.8%, C: 28, Ct: 22.

Tomando en cuenta la promoción de la salud en los niveles educativos, se interrogó a las pacientes acerca de orientación en salud sexual en ellos. Se excluyó de 37 pacientes analfabetas. Mujeres a quien si se orientó 14.8%; C: 19, Ct: 25, indicaron que se les habló de vacunación contra VPH, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y en mínima proporción sobre citología el cual se mencionó como método de detección de infecciones.

En contraparte, no se orientó en absoluto a 65.8%; C: 94, Ct: 101. En el grupo “no recuerdo” 6.7%, C:12, Ct: 8, la muestra refirió que se habló de salud sexual, pero no recordaron si se informó del tamizaje o vacunación; previamente (Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez, 2014) informaron la carencia de educación sexual y las consecuencias que generan en la población. Se evidenció en todas las mujeres con algún grado académico que no se le orientó en Cáncer cervicouterino, solo en MPF y a veces vacunación contra CCU, esto, relacionado con el nivel máximo de estudios (primaria) ya fuese completa o incompleta, al ser deficiente y al ser el último grado de estudios en la mayor población resultó en nunca recibir educación en salud, por eso es necesario que la información sea oportuna, genere impacto y que constantemente sea incluida en el entorno de la sociedad.

TABLA 3. RHO DE SPEARMAN ESCOLARIDAD

RHO DE SPEARMAN		Nivel máximo de estudios	Papanicolaou previo
Nivel máximo de estudios	Coeficiente de correlación	1.000	.134*
	Sig. (bilateral)	.	.022
	N	296	296
Papanicolaou previo	Coeficiente de correlación	.134*	1.000

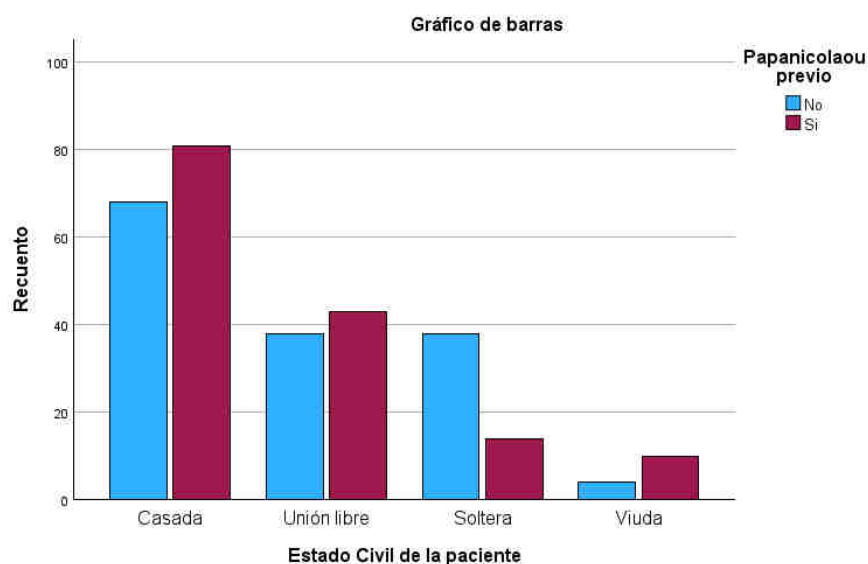
	Sig. (bilateral)	0.22	.
	N	296	296

Fuente: Elaboración propia

Se encontró que a mayor escolaridad mayor probabilidad de realizarse papanicolaou (Rho Spearman .022). Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez (2014) mencionaron que la baja escolaridad aunado a la falta de información impide en los pacientes una adecuada comprensión de términos biomédicos. En Betania y sus localidades existe un grado de analfabetismo importante, gran parte de población nunca tendrá acceso a información en salud hasta que su situación social y sanitaria los lleve a buscar atención médica.

Contrastó con lo descrito por Ybarra-Sagarduy quien encontró en la población universitaria muy baja cobertura, a su vez, el Instituto de Planificación para la Familia (2018) insistió en que las y los educadores de los distintos niveles de educación transmitan la información a las madres. Entonces, al orientar a estos actores clave en cómo abordar estos temas desde el nivel básico hará que mejore el tamizaje.

FIGURA 5. ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia

Los grupos conformados fueron; en primer lugar, con 50.3% Casadas, C: 81, Ct: 68. Unión libre 27.3%, C: 43, Ct: 38; Solteras 17.5%, C: 14, Ct: 38; Viudas 4.7%, C: 10, Ct: 4.

TABLA 4. ESTIMACIÓN DE RIESGO PACIENTES CASADAS Y EN UNIÓN LIBRE

PACIENTES CON PAREJA			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Papanicolaou previo (No / Si)	2.047	1.164	3.600
Para cohorte Con pareja = No	1.750	1.119	2.736
Para cohorte Con pareja = Si	.855	.755	.967
N de casos válidos	296		

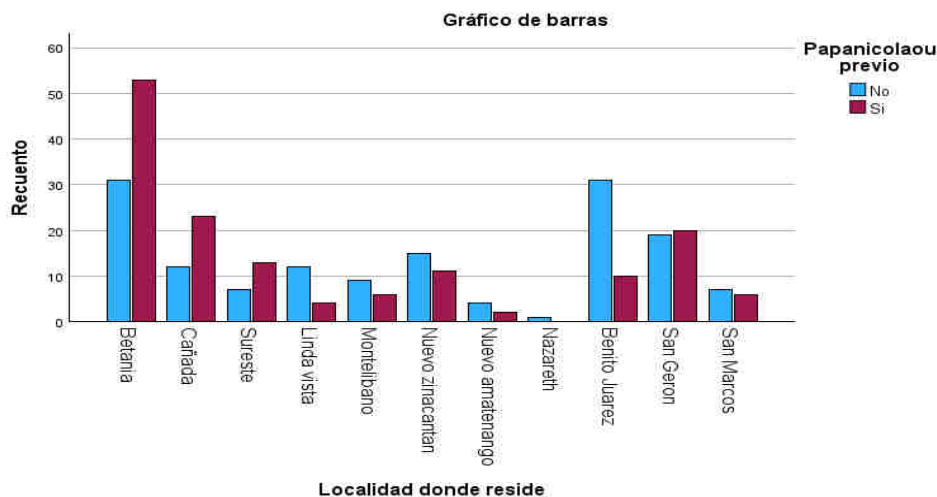
Fuente: Elaboración propia

Se unificó en este grupo a las pacientes casadas y unión libre, pese a que no todas legalmente contrajeron matrimonio, si tienen una pareja establecida. Este grupo de pacientes mostro 2.04 veces más realización de PAP (OR 2.04), Chi cuadrado 0.012. Lo que contrastó con la investigación de Velasco (2018) quien afirmó que las parejas interfieren en el tamizaje al “prohibir” “no aceptar cuidarse” y ser “machistas”. Cabe recalcar que, las pacientes no comunican a su esposo que acuden, además que en gran medida las parejas de estas mujeres migran y ellas aprovechan su ausencia para acudir al CS, pero acuden por tener vida sexual activa, tener hijos, migración e infidelidad ya que percibieron estas cualidades como factores de riesgo.

Las pacientes solteras fueron quienes menos accedieron al tamizaje (OR 0.302), Chi cuadrada: 0.001. Se descartó la significancia en Viudas (OR 2.609). Chi cuadrada: 0.100. A su vez, esto se relacionó con que no han tenido partos, no tienen vida sexual activa o están en amenorrea y desde su perspectiva estas situaciones no ameritan tamizaje o prevención. La pareja jugó un papel muy importante, ya que, sus prácticas de riesgo hicieron que las mujeres buscaran ayuda, y acudieran “a escondidas” de sus parejas. Por otro lado, es importante en los distintos grupos poblacionales informar que

no existe factor protector contra la aparición de CCU y que la medida más efectiva es su detección temprana mediante PAP y educación sexual para evitar contagio de ETS.

FIGURA 6. LOCALIDAD



Fuente: Elaboración propia

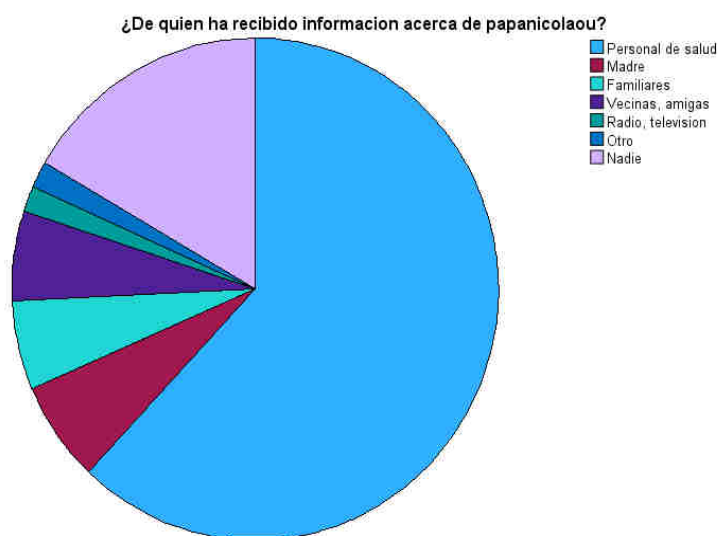
Pacientes que participaron en la investigación provenientes de las 11 localidades que recibe el Centro de Salud. Se encontró mayor frecuencia de pacientes de Betania 28.3%: C: 53, Ct: 31; lo que se relacionó que a mayor cercanía y acceso a los servicios de salud en general. Seguido de Cañada 11.8%: C: 23, Ct: 12 Sureste 6.7%: C: 13, Ct: 7; Linda Vista 5.4%: C: 4, Ct: 12; Montelíbano 5.06%: C: 6, Ct: 9; Nuevo Zinacantán 8.7%: C: 11, Ct: 15; Nuevo Amatenango 2.02%: C: 2, Ct: 4; Benito Juárez 13.8%: C: 10, Ct: 31; San Gerón 13.1%: C:20, Ct: 19; San Marcos 4.3%: C: 6, Ct: 7 pacientes, lo observado coincidió con Pichardo-Narváez (2015), en su investigación plantearon que entre más grande es la distancia de la localidad hacia el centro de Salud existe menos probabilidad de realizarse papanicolaou.

El Centro de Salud Betania se encuentra ubicado en la localidad del mismo nombre, por su parte Cañada a 1.208 km, Nuevo Zinacantán está ubicado a 500 m, San Gerón a 800 m, Montelíbano a 1 km, Nuevo Amatenango a 700 m, Benito Juárez a 600 m, San Marcos 1.500 km, Nazareth 1.5 km, Sureste a 450 m (Centro de Salud Betania, 2024) (Ver anexo 13).

Las localidades de San Marcos y Nazareth son las más alejadas y fueron quienes menos acudieron, vale la pena mencionar que gran mayoría de las pacientes de Betania y Cañada se realizó el tamizaje de forma particular, pero estas localidades tienen en común que las parejas de las mujeres migran hacia EEUU, entonces tienen mayor poder adquisitivo lo que facilita el acceso a la salud privada.

4.2. Características Sociales y Culturales

FIGURA 7. FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DE PAPANICOLAOU HACIA LAS PACIENTES



Fuente: Elaboración propia

En ambos grupos de edad, se evidenció que 61.8% (C: 119, Ct: 64) ha recibido información del tamizaje de cáncer cervicouterino por parte del personal de salud. En cambio, 15.5% nunca ha recibido información (49 pacientes). 1.01% que si se realizó PAP (C: 3) indicaron que nunca recibieron información y accedieron al tamizaje sin conocer su utilidad una de las pacientes objetó “*solo me dijeron que es algo para checar la matriz... para checar si hay enfermedad*”, nuevamente se relacionó a los programas sociales que condicionaban a la población a realizarlo sin explicar su importancia.

Se encontró en el 8.4% de las pacientes caso, que familiares y conocidas les recomendaron la prueba (madre:6, familiares: 12, vecinas:7) una de las pacientes indicó;

“mi abuelita me hablaba de eso, pero era muy raro, no decía muchas cosas porque si ahora era raro, antes mucho más”. Además el 9.4% de las pacientes control fueron informadas por familiares, pero de forma muy superficial e incluso incorrecta (madre:13, familiares:5, vecinas:10) una paciente de la localidad de Betania manifestó *“mi mama me dijo ese da pena, tengan cuidado porque ese mata si no saben las doctoras”*, al respecto Nájera et al. (1996) recalcó que, los factores fundamentales que determinaron acceder a los servicios de salud fueron el grado de conocimiento propio y de sus relaciones sociales, conformadas por el individuo, la familia y los amigos.

Asimismo, el 3.4% de la población recibió información a través de los medios de comunicación, como televisión y redes sociales, sin embargo, se desconoce el impacto. Se identificó que existen redes de apoyo entre madre, hija, hermanas y amigas que han intervenido en las decisiones de las pacientes, tanto de manera positiva como negativa, al orientar correctamente a las personas que conforman el entorno de cada paciente se puede eliminar los prejuicios y el temor hacia el PAP, al promocionar la citología se informó que existen patologías friables que al ser manipuladas mínimamente pueden originar un sangrado uterino anormal, pero se trató de orientar que no es a causa del cribado sino de una patología subyacente.

Se interrogó a la población si conocen a mujeres que se hayan realizado PAP. En ambos grupos destacó que no conocen a nadie que se haya realizado el tamizaje 39.8% (C:48, Ct: 70). Se observó en segundo lugar que las madres son quienes se realizaron citología 29.3% (C:40, Ct:47), una de las pacientes informó que la madre les platicó acerca de los beneficios de la prueba, pero siempre acudió sin conocimiento del padre, *“mi papá le dijo a mi mamá... el día que te hagas eso, no vuelves a entrar a mi casa...-entre risas agregó- pero ella siempre lo hizo a escondidas”*, destacó que las vecinas y hermanas (21.6% y 9.12% respectivamente) informan a otras mujeres sobre la realización de la citología, sin embargo debe estar establecido un lazo de confianza importante para hablar de este tema y echar mano de mujeres que actúen como personas clave ha ayudado a que más mujeres accedan al tamizaje.

TABLA 5. ESTIMACIÓN DE RIESGO PACIENTES CON CONOCIDAS QUE SE HAN REALIZADO PAPANICOLAOU PREVIAMENTE

ODDS RATIO CONOCIDAS CON PAPANICOLAOU PREVIO

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Si tiene conocidas (No / Si)	17.409	6.722	45.085
Para cohorte papanicolaou = No	2.345	1.966	2.797
Para cohorte papanicolaou = Si	.135	.058	.314
N de casos válidos	296		

Fuente: Elaboración propia

Conocer a personas con PAP previo, llevó a que las pacientes se realizaran PAP 17.4 veces más que quienes no, Odds Ratio 17.409. Chi Cuadrada $p < 0.001$. El IPFF enfatizó en la importancia de transmitir la información de manera oportuna, indicó la pertinencia de que las mujeres más jóvenes (aunado a que son quienes tienen más acceso a los medios de comunicación) divulguen mensajes positivos en su entorno sobre la prevención del cáncer cervicouterino, y el acceso a los servicios de salud para aumentar el tamizaje. Por ello, si al realizar la citología el medico transmitió seguridad y trato digno dejó una buena experiencia en la paciente para transmitir a su comunidad.

TABLA 6. RELIGIÓN

RELIGION DE LAS PACIENTES

		Papanicolaou previo		Total
		No	Si	
Religión de la paciente	Cristiana	118	113	231
	Católica	25	27	52
Total		143	140	283

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, hubo 4.3% datos perdidos; quienes no respondieron la pregunta (13 pacientes). En las 283 pacientes predominó la religión cristiana 81.6%, la religión católica 18.37%.

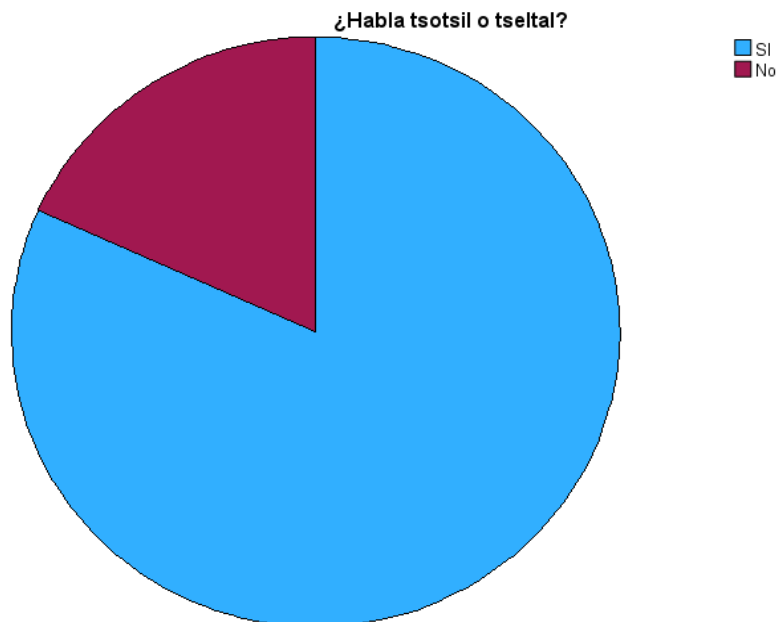
TABLA 7. CORRELACIÓN RELIGIÓN Y PAPANICOLAOU

ODDS RATIO RELIGION			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para religión (cristiana /católica)	1.128	.618	2.059
Para cohorte papanicolaou = No	1.063	.780	1.448
Para cohorte papanicolaou = Si	.942	.703	1.263
N de casos válidos	283		

Fuente: Elaboración propia

Se descartó correlación entre las variables, OR 1.128 Chi cuadrada: 0.153 (>0.005). Lo que contrastó con la investigación de Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez (2004) quienes denotaron que la religión es obstáculo para realización de PAP, al señalar a la paciente como “pecadora” y que los líderes de esas iglesias las orientan para no permitir exploraciones ginecológicas. En la población de Betania se identificó que la religión ha intervenido tocando estos temas en privado, alentando a la población a preservar la salud de la mujer a través del cuidado de la salud y uso de métodos anticonceptivos.

FIGURA 8. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN FUNCIÓN DE LA LENGUA MATERNA



Fuente: Elaboración propia

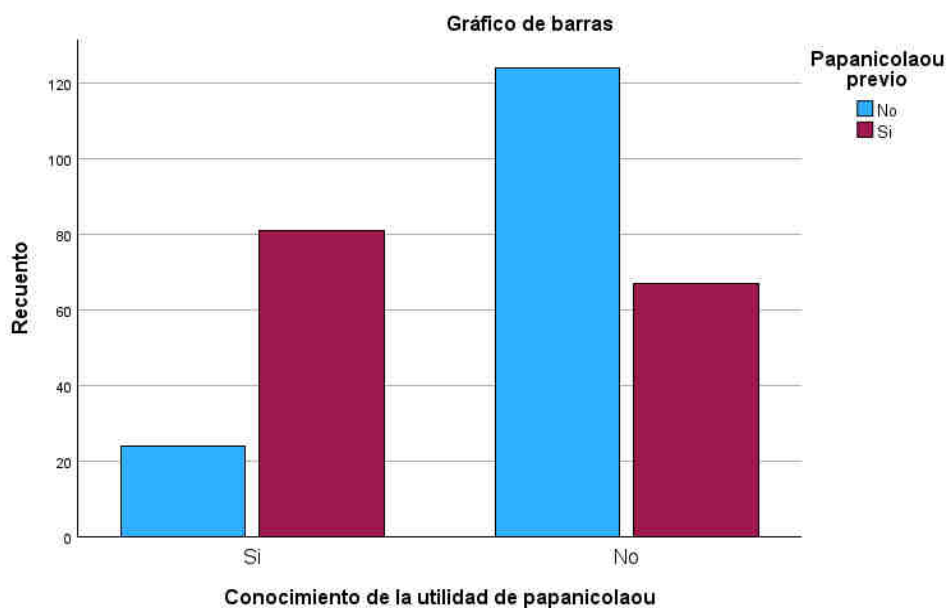
Se encontró mayor prevalencia de pacientes hablantes de tsotsil 81.7%, C: 111, Ct: 131. Respecto a quienes No hablan Tsotsil 18.2%: C: 37, Ct: 17. Ninguna de las pacientes habló otra lengua originaria.

Al interrogarlas si ¿Sería mejor para ellas realizar la citología en tsotsil? el 55.4% de la muestra afirmó que sería mejor, lo cual fue argumentado en pacientes de la tercera edad hablantes únicamente de tsotsil y pacientes bilingües, pero con mayor escolaridad como preparatoria y licenciatura, característica que coincidió con lo descrito por Pérez Martínez (2019), puesto que se evidenció en las comunidades el desplazamiento del tsotsil por el español.

A su vez, el 100% de las pacientes que solo hablan español, objetaron “*si hablara tsotsil es mejor que sea en un lenguaje más cómodo para mi... yo sentiría con más confianza de saber que está pasando*”, durante la consulta se observó que las pacientes hablan con sus familiares en tsotsil, relacionado a la pena o miedo ante lo que pueda opinar el médico, pero representó una barrera para una adecuada relación.

Se realizó el tamizaje a una paciente de 62 años que únicamente comprendía tsotsil, ante esta situación se solicitó el apoyo de una enfermera como interprete, pero, evidenció la importancia de que el personal hable y comprenda tsotsil o la lengua originaria que predomine en su comunidad para cuidar la salud emocional y física de la paciente.

FIGURA 9. CONOCIMIENTO DE LA UTILIDAD DEL PAPANICOLAOU



Fuente: Elaboración propia

En los Casos 54.7% (81 pacientes) tenían conocimiento previo, pero 45.2% de ellas no conocían su finalidad o creían que era una prueba para detectar infecciones vaginales. Objetaron que, se lo realizaban al presentar alteraciones ginecológicas, además que al explicar los resultados solo les informaban ausencia de enfermedad sin especificar ausencia de cáncer. En los Controles, únicamente 16.2% (24) conocían la utilidad real, mientras 83.7% no conocían ni cómo se realiza el procedimiento, ni su utilidad para la detección temprana de cáncer cervicouterino.

TABLA 8. ESTIMACIÓN DE RIESGO CONOCIMIENTO DE LA UTILIDAD DE PAPANICOLAOU

ODDS RATIO CONOCIMIENTO UTILIDAD DE PAPANICOLAOU			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Conocimiento de la utilidad de papanicolaou (Si / No)	.160	.093	.276
Para cohorte Papanicolaou previo = No	.352	.244	.508
Para cohorte Papanicolaou previo = Si	2.199	1.766	2.738
N de casos válidos	296		

Fuente: Elaboración propia

Se identificó desconocer la utilidad como factor protector (OR 0.160), y menos probabilidad realizarse citología, Chi Cuadrada: 0.001. Adaya-Salgado previamente señaló en el año 2021 que uno de los factores principales que incentivaron realizarse citología fue que la paciente conozca las ventajas del tamizaje además que reconozca su importancia. Tanto en la promoción de la citología y la vacunación contra VPH (en los niveles básicos de educación), al escuchar la palabra “cáncer” se observó que otorgaron más importancia y se captó más la atención de la población.

TABLA 9. ESTIMACIÓN DE RIESGO PERSPECTIVA DE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE PAPANICOLAOU

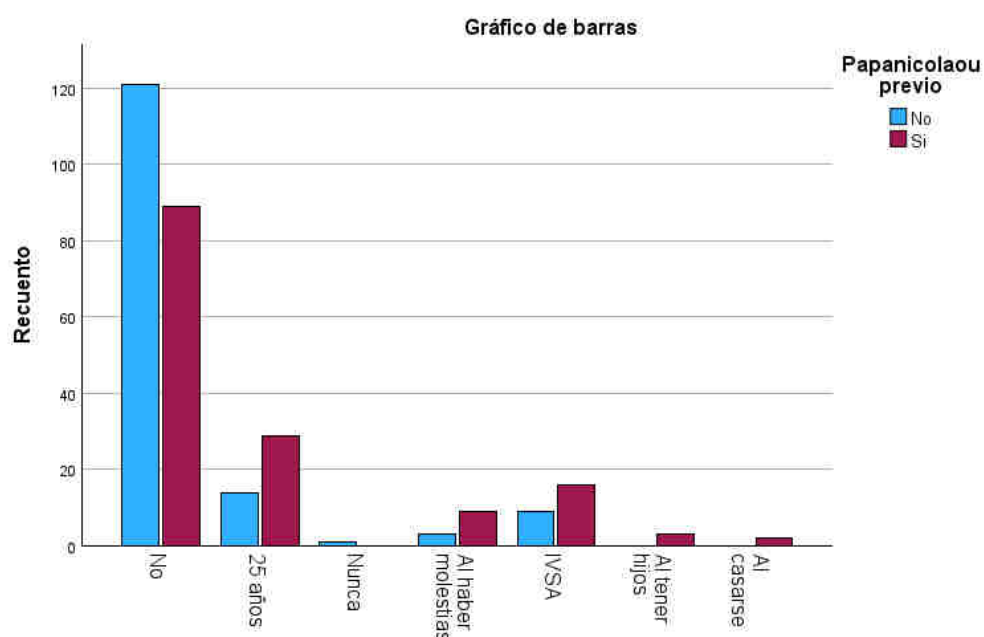
ODDS RATIO PERSPECTIVA DE LA IMPORTANCIA DEL PAP			
	Valor	Intervalo de confianza 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ¿Cree que es importante realizarse papanicolaou? (No / Si)	5.022	2.712	9.298

Para cohorte Papanicolaou previo = No	1.894	1.551	2.312
Para cohorte Papanicolaou previo = Si	.377	.241	.589
N de casos válidos	296		

Fuente: Elaboración propia

Se determinó como factor de riesgo; quienes percibieron que la citología era importante se realizó 5.02 veces más respecto de las que no. OR. 5.02, Chi Cuadrado 0.001. Como previamente se mencionó, fue dependiente de su percepción de la salud y la información que ha recibido de escuela, personal de salud y entorno social.

FIGURA 10. PERCEPCIÓN DE EDAD O MOMENTO PARA REALIZARSE CITOLOGÍA



Fuente: Elaboración propia

Para conocer la perspectiva del tamizaje y la percepción de la salud se interrogó sobre la edad o situación para realizarse el tamizaje. Destacó en ambos grupos el desconocimiento el momento de inicio 70.9 %; C: 89, Ct: 121. Se incluyó la edad de 25 años como la más adecuada y la edad marcada por la Guía de Práctica clínica, la cual además ocupó el segundo lugar en frecuencia, 14.5% C: 29, Ct: 14.

Se incluyó en la opción IVSA (inicio de vida sexual activa) a las mujeres que optaran por esta opción y aquellas que referían “al casarse”, como sinónimo 9.12%; C: 18, Ct: 9, durante la recolección de datos surgió testimonios como “*¿Tu ya te hiciste el papanicolaou?, ¿eres casada pues?*”. 5.01% aseguró que “después de tener hijos”. Lo cual coincidió con Pichardo-Narváez (2015) aseguro que, el 66.1% de las pacientes piensa que el papanicolaou es para pacientes que tienen vida sexual activa o con una pareja establecida. Al realizar el papanicolaou el 100% de las pacientes presentó cervicovaginitis, al explicar la etiología de éstas, se eliminó los prejuicios como mala higiene e infecciones de transmisión sexual según fuera el caso. Respecto a las LIEBG se orientó a la población en que si bien uno de los principales factores de riesgo es el VPH (infección de transmisión sexual) muchos otros factores intervienen en la evolución a cáncer.

2.01% optó por incluir la opción “al haber molestias”. Finalmente, una paciente afirmó que “nunca” se realizaría la prueba, declaró “*...yo no lo haría, ni mujer ni hombre, no arriesgo mi vida*”. El cáncer cervicouterino es una enfermedad silenciosa que puede permanecer latente hasta 10 años antes de presentar síntomas, cuando sucede esto, significa que ya está en una etapa muy avanzada, no es necesario esperar manifestar síntomas de esta u otra enfermedad para buscar atención.

FIGURA 11. ¿SE REALIZARÍA LA PRUEBA SI EL PERSONAL FUERA MASCULINO?



Fuente: Elaboración propia

Tanto casos como controles 87.1% desertarían C: 105, Ct: 137. Una paciente declaró “... con mujer, siempre ha sido mujeres, con hombre ni Dios lo mande, una de las veces que me obligaron por oportunidades decían que lo estaba haciendo un hombre lo fui a pagar y lleve mi resultado nada más que lo vieran para no tener la falta... no, yo preferí pagarlo... pero doctor definitivamente no”. Otra paciente sostuvo que al ser realizado por personal masculino el tamizaje resulta en algo negativo “no es bueno, porque a veces lo hacen los hombres”, otras pacientes manifestaron “por respeto a mi esposo, no”.

Pichardo-Narváez (2015) observó en segundo lugar de su investigación el rechazo al tamizaje cuando se realiza por un hombre, con un 41.1%, ya que, las pacientes tienen “pena que un hombre las vea y las toque”, además que “no se dejan tocar por otro hombre que no sea su esposo”. Durante y después de la investigación, al ofertar el papanicolaou siempre se orientó a los pacientes que el género del personal de salud no representaba un peligro pese a esto la población mostró alto grado de renuencia.

En ambos grupos hubo aceptación en 18.2%, indicaron que el sexo del personal no era muy relevante porque “son médicos, al final de cuentas”, destacó respuestas como

“sí, en casos extremos”, otra paciente aseveró “... cuando yo me enteré de eso me sentí mal, me sentí desesperada y pues daba igual, la cosa era que me checaran”, quien se refirió a que su pareja le informó que él contrajo VPH. Las creencias de la población (cultura) influyó en la toma de decisiones de las pacientes, el personal solo es aceptado cuando la paciente lo percibió muy necesario.

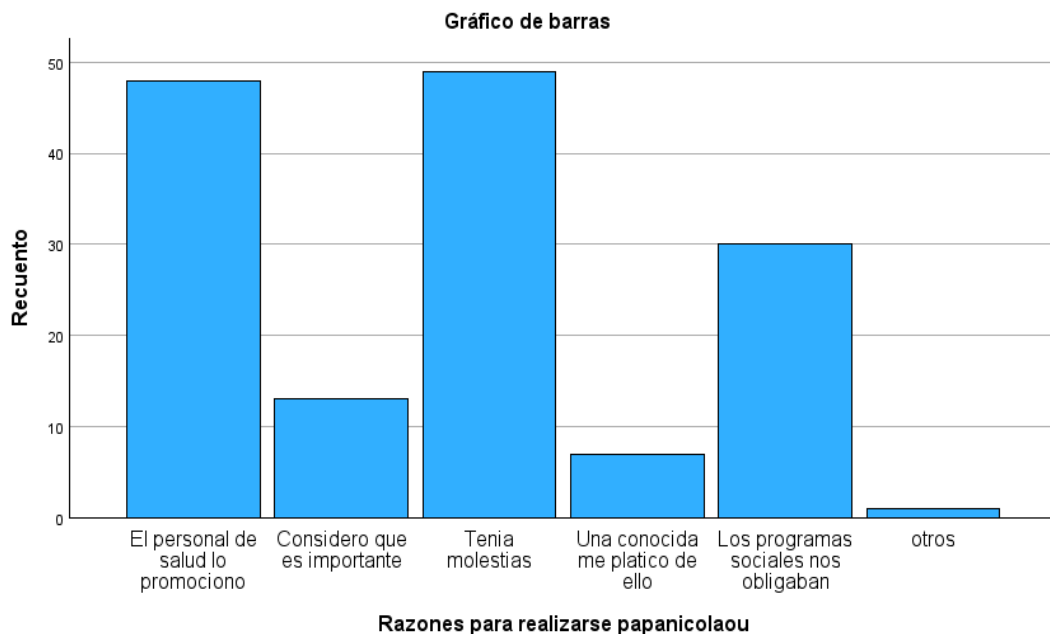
TABLA 10. ESTIMACIÓN DE RIESGO PAPANICOLAOU REALIZADO POR PERSONAL MASCULINO

ODDS RATIO PAP POR PERSONAL MASCULINO			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para se realizaría PAP si el personal fuera masculino (No / Si)	.196	.096	.399
Para cohorte papanicolaou = No	.360	.210	.617
Para cohorte papanicolaou = Si	1.835	1.507	2.235
N de casos válidos	296		

Fuente: Elaboración propia

Se determinó factor protector (OR: 0.196), es decir, cuando el personal de salud fue masculino, menos pacientes aceptaron la citología. Velasco (2018) lo mencionó como uno de los principales impedimentos para realizar citología, además, tanto las pacientes como sus esposos solo accedieron al tamizaje si el personal era femenino. El Centro de Salud Betania cuenta en su mayoría con más médicas y promotoras de salud femeninas, pero, se observó que cuando el tamizaje se ofertó en presencia de un enfermero, la paciente se reservaba dudas, comentarios y nunca aceptó.

FIGURA 12. RAZONES POR LAS QUE SE REALIZÓ PAPANICOLAOU



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar destacó con 33.1% (49 pacientes) la opción “Tenia molestias”, es decir flujo anormal, sangrados uterinos anormales, amenorreas y lesiones en genitales, Ybarra y Pérez (2012), en su investigación, enfatizaron que padecer infecciones vaginales fue un factor importante para que las pacientes se realizaran citología, al ser esta la razón para hacerse el papanicolaou, al percibirse “bien” o “sana” ya no le daban continuidad y no fue hasta que nuevamente se sientan enfermas que acudieron al tamizaje.

Seguido de “El personal de salud lo promocionó” 31.7% (47 pacientes), quienes refieren les informaron sobre la utilidad del tamizaje, durante la consulta o durante platicas en sus respectivas comunidades, lo que evidenció que si hay aceptación del tamizaje con una adecuada y constante oferta. En tercer puesto 20.2% (30 pacientes), se lo realizó por ser requisito en los programas sociales, en donde el impacto fue muy cuestionable, no les explicaban, sino que las obligaban a cumplir un requisito, por ello, al finalizar estos programas la paciente no le dio continuidad. Sólo 8.7% afirmó “considero que es importante”, donde hubo información previa por parte del personal de salud, pero decidieron continuar con el tamizaje por su perspectiva de la salud y el impacto generado.

Finalmente, con 4.7%, “Una conocida o familiar me platicó de ello”; las redes de apoyo entre mujeres llevan a que más pacientes conozcan que el servicio se ofrece en el CS. En “otros” con 1.3% se encontró dos respuestas importantes, en donde una paciente refirió que acudió al tamizaje porque su madre falleció de cáncer cervicouterino, mientras que la otra paciente refirió que en primera instancia se realizó el tamizaje por desconfianza hacia su pareja, pero al final, fue su esposo quien la “mandó” a realizarse PAP porque se contagió de VPH y al presentar las lesiones y molestias acudió a un médico particular, profesional que lo orientó y convenció para que su esposa acudiera a realizarse el tamizaje.

TABLA 11. RAZONES PARA NO REALIZARSE PAPANICOLAOU.

RAZONES PARA NO REALIZARSE PAPANICOLAOU			
	PAP previo	No PAP	Porcentaje
No tengo tiempo	10	20	11.7
Pena/Miedo	24	11	12.9
Esposo o familiares en desacuerdo	12	7	7.01
Me han negado la prueba o me han hecho esperar demasiado	1	3	1.4
Yo no quiero	41	11	19.1
No me lo han ofrecido recientemente	39	31	25.8
Otros	21	40	22.5%
Total 271			100.0

Fuente: Elaboración propia

Se interrogó a ambos grupos estudiados, pero se excluyó a 25 pacientes (quienes se habían realizado papanicolaou en el presente año), al resto se tomó en cuenta a pesar de que ya se habían realizado papanicolaou pero no de manera subsecuente.

En primer lugar, con 25.8%, destaco la opción “No me lo han ofrecido recientemente, 6.8% (18 pacientes) accedieron al tamizaje posterior a la encuesta, lo que

evidenció la falta de oferta en este primer nivel de atención. Falta de tiempo 11.7%, pese a esperar que esto lo objetaran solo las empleadas o comerciantes no fue así; pena/miedo 12.9%, estas cuestiones culturales evidenciaron los prejuicios impuestos por el entorno; 7.01% optó por la opción de “esposo o familiares en desacuerdo”, quienes refirieron que se hicieron el tamizaje sin que su esposo tuviera conocimiento, o en su caso, al no existir programas que otorgaban beneficios económicos por realizarse la prueba, la familia ya no acepta.

Me han negado la prueba o me han hecho esperar demasiado 1.4%. Según testimonios, les aseguraron avisar cuando el tamizaje se realizara, que no tenían los materiales o que no les correspondía acudir a este CS, una paciente declaró, *“me dijeron que iban a hacer papanicolaou pero no lleve mi CURP, luego me dijeron que me iban avisar pero no dijeron nada”*, pese a que no se conocieron los obstáculos que intervinieron en la paciente para no acudir de nuevo, los servicios de Salud fueron un impedimento.

Destacó con 19.1% “Yo no quiero”, dado que no lo consideraban importante y en los casos al ya no estar condicionado por los programas sociales no aceptaron la citología nuevamente.

Por otro lado, 6.8% de la población decidió no realizarse el tamizaje por “No entregar o explicarles los resultados”, una paciente expresó *“Lo que decían ellos es que si salía algo malo te iban a buscar... y pues tenían bien como ubicarnos, pero nunca dieron los resultados, quién sabe si de verdad los hacían o nada más nos veían, en ese entonces yo hasta lo dudo que las pruebas lo hayan hecho, gracias a Dios que no tengo ninguna enfermedad... cuando yo lo he pagado obviamente si te dan tu resultado, ahí si lo estoy viendo”* Lo que motivó a las pacientes a desconfiar de la veracidad de los resultados, al estar en contacto tan íntimamente con las pacientes, ellas esperaban que el tamizaje y las exploraciones no fueran en beneficio propio del personal que lo realizó.

Esta inquietud la expresó otra paciente *“solo llevan el muestra digamos que tenemos y no dicen nada que tenemos, yo quiero saber qué es lo que tenemos o si de verdad estamos limpios o está enfermo nuestro órgano ... no explican que tenés, que te duele o qué... si así nada más lo hacen la prueba y solo van a sacar paga ya la gente dijo que no, no llega apoyo ni vitaminas”* Pichardo-Narváez (2015) al respecto recalcó

que, la falta de confianza en el resultado o en quien realiza el tamizaje influyó de manera negativa en su realización. El no remitir los resultados a la paciente, la falta de tratamiento o explicación de lo observado durante el cribado pese a que no fue un beneficio económico si significó ausencia de beneficio sanitario.

Los resultados regresan a las pacientes hasta 7 meses después, al menos en el CS Betania, por otro lado, la realización de una prueba sin explicar a la paciente lo observado tanto en genitales internos como externos aumenta la desconfianza de las pacientes, de hecho, una cervicovaginitis se presenta al menos una vez en la vida de todas las mujeres, cuando se inició tratamiento o se explicó la historia natural de la enfermedad se atrapó más la atención de las pacientes, no es necesario esperar a los resultados si la paciente tiene una infección que le genera molestias.

En la opción “otros” 22.5%, externaron que no se han hecho el tamizaje por no haber iniciado vida sexual o por la edad, ya que, consideraron que el CCU se relacionaba con la menstruación “*yo ya estoy grande, yo ya no sangro*”, no tener pareja; las pacientes consideraban tener vida sexual activa el mayor factor para desarrollo de Cáncer u otras enfermedades. Se mencionó otras cuestiones ginecológicas como que fueron intervenidas quirúrgicamente con OTB, histerectomías y embarazo, hecho que recalcó que las pacientes asocian el CCU con la menstruación y tener hijos, además debido a la falta de información consideraban que el embarazo suponía una contraindicación.

TABLA 12. ESTIMACIÓN DE RIESGO ANTE FACTOR MIEDO/PENA

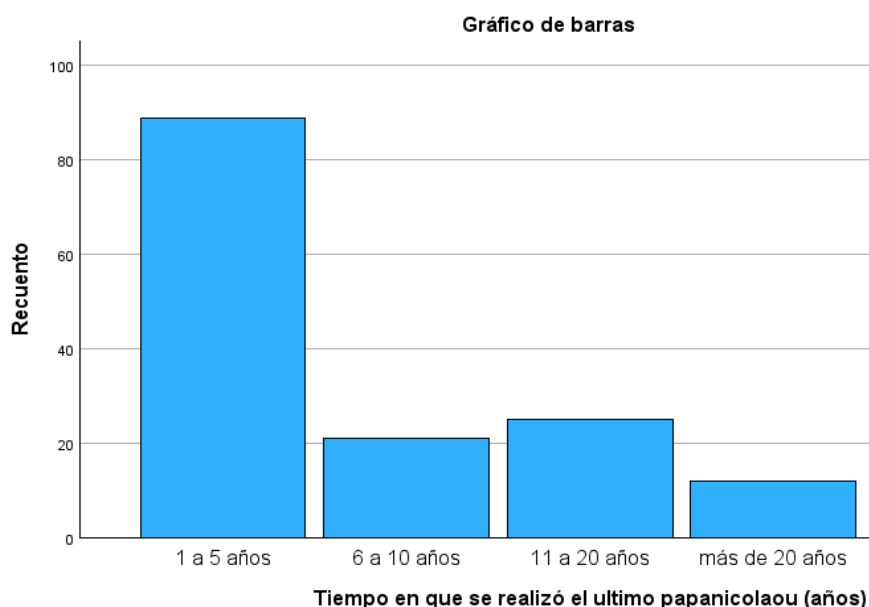
ODDS RATIO FACTOR MIEDO/PENA			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para P/M para realizarse papanicolaou (No / Si)	.080	.028	.232
Para cohorte papanicolaou = No	.479	.403	.568
Para cohorte papanicolaou = Si	5.953	2.329	15.213

N de casos válidos	296		
--------------------	-----	--	--

Fuente: Elaboración propia

El factor miedo/pena es considerado como factor protector, hubo menos probabilidades de realizarse PAP. Lo anterior, se observó en la investigación por Ybarra-Sagarduy y Pérez (2012) investigación que, evidenció que poder percibir dolor al realizarse el tamizaje y el miedo ante un trato inadecuado o resultado alterado afectan de manera negativa el tamizaje. Las pacientes aseguraron que sentirse juzgadas, poco escuchadas por el médico y vulnerables, no se realizaron nuevamente papanicolaou.

FIGURA 13. TIEMPO DESDE QUE SE REALIZÓ PAPANICOLAOU (AÑOS)



Fuente: Elaboración propia

Se interrogó los años transcurridos desde la realización del último papanicolaou, con el fin de dar a conocer que hay pacientes que aceptaron el tamizaje, pero nunca tuvieron continuidad adecuada, a consecuencia de una mala experiencia, mala relación médico-paciente y la relación que se tuvo con los programas sociales.

El grupo de 1 a 5 años con 60.8%, de 6 a 10 años con 14.8%; 11 a 20 años: 16.8%, más de 20 años: 8.1%. Pese a que el porcentaje es mayor en las pacientes que recientemente se realizó papanicolaou el tamizaje no fue anual, los demás grupos

conformaron 39.8% del total de la muestra, lo que reflejó la falta de oferta en el primer nivel.

Aunado a lo anterior, se interrogó a las pacientes sobre la frecuencia con que se realizaron PAP. Se observó que las pacientes que se realizaron papanicolaou una vez fueron 60.8%; dos ocasiones 20.7%. El grupo que se realizó PAP en 3 ocasiones aun es aceptable, ya que, aunque no hubiese sido subsecuente el tamizaje aun cumple parte de su objetivo porque el periodo de latencia hasta la aparición de la enfermedad es un periodo comprendido en 10 años aproximadamente, pero aun así fue insuficiente.

A partir de la realización del tamizaje en cuatro a diez ocasiones el número disminuyó muy significativamente, solo 7.4 %. En ambas situaciones, se incumplió en lo establecido por la GPC; se observó ausencia de tamizaje, pero a su vez se sobre realizó la citología en otras pacientes, esto, en los medios particulares, en donde a las pacientes les informaron que deben someterse a la prueba cada 6 meses; lo cual podría incluso resultar en daños económicos y psicológicos, al tener que someter al cuerpo de la paciente a una prueba innecesaria.

4.3. Análisis de las propuestas que las pacientes proponen para mejorar el tamizaje contra cáncer cervicouterino

La detección oportuna y la prevención del Cáncer Cervicouterino son clave para reducir la morbi-mortalidad. Pese a los esfuerzos del personal de salud, aún existen desafíos que impiden que las mujeres accedan a estos servicios. En este sentido es fundamental tomar en cuenta las propuestas y cosmovisión de las mujeres mismas, ya que son ellas quienes viven a diario estas situaciones, su experiencia y perspectiva son esenciales para entender las barreras y los desafíos que enfrentan para acceder a los servicios de salud. Se presentan las propuestas basadas en experiencia y perspectiva de mujeres que han padecido CCU y que se han sometido al tamizaje, tanto quienes no.

TABLA 13. SUGERENCIAS HACIA EL PERSONAL DE SALUD PARA AUMENTAR LA REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU

SUGERENCIAS HACIA EL PERSONAL DE SALUD PARA AUMENTAR LA REALIZACION DE PAPANICOLAOU					
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Informar más a las mujeres	64	21.6	Hablar en las escuelas	25	8.4
No hay nada que hacer	56	18.9	Informar a las familias	15	5.1
Hablar con los esposos	48	16.2	Informar en la consulta	12.2	4.1
Ir a las comunidades más lejanas	36	12.2	Informar en pareja	9	3
Otros	29	9.8	Hablar en iglesias	2	0.7
Total	296	100.0			

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar destacó la opción “Informar más a las mujeres” con un 21.6%, aseguraron que el tema es mejor entendido cuando se crea una red de apoyo donde otras mujeres recomienden a sus conocidas la realización, una de las pacientes indicó *“yo creo que es mejor hablar solo con las mujeres, cuando les informamos si aceptan, pero es que si se habla con los esposos podría haber problemas o motivo de separación, porque dicen que los contagian de algo... mi mamá por ejemplo, se hacia su papanicolaou a escondidas, mi papá nunca lo supo porque le dijo que cuando se hiciera PAP ya no volvía a entrar a la casa, entonces nunca lo supo”*, cuando el papanicolaou se ofertó en la consulta o una promotora de salud lo promocionó las pacientes si aceptaron, lo cual resultó en que el Centro de Salud Betania realizara aproximadamente 500% más de citologías que el año pasado.

Se aseguró que al advertir a las mujeres, desde la prevención hasta las manifestaciones más graves de la enfermedad puede hacer que decidan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, *“es que es la ignorancia de las mujeres... es la*

ignorancia... y como no les ha pasado nada malo pues ellas se confían, piensan que... que los doctores no las pueden ver y el marido piensa que no las pueden ver... las mujeres deben darse cuenta que ellas pueden decidir, no solo el hombre, pero yo me he dado cuenta que no son solo los hombres, me he dado cuenta que también es la mujer, si es uno pues... hay que informar de las consecuencias pero hasta las más graves”, otra paciente incluyo en sus respuestas la importancia de crear redes de apoyo entre mujeres “...hay que cuidar a las mujeres porque esto cada vez se pone más feo...” Generar impacto en las mujeres para que no acudan en fases tardías, usando todos los recursos disponibles principalmente a través de mujeres que compartan la información con otras mujeres.

En tercer lugar, el 16.2% optó por la opción “hablar con los esposos”, que el personal de salud los orientara para que “tengan más confianza” y que confíen que el proceso es con fines diagnósticos y preventivos. Se enfatizó en la desinformación en las parejas de sexo masculino que resultó en conductas machistas *“hay unos hombres que son celosos... mi esposo esta entendido... pero es que hay una mi hermana que lo rechazo su esposo porque no les gusta que salga”,* lo que además, resultó en influencia de la paciente sobre decidir realizarse la prueba, generar baja autoestima, incluso sufrir rechazo por su pareja, como declaró una paciente más, *“yo le dije a mi esposo, y me comento que una su compañera de trabajo se lo iba a hacer y me dijo -ay no, estas loca porque yo no dejaría que me revisen, para mí no me gusta que me anden viendo ahí...entonces me hizo sentir mal y ya no lo hice”*

Se insistió en que la desinformación de los esposos limitó que la mujer recibiera tratamiento oportuno y el cáncer culminó en la muerte de la paciente, *“es que las mujeres de aquí les da pena hablar de eso, da miedo, su marido pue... escuche de su mama de mi amiga, ella ya murió y murió por una enfermedad de eso (cáncer) pero su esposo nunca acudió, nunca pudo buscar su medicamento...”* Entonces, a pesar de llegar a las consecuencias de las últimas etapas de la historia natural de la enfermedad los esposos no tomaron la decisión de intervenir sobre la enfermedad lo que reflejó que el desconocimiento causó alta renuencia en la población masculina.

Una paciente más recalcó que las consecuencias del machismo, la educación, la migración y la poligamia, conllevan a contraer enfermedades de transmisión sexual y como consiguiente un contagio hacia las esposas *“lo que pasa es que aquí, bueno yo igual soy de ellas, pero aquí son muy como decir, mmm machistas los maridos, no las dejan -para que te vas a ir a que te vea un doctor- dicen y las regañan”... pero yo me toco un marido mmm que ya falleció pero me enseñó que hay que cuidarnos... es que a veces hay hombres que se van a trabajar lejos y regresan con sus mujeres y les trae enfermedades y las mujeres de aquí no salen, no salen casi, rara la vez que salen y menos de tener otros hombres, son fieles, la culpa lo tienen los hombres*”, circunstancias que han sido difíciles de manejar por las mujeres, quienes no identifican estas prácticas de riesgo como un tipo de violencia hacia su salud, además, el hombre al tener el control económico del hogar resulta en miedo al abandono. En contraparte esta desconfianza en las acciones de las parejas hizo que la mujer pidiera ayuda mediante el PAP.

A su vez, otro testimonio aseguró que la educación sexual no debería hacerse hasta que se presenta la enfermedad, *“es que me habían dicho que es para detectar para VPH, y como mi esposo se contagió de VPH por eso vine a pedir para asegurarme que no tuviera nada... la primera vez que me hice lo hice sin permiso de mi esposo y ya ve que aquí tienen mucha mentalidad ... así de los hombres que está mal y en mayo lo hice porque mi esposo le dijo el doctor que él tenía eso (VPH) y pues me dijo que viniera que me checaran, entonces, este... yo creo que es una buena opción de que los hombres les hicieran saber, aparte de que ellos se enferman pero lo más grave es que nosotros nos enfermamos más porque para ellos tal vez hay un tratamiento más fácil para quitarles, pero como nosotras como mujeres somos más propensas de que nos pegue esa enfermedad del cáncer...”*.

Lo anterior, coincidió con lo recomendado por la IPFF, el instituto recalcó la importancia de crear conciencia entre varones y miembros de la familia para reducir las barreras sociales que afectan la capacidad y el acceso de las mujeres a los servicios de detección y tratamiento, en este caso, existió el antecedente de que el personal de salud convenció y le generó al hombre interés por la salud de su esposa, pero fue porque se manifestó una enfermedad.

Por otro lado, 12.2% sugirió acudir a las comunidades más lejanas, se enfatizó que las pacientes no acuden al Centro de Salud y acercar los servicios de salud suele ser más apropiado, en ocasiones por la percepción de la salud de cada paciente, cuestiones económicas y específicamente que en comunidades más alejadas las casas de salud no ofrecen este servicio e incluso otras comunidades no cuenta siquiera con este servicio, este grupo recalcó que el personal de salud de estas instituciones, enfermeros o TAPS se presentaban 1 vez como máximo por semana.

Se rescató aseveraciones de pacientes que afirmaron no poder llegar al Centro de Salud *“es que no podemos venir porque está muy lejos”*, además de la importancia que cada paciente le da a su salud sobre otros factores como la lejanía de Betania *“yo con mis conocidas cuando me platican les digo que si ya vinieron al doctor aquí en Betania pero dicen que está muy lejos”*, se encontró oportunidad de orientación en pareja, en este sentido un esposo aseguró que las casas de salud no ofrecen este servicio *“no llegan a hablarnos de eso.. allá lo platicaban, pero antes, hace años, pero ya no llegan nunca. Por mí no hay problema, es por la salud”*.

Constante que coincidió con la OMS, donde se recalcó que las desigualdades sociales y el pobre acceso a los servicios de salud representan obstáculos importantes, eliminarlos aumentaría la detección temprana de cáncer cervicouterino.

En quinto puesto con un 9.8 %, se creó un apartado denominado “Otros” el cual englobó distintas propuestas que pese a representar una minoría vale la pena retomarlos. Idear mejores dinámicas, adaptándolas a los espacios y al lenguaje como aseguró una de las pacientes: *“las pláticas o talleres debe ser dinámicas, juegos, modelos anatómicos, material visual... que sea dinámico, porque si no la gente piensa que es aburrido y se cansa...”*, otra parte de este grupo (4 pacientes) planteó que insertar material visual que oferte el tamizaje para que las pacientes tengan conocimiento que se pueden realizar la prueba de manera gratuita *“pegar una cartulina o carteles informando que aquí se hace el papanicolaou, yo no sabía que aquí se hace, sino desde cuando hubiera venido”* esto recalcó la falta de oferta hacia la población.

De hecho, el personal en el Centro de Salud Betania se limitó a involucrarse en situaciones de salud sexual y reproductiva como en abortos y tacto vaginales, limitaron a

los pasantes de servicio social a realizar estos procedimientos, pero omitir la exploración física en el paciente obstaculizaba la atención, diagnóstico y tratamiento, así que, si se realizaron bajo previo consentimiento informado, en presencia de algún familiar y por supuesto personal de enfermería.

La promoción del papanicolaou mayoritariamente se realizó dentro del consultorio, la investigadora notó que al realizar las encuestas fuera del consultorio las respuestas fueron mucho más restringidas, a diferencia de aplicar el cuestionario en la consulta donde se recolectó distintos testimonios.

Se entrevistó a otra pareja, en donde la paciente femenina aseguró que nunca se realizaría la prueba, sin embargo, su esposo propuso hablar con los Agentes de la comunidad, ya que ellos, anteriormente decidieron que nadie se realizaría papanicolaou: *“dicen que una señora lo tocaron... matriz, parece... le dolió mucho, no sé qué le hicieron... tiene años que lo prohibieron, hubo una asamblea, hay una casa de salud, puedes ir a ver que te dicen con el Manuel Sánchez...”*, en este sentido, el paciente sugirió acudir con la persona previamente mencionada para llegar a un acuerdo.

Otra paciente coincidió en que los agentes juegan un papel muy importante ya sea de manera positiva o negativa en las decisiones de la población, aún más si las autoridades es un grupo de hombres exclusivamente, *“escuche de mi esposo porque cuando tenía cargo aquí de mesa directiva... y escucho que muchas mujeres venían a hacérselo pue, es que los hombres lo saben que venimos al centro de salud y entre hombres se platicaban que no sirve... porque dicen que algunas mujeres sangran, entonces que no servían, pero pues ahorita me está explicando que porque es que sangran es porque tienen problemas... entonces yo lo tengo que convencer mi esposo”*, la IPPF (2018) coincidió en involucrar a las personas líderes dentro de la comunidad para que movilicen a las mujeres y en consecuencia ellas ejerzan su derecho de utilizar los servicios integrados de alcance comunitario.

Por otro lado, se evidenció la falta de programas sociales *“me hice el papanicolaou porque me obligo el gobierno, pero ya de ahí me quedo el hábito... es feo decirlo, pero es verdad... bueno es que si es uno consciente no se tiene que obligar... pero es uno el que se va a morir, caso el gobierno”*. Otras pacientes insistieron en que es

incorrecto condicionar a las pacientes *“es feo que nos obliguen, pero ahí iba más gente”*, es necesario estructurar un programa social que se enfoque en el tamizaje de CCU, sin obligar a las mujeres y que genere impacto real para que, aunque estos programas en algún momento desaparezcan la importancia permanezca en la población.

De este modo, es preciso que los gobiernos se centren en generar un programa que mediante la promoción más continua del papanicolaou por parte del personal de salud, haga que constantemente conozcan que tienen acceso al servicio, sin tener que “obligarlas” y sin tener que obligar también al personal de salud a cumplir metas que pongan en riesgo su estancia e integridad en la comunidad, al respecto una paciente informó *“así paso una vez doctora, cuando había prospera un enfermero se les explico y casi se les obligo y lo corrieron y todas las comunidades lo corrieron, pero creo que porque era hombre... tal vez es mejor hablar entre mujeres”*, este hecho se externó hacia la investigadora en el Centro de Salud Betania, de hecho, se informó que no fue el único profesional afectado sino que en diversas Casas de Salud ocurrieron hechos similares.

Respecto a “hablar en las escuelas” con un 8.4%. Las pacientes indicaron que es mejor lugar para hablar sobre temas de educación sexual y reproductiva y al ser el lugar donde suelen acudir más madres que padres, citar a las mujeres que tienen hijos estudiando en cualquier nivel educativo ayudaría a informar sobre el tamizaje.

Informar a las familias con un 6.1% ocupó el sexto lugar. destacó en este sentido la toma de decisiones de manera colectiva, un esposo aseguró *“hay que hablar con la familia, que tal le pasa algo pue, me van a echar la culpa, es mejor que lo sepa su familia”*; testimonio que coincidió con otro paciente masculino quien refirió *“tengo mi familia pues... lo tengo que decir lo que estamos haciendo pues, tengo mis tíos a los que les tengo que decir”*. Otra paciente recalcó que el conocimiento debe ser generalizado y no solo para la mujer, *“hay que hablar con las familias... pues hablando, platicando con los hermanos mayores también es bueno pue, porque tener toda la información a tiempo es más fácil”* y aún más porque en la comunidad las decisiones con frecuencia se tomaban en familia.

Además, 4.1% de la población aseguró que incluir información acerca de papanicolaou en cada consulta es una buena estrategia; una paciente aseguró que al ser temas que generan incomodidad en las pacientes, se limitaban a cuestionar al médico, a

diferencia de cuando los médicos ofertaban de manera espontánea *“usted siga con su platica doctora, hay van aceptar, es más fácil cuando nos ofrecen porque nosotros no lo sabemos cómo preguntar, da pena preguntar”*

Informar en pareja y en iglesias con 3% y 0.7% respectivamente. En la primera opción, las pacientes aseguraron que dar la información en pareja eliminó las dudas que surgieron. En caso de las iglesias, se aseguró que al ser un lugar en donde se puede hablar en privado de ciertas cosas concientizar a los lideres de las mismas incrementaría su aceptación.

“No hay nada que hacer”, ocupó el tercer lugar con 18.9%; se tomó en cuenta esta variable debido a que, aunque que no es una sugerencia y pese a esperar que esta respuesta la hayan dado las pacientes sin realización previa de papanicolaou, igualmente algunas pacientes con tamizaje adecuado optaron por esta respuesta, se recalcó que la población al no percibir un beneficio económico decide no participar en el tamizaje, *“ven más el lado de la ganancia que la información ... lo veo muy difícil”*.

Otra paciente recalcó que pese a que existe información proveniente de distintas fuentes, las cuestiones sociales como la pareja, el miedo y la falta de programas sociales que incluyan el tamizaje, impidieron un mayor alcance *“es que hay mucha información, es la gente que no se lo quiere hacer, información hay, pero es la gente, porque?, porque hay mucha pena o por el marido que no las deja, no quiere, o porque simplemente les da vergüenza... antes si todas las mujeres íbamos pero porque el gobierno obligaba, todas íbamos a eso, ahorita ya no, y sin que te obliguen nadie va, en cambio si te dicen si no vas te quitan tu apoyo como ganado íbamos todos...”*. Inclusive, se recalcó que, aunque se ha llevado la información lo más cercano posible a las pacientes, no acceden a participar *“es que es muy difícil, nos han hablado antes pue, la enfermera de allá ya nos había hablado antes, pero nadie quiso... no tanto así, pero es que algunas les da pena o creen que no es tan importante...”*.

Finalmente, otra paciente sostuvo que las mujeres prestaban atención a la enfermedad hasta que se hacía presente *“es que no, no hay nada que hacer, solo es que no quieren que las veas, es... y piensan que no les va a pasar nada, ya hasta que nos*

pasa algo queremos hacerlo, nosotras somos 7 y solo yo me lo he hecho” y pese a que esta paciente habló con sus hermanas del tamizaje ninguna accedió.

4.4. Seguimiento tras realizarse Papanicolaou

Los Centros de Salud y Hospitales ofertan de manera gratuita el tamizaje contra CCU, sin embargo, al ser dependiente de otras instituciones las pacientes pueden enfrentarse a desafíos como la espera prolongada por los resultados o incluso a no recibirlos, lo que puede llevar a una falta de seguimiento y tratamiento inadecuado. A continuación, se presenta las respuestas de los Casos, incluyendo a quienes se realizaron el tamizaje en un medio publico y privado.

TABLA 14. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DESPUES DE REALIZARSE PAPANICOLAOU		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca entregaron resultados	26	17.6
Privado, llego menos de 1 semana, le explicaron	50	33.8
Tardo 1 mes, si le explicaron	20	13.5
Tardó mucho tiempo, no le explicaron	16	10.8
Tardo varios meses, le explicaron	25	16.9
Total	137	92.6
Perdidos	11	7.4
Total	148	100.0

Fuente: Elaboración propia

Se interrogó a las pacientes caso acerca de su seguimiento posterior a realizarse papanicolaou, se excluyó a 11 pacientes, ya que, durante el año en curso y durante los meses de la recolección de datos se les realizó el tamizaje. En primer lugar, se observó que el 33.8% de las pacientes decidió realizarse el tamizaje con médicos particulares, a diferencia del sector salud, estas pacientes indicaron que el resultado llegaba de manera oportuna, y en una semana o menos les entregaban los resultados, sin embargo, a

algunas de ellas les informaban “que había salido bien” sin especificar la ausencia de displasias.

En contraste con el 17.6%, citologías que se realizaron en el sector público, las pacientes objetaron “*solo llevan la muestra... hay te vamos a llamar decían, pero nunca... por eso la gente dijo que ya no*” razones que ocasionaron que la paciente no accediera a un segundo tamizaje, al dudar de su realización.

Por otro lado, 16.9% de las pacientes se realizaron el tamizaje en este u otro CS, indicaron que los resultados tardaban entre 2 a 3 meses, las localizaron vía telefónica, se les explicó los rubros de las hojas, les entregaron una copia de su resultado y además que les indicaron realizarse citología de manera anual. Respuestas similares en el 13.5% de las pacientes quienes afirmaron los resultados tardaron aproximadamente 1 mes en ser devueltos a las pacientes y les informaron ausencia de CCU.

Por último, con 10.8% de las pacientes, afirmaron que los resultados tardaban en llegar tres, hasta cuatro meses, una constante más que se encontró fue que las pacientes insistieron vía telefónica o yendo al Centro de Salud a pedir información, en algunos casos les entregaron una copia de los resultados, sin embargo, no se les brindó interpretación de los mismos.

Al término de la investigación se realizó papanicolaou un 300% más que el año pasado, solo por la investigadora, y el Centro de Salud en total tomó un 500% de muestras más en comparación al año pasado, de Marzo a Junio los resultados demoraron aproximadamente 2 meses, pero, a partir del segundo semestre los resultados no llegaron sino hasta 6 meses después, se desconoce si este proceso es similar en cada año u ocurrió alguna situación específica en el Distrito de Salud II.

V Conclusiones

Se analizó a las mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron de julio a noviembre de 2024 al Centro de Salud de Betania, Teopisca, Chiapas.

Se puede afirmar que a nivel demográfico los principales factores que impiden realizarse papanicolaou fueron ser ama de casa, estar soltera y primaria como nivel

máximo de estudios. Lo que sugiere que las mujeres con menor acceso a la educación y con roles sociales específicos son quienes enfrentan mayores barreras para acceder a la salud preventiva y reflejó la importante desigualdad social y económica que afecta la salud de las mujeres que viven a diario estas situaciones.

Las cuestiones culturales tales como el factor pena-miedo, la oposición de los esposos y/o familiares refleja características que desde hace mucho tiempo han sido características de la población y que están influenciadas por la experiencia de otras personas además que denota la importancia de decisiones colectivas. De igual manera, la población rechaza que quien realice la prueba sea del sexo masculino, las mujeres se sienten vulnerables ante ellos y por su parte los esposos tienen aun prejuicios hacia el personal, incluso, la investigadora enfrentó dificultades como que la pareja de una paciente la presionara con solicitar sus resultados a la brevedad, creyendo que el tamizaje fue solo por conveniencia de quien lo realizó.

Pese a que la religión no fue identificada como un obstáculo para la realización del papanicolaou en la presente investigación, hubo pacientes que objetaron que las pláticas que brinda la iglesia respecto a estos temas se tratan en privado, por lo que al momento han sido favorecedoras. En general, la presente investigación confirma la importancia de considerar los factores dependientes de cada cultura y su importancia al momento de planificar e implementar programas sociales y estrategias de salud sobre todo en cuestiones de salud reproductiva y salud ginecológica ya que sigue considerándose como un tabú.

La falta de oferta por parte del personal de salud y, que va muy de la mano de desconocer la utilidad de la citología, evidencia que las pacientes ni siquiera una vez en la vida han escuchado del tamizaje, y de hecho, nadie puede solicitar algo que desconoce, es evidente que la cultura de cada población es distinta pero que comparte tabús, sin embargo, el personal debe saber manejar las poblaciones, sin someterlas y justificar con bases científicas la promoción que realiza para respaldarse jurídicamente, de igual manera que los programas sociales en lugar de hacerles creer que es solo un requisito y condicionar a la población, debe concientizar. No devolver los resultados a las

pacientes, genera duda de su veracidad, llevándolas a no realizarse la prueba una segunda vez.

Se demostró que los factores que incentivan a la realización del papanicolaou a nivel demográfico, Mayor edad; pese a que los programas sociales que en sexenios anteriores fueron creados y promovidos, no tuvieron impacto significativo a largo plazo las mujeres que accedieron al tamizaje en pequeña proporción aún se realizan citología, además que estos conocimientos fueron pasados de generación en generación y hermanas o hijas conocieron el tamizaje gracias a ellas y las convencieron de cuidar su salud ginecológica mediante papanicolaou. Dado que, en escuelas de nivel medio superior o superior se da más importancia a la salud de la mujer, esto favorece a la realización de tamizaje contra CCU.

Nuevamente se recalca que las desigualdades sociales juegan un papel muy importante en el tamizaje, tomando en cuenta que quien vive más cerca al CS acude con mayor frecuencia a realizarse PAP. La autonomía de las mujeres sigue estando condicionada por los esposos, y más aún la salud de la mujer, a pesar de que las mujeres casadas son quienes más acuden al tamizaje, la mayoría de ocasiones lo hacen sin conocimiento de los esposos, porque lo consideran un riesgo, ellas al no poder intervenir en el comportamiento de los hombres, su principal medida de prevención y tratamiento (de infecciones vaginales) es el papanicolaou.

Culturales: Se demostró que la toma de decisiones esta muy influenciada por la experiencia de los familiares y personas de confianza para ellos, transmitir una experiencia favorecedora, un trato empático, acompañamiento y resolución de dudas, en una sola paciente influencia a más mujeres para realizarse citología e incluso buscar a la persona que lo realizó porque si genera confianza en una persona, puede generar confianza en una población.

De este modo, conocer a una paciente con PAP previo, es un factor significativo en la decisión de la paciente, lo que sugiere que la experiencia y recomendaciones de estas personas pueden ser un motivador importante, o en su defecto un obstáculo. Al ser estas perspectivas propias de cada persona y estar influenciadas por la educación, la

conciencia y la experiencia personal se sugiere que debe abordar estos factores para mejorar el sistema de salud.

Se evidenció que la salud preventiva no es prioridad en esta población, y sólo acudieron a realizarse PAP cuando presentaban síntomas que generaron incomodidad en ellas o tenían creencias de que podría ser un indicio de cáncer.

Sanitarias. La promoción por el personal del Centro de Salud es la medida indispensable para acercarse a la población, analizarla y abordarla con la mejor estrategia para generar interés, reconocer la relevancia, objetivo y situación para la realización de papanicolaou sin limitarse a ofertar los diferentes servicios de salud sexual y ginecológica siempre y cuando sin generar controversia en los hogares.

Análisis de las propuestas que las pacientes proponen para mejorar el tamizaje contra cáncer cervicouterino

Las propuestas de las pacientes coinciden principalmente en las redes de apoyo formadas por mujeres, a pesar de que se intenta incluir a los hombres en el tamizaje del CCU las mujeres y los esposos, se niegan a aceptarlos, el cambio de perspectiva suele darse cuando las y los pobladores migran a otros estados o países lo que refleja las diferencias en los distintos sistemas de salud, a la vez que las personas que residen en ciudades conocen e incluso han padecido otro tipo de enfermedades, tomando en cuenta que el cáncer a nivel general tiene altas incidencias sobre todo en zonas urbanizadas. Tomar en cuenta a las parejas, es una gran estrategia, pero continúa siendo un gran obstáculo, debido a que como personal de salud no se puede intervenir de un momento a otro en la cultura de Betania y es una labor que debe ser tomada en cuenta desde las primeras etapas de la vida.

Incluir a las familias y los actores clave como iglesias y agentes rurales puede influenciar de manera positiva a la población, en especial porque las decisiones de las mujeres en la mayoría de ocasiones, son externadas y/o aprobadas por estos grupos de personas que no solo incluye a hombres, sino también a mujeres, pero como previamente se mencionó este cambio no puede imponerse de manera aguda, sino que debe realizarse desde los encargados del hogar y los encargados de la educación desde edades tempranas.

Intervenir en la cultura de hombres y mujeres que rechazan la citología es complejo, incluso personal de salud y mujeres que se han realizado el tamizaje y que conocen a estas poblaciones afirman que no hay nada que hacer, ya que si se pudiera generar impacto ya se hubiera logrado. Sin embargo, durante la investigación y mediante la promoción generada si se logró; lo que se refleja en las metas obtenidas, pero es claro que es un trabajo que requiere de más constantes y mejores estrategias.

Seguimiento

Se determinó un seguimiento inadecuado en ambos sectores, mientras que en el medio particular la entrega y explicación es oportuna, existen situaciones de hiper realización de la prueba. Es necesario que el personal de salud reconozca que no por obtener mayores beneficios económicos es necesario someter a una prueba innecesaria. En contraste, es necesario que las instituciones de salud que se encargan del análisis de las muestras tengan los recursos humanos y económicos para garantizar la conservación y transporte de las muestras.

VI Recomendaciones

Orientar a las mujeres a través de actores clave de las comunidades (profesores, autoridades y líderes religiosos) sobre los beneficios del papanicolaou para garantizar mayor realización.

Que el personal de salud brinde mayor información a los hombres acerca de su propia salud y la salud ginecológica para influir de manera positiva en las mujeres.

Se debe procurar que el personal de salud empatee con las pacientes, resuelva dudas y deje una experiencia favorable del tamizaje, al transmitir una buena experiencia personal a otras mujeres se podría favorecer la aceptación del papanicolaou.

Crear políticas públicas encaminadas a crear programas sociales en salud ginecológica oportunos y que respeten la autonomía de las mujeres y del personal de salud, para así generar que la paciente priorice su salud.

Es necesario que, los institutos encargados de analizar las muestras del tamizaje se encarguen de devolver los resultados con la menor demora posible a los Centros de Salud.

Referencias Bibliográficas

- Adaya-Salgado, L. (2021). *Factores que influyen en la renuencia de las pacientes a realizarse el examen de papanicolaou en un primer nivel de atención*. Obtenido de Dirección General de Bibliotecas UNAM: <https://bidi.unam.mx/>
- AEPPC. (2022). *Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia*. Obtenido de Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello del Útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales en las pruebas de cribado: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/05/AEPCC-Guia_Prevencion-cancer-cervix_2022_v05.pdf
- Alonso-Triana, L., Hernández, J. R., & Ugalde, M. y. (2021). Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en adolescentes de la Universidad de Ciencias Medicas de Matanzas. *Revista Médica Electronica*, 1-11.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (02 de Abril de 2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. Obtenido de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión : diputados.gob.mx
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (26 de Enero de 2017). *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Nueva Ley DOF*. Obtenido de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión : diputados.gob.mx
- Casas-Anguita, J., & Repullo-Labrador, J. D.-C. (2013). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *ELSEVIER*, 60-68.
- Cuba, M., González, M., Scull, M., & Panuncia. (2019). Importancia del sistema Bethesda en el diagnóstico citológico de las lesiones precancerosas del cérvix. *Revista Médica Electrónica*, 203-211.
- Cuello, M., & Miranda, V. y. (2018). *Ginecología General y Salud de la Mujer*. Chile: Ediciones Universidad Catolica de Chile.
- De La Guardia-Gutierrez, M. A.-L. (Enero de 2020). *Journal of Negative and no Positive Results*. Obtenido de La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

- Disaia, P., Creasman, W., Mannel, R., & Mcmeekin, S. &. (2019). *Clinical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: ELSEVIER.
- Equipo Enciclopedias. (02 de 2024). *Enciclopedia Significados. Sociedad*. Obtenido de Miedo: <https://www.significados.com/miedo/>
- FIGO. (2021). Cancer of Cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1-37.
- Gammarano, R. (29 de 10 de 2019). *Organización Internacional del Trabajo*. Obtenido de Trabajo y la ocupación no son sinonimos: <https://ilostat.ilo.org/es/blog/work-and-employment-are-not-synonyms/>
- Gil-Lacruz, M. (2012). *Repositorio Universidad de Coruña*. Obtenido de Percepción de la salud : determinantes sociales en la atención primaria: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/12446#:~:text=%5BResumen%5DLa%20percepci%C3%B3n%20de%20salud,identificando%20sus%20principales%20determinantes%20sociales.>
- Gobierno de Venezuela. (04 de 05 de 2024). *Acceso a la Justicia*. Obtenido de El observatorio Venezolano de la Justicia: <https://accesoalajusticia.org/glossary/conyuge/>
- Gómez, M., Bezerra, P., & Moreira, V. y. (2010). Examen de Papanicolaou: Factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enfermería Global. Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería* , 1-11.
- IGN. (2022). *Instituto Geográfico Nacional*. Obtenido de Localización geográfica. Concepto, definición y relevancia actual: https://educativo.ign.es/atlas-didactico/cartografia-eso/localizacin_geografica_concepto_definicion_y_relevancia_actual.html
- IMSS. (2011). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica. GPC. Prevención y detección oportuna del Cancer Cervicouterino en el Primer nivel de atención: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>
- IMSS. (15 de 08 de 2022). *Gobierno de México. Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de Epidemiología del Cancer Cervicouterino: <https://www.gob.mx/imss/es/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino>
- INEGI. (2 de Febrero de 2022). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero) Datos Nacionales: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER22.pdf

- INSP. (2021). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Obtenido de Prevención y Control sobre el Cáncer Cervical en México:
https://www.insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Cancer_Cervical.pdf
- INSP/ESPM. (2024). *Escuela Nacional de Salud Pública de México*. Obtenido de Trato digno en la atención a la salud: <https://www.espm.mx/blog/vci-trato-digno-atencion-salud/#:~:text=El%20trato%20digno%20es%20una,humanas%20y%20a%20todas%20las%20personas.>
- Mapas de México. (2023). *Mapa de Betania, Chiapas*. Obtenido de Mapas de México: <https://mapasdemexico.com.mx/betania-teopisca.html>
- Moreno, M. &. (2023). Cáncer Endometrial: Hallazgos en la citología cervical. Un caso clínico. *Journal of Obstetrics & Gynecology of Venezuela*, 216-222.
- Nájera, P., Lazcano, E., Alonso, P., Ramírez, T., & Cantoral, L. y. (1996). Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del papanicolaou. *Bol Oficina Saint Panam*, 536-541.
- OMS. (17 de 11 de 2023). *Organización Mundial de La Salud*. Obtenido de Cáncer de cuello uterino: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=Datos%20y%20cifras%201%20El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello,de%20ingreso%20bajo%20y%20mediano.%20...%20M%C3%A1s%20elementos>
- OMS, OPS. (2009). *Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud*. . Obtenido de Determinantes sociales de la salud: paho.org
- OMS, OPS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Promoción de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud#:~:text=La%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20fomenta%20cambios%20en%20el%20entorno,ambientales%20y%20organizacionales%20y%20personales%20interact%C3%BAan.>
- OMS, OPS. (2023). *Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de OMS: Documento de posición sobre la vacuna contra VPH: <https://www.paho.org/es/vacuna-contraviruspapiloma-humano-vph>
- OPS. (2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Guía Práctica de Tamizaje Cervico Uterino:
<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/GUIA%20PRACTICA%20DE%20TAMIZAJE%20CERVICO%20UTERINO.pdf>
- Pichardo-Nárvaez, M. y.-M. (2015). Factores socioculturales asociados a la realización del Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva que asisten al Centro de Salud Edgard Lang, Managua, en Mayo 2015". *Repositorio Institucional UNAN-Managua*, 60-72.

- RAE. (2023). *Asociación de Academias de la Lengua Española* . Obtenido de Diccionario de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n>
- RAE. (2023). *PanHispanico*. Obtenido de Diccionario Panhispánico del Español Jurídico: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
- RAE. (06 de 2023). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de la lengua Española: <https://dle.rae.es/edad>
- RED EDUCA. (2024). *Contexto Educativo. Nivel Académico* . Obtenido de Red Educa.net: <https://www.reduca.net/contexto-educativo/n/nivel-academico>
- Secretaría de Salud. (20 de Abril de 1994). *NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria*. Obtenido de Orden Jurídico: ordenjuridico.gob.mx
- Secretaría de Salud. (28 de Septiembre de 2005). *NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de Información en salud*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: <https://dof.gob.mx>
- Secretaría de Salud. (2006). *Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Obtenido de Manual de Procedimientos para la toma de la muestra de Citología Cervical: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
- Secretaría de Salud. (Marzo de 2021). *NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: <https://dof.gob.mx>
- SEGOB. (2012). *Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012#gsc.tab=0
- SEGOB. (03 de 2016). *Gobierno de México. Comisión para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*. Obtenido de ¿A que nos referimos cuando hablamos de sexo y género?: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>
- SEGOB. (2022). *Secretaría de Gobernación*. Obtenido de Instituto Mexicano del Seguro Social. Epidemiología del Cáncer Cervicouterino: <https://www.gob.mx/imss/es/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino>

- SEOM. (2024). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de Cáncer de Cérvix: <https://seom.org/174-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>
- SSA. (Agosto de 2019). *Hoja de Dato sobre cuello uterino. Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello Uterino*. Obtenido de Gobierno de México. Secretaría de Salud: www.gob.mx/salud/cnegrfile:///D:/MEXICO%20CACU%20dia%20mundial.pdf
- UNAM. (2023). Papanicolaou. *UNAM. Revista Global. Universidad Nacional Autonoma de México*.
- Velasco, F., Miranda, A., Magaña-Olán, L., & García, J. y. (2018). Factores Socioculturales que Interfieren en la realización de del Papanicolaou en Mujeres Indígenas Mexicanas. *European Scientific Journal*. , 69-83.
- Viquez, K., & Araya, R. &.-J. (2022). Cáncer de cérvix. Generalidades. *Revista Medica Sinergia*.
- WMA. (05 de 2024). *Asociación Médica Mundial*. Obtenido de Declaración de Helsinki de la AMM- Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos: wma.net
- Ybarra-Sagarduy, J. L., & Pérez, B. y. (2012). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 185-194.
- Zapata, F., Miranda, A., Magaña-Olán, L., & García-Hernández, J. y.-M. (2018). Factores Socioculturales que interfieren en la Realizacion del Papanicolaou en Mujeres Indígenas Mexicanas. *European Scientific Journal*, 69-80.

Anexos

Anexo 1. Concentrado de las variables a tomarse en cuenta en la investigación.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Papanicolaou	Consiste en tomar una muestra de las células del exocérvix y endocérvix para luego analizarlas mediante la tinción de Papanicolaou y determinar si existe alguna lesión intraepitelial de algo o bajo grado. Se ha implementado como cribado inicial en todo el mundo y tiene como objetivo detectar lesiones precancerosas cervicales prevalentes, como CIN de alto grado y adenocarcinoma in situ de manera temprana, y tratarlas de manera efectiva para prevenir el cáncer invasivo y disminuir las	Tamizaje inicial en el primer nivel de atención para detectar neoplasias en el cuello uterino.	Cuantitativa	RAZON	Número de pacientes que se ha realizado citología cervical.

	tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino (FIGO, 2021).				
Determinantes sociales en Salud	Circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Incluye además posición social, educación, ocupación, ingresos, sexo, etnia, circunstancias materiales, cohesión social, factores psicosociales, factores conductuales, factores biológicos, normas y valores culturales y de la sociedad (OMS, OPS, 2009)	Características de una población que intervienen en el acceso a los servicios de salud.			
Edad	La edad en años cumplidos se refiere al número de aniversarios del nacimiento transcurridos en la fecha de referencia, es decir, a la edad en el último cumpleaños (RAE, 2023).	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la investigación.	Cuantitativa	RAZON	años
Ocupación	cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio (Gammarano, 2019).	Actividades que realiza la paciente dentro o fuera de casa que son o no remuneradas.	Cualitativa	NOMINAL	Ama de casa, empleo fuera de casa.
Educación	método idóneo mediante el cual se clasifica el grado de conocimientos que tiene el alumnado (RED EDUCA, 2024).	Grado de estudios que alcanza una persona.	Cualitativa	ORDINAL	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura.
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (RAE, 2023).	Situación sentimental	Cualitativa	NOMINAL	Casada, Unión libre, soltera.
Ubicación Geográfica	Situación que un objeto o persona tiene en un lugar determinado (IGN, 2022).	Ubicación y tiempo de recorrido desde su domicilio hasta el Centro de salud.	Cualitativa	NOMINAL	Betania, Cañada, Sureste, Linda vista, Montelibano, Nuevo Zinacantán, Nuevo Amatenango, Nazareth, Benito Juárez, San Gerón, San Marcos
Trato Digno	acepción jurídica que se refiere al respeto irrestricto a la persona y a su integridad, a valorar igual todas las vidas humanas y a todas las personas (INSP/ESPM, 2024).	Adecuada relación médico-paciente. Respetando la intimidad y confidencialidad.	Cuantitativa	NOMINAL	Confidencialidad, Respeto, Amabilidad.

Percepción de la salud	indicador subjetivo del estado de salud (Gil-Lacruz, 2012).	Opinión subjetiva acerca de presencia o ausencia de enfermedad.	Cualitativa	NOMINAL	Acude al percibir molestias (cervicovaginitis, SUA).
Miedo	estado emocional que surge en respuesta de la consciencia ante una situación de eventual peligro. También, miedo refiere al sentimiento de desconfianza de que pueda ocurrir algo malo (Equipo Enciclopedias, 2024)	Temor que podría surgir ante someterse a un procedimiento médico.	Cualitativa	NOMINAL	Temor ante resultado maligno.
Promoción de la salud	Proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva (OMS, OPS, 2019).	Acciones dirigidas para promocionar el tamizaje contra cáncer cervicouterino.	Cualitativa	NOMINAL	Pláticas individuales, en grupo, visitas domiciliarias.
Grado de conocimiento del tamizaje de cáncer cervicouterino		Conocimientos sobre el papanicolaou.	Cualitativa	NOMINAL	Conocimiento acerca de la edad o momento para realizarse papanicolaou.
Percepción del papanicolaou		Perspectiva referida por sus familiares o conocidas acerca de la realización de papanicolaou.	Cualitativa	NOMINAL	perspectiva positiva perspectiva negativa.
Factores que incentivan la realización de papanicolaou		Motivos por los cuales las pacientes decidieron realizarse papanicolaou.	Cualitativa	NOMINAL	a) El personal de salud me lo ofertó y acepté b) Considero que prevenir y mi salud es importante. c) Tengo molestias vaginales (flujo, ardor, comezón, dolor). d) Una conocida o familiar me platicó de ello. e) Los programas sociales nos obligaban. f) Cercanía del Centro de salud.
Factores que obstaculizan la realización de papanicolaou		Motivos por los que nunca se han realizado papanicolaou.	Cualitativa	NOMINAL	a) Nunca había escuchado del tema. b) No tengo tiempo. c) No me da tiempo por el trabajo. d) Me da pena. e) Mi esposo o alguien de mis conocidos no está de acuerdo. f) Alguna vez me han negado la prueba. g) me han hecho esperar mucho tiempo. h) lejanía del centro de salud.

Género del personal de salud	atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo (SEGOB, 2016).	Influencia del fenotipo femenino o masculino del personal de salud para desertar del papanicolaou.	Cualitativa	NOMINAL	a) no me haría la prueba. b) si me haría la prueba.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales (RAE, 2023).	Grupo religioso al que pertenece y si este influye en temas ginecológicos.	Cualitativa	NOMINAL	1) si se tocan estos temas. 2) no se tocan estos temas. 1.1) no nos apoyan. 1.2) si nos apoyan. 1.3) les es indiferente.
Lengua Originaria	Lengua también llamada lengua indígena o lengua nativa, es aquella que se habla en un territorio con una historia y tradición ancestral, anteriores a la llegada de colonizadores u otras lenguas.	Lengua originaria tsotsil o tseltal que se use en la población.	Cualitativa	NOMINAL	1) Es importante que el personal de salud se comuniquen en tsotsil/tseltal. 2) No es importante.
Conyugue	Cualquiera de las personas físicas que forman parte de un matrimonio. El término «cónyuge» es de género común, es decir, que puede referirse tanto al hombre como a la mujer (Gobierno de Venezuela, 2024).	Esposo de la paciente ya sea de manera legal o en unión libre que interfiere en las decisiones de su esposa, tanto en elegir hacerse papanicolaou así como en seguir un tratamiento.	Cualitativa	NOMINAL	a) mi esposo debe estar de acuerdo para realizarme pap. b) Ante un resultado alterado, consultare a mi esposo para seguir el tratamiento.
Lejanía del Centro de Salud		Tiempo transcurrido en horas y minutos desde su domicilio hasta el Centro de salud	Cuantitativa	CONTINUA	30 minutos, 1 hora, 2 horas, 3 horas o más.
Tiempo transcurrido desde última citología cervical		Tiempo transcurrido en meses y años desde la última realización de PAP en el grupo de los casos	Cuantitativa	CONTINUA	<1 año >3 años >5 años >10 años.

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

Edad Ocupación Escolaridad Localidad Edo. Civil

Tsotsil PAP previo: si no Religión

- ¿Sabe que es el papanicolaou/citología vaginal?
 - No
 - Si
- Si alguna vez ha oído hablar de papanicolaou, ¿De quién lo escucho?
 - Amigas/vecinas
 - Madre
 - Hermanas

- d) Personal de salud
 - e) Radio, televisión
 - f) Otro _____
3. ¿Conoce a alguien que se haya realizado papanicolaou antes?
- a) Si
 - b) No
4. Si su respuesta anterior fue positiva, lo que escuchó ¿la hizo pensar en...?
- a) Miedo
 - b) Curiosidad
 - c) Me quise hacer la prueba
 - d) Nada
 - e) Otro _____
5. ¿Existe alguna razón por la cual usted no se ha realizado la prueba?
- a) Nunca había escuchado del tema
 - b) No tengo tiempo
 - c) No me da tiempo por el trabajo
 - d) Me da pena
 - e) Mi esposo o alguien de mis conocidos no está de acuerdo
 - f) Alguna vez me han negado la prueba o me han hecho esperar mucho tiempo
 - g) El centro de salud me queda muy lejos
 - h) Otros _____
6. ¿Existe alguna razón específica para realizarse PAP?
- a) El personal de salud me lo ofreció y acepte
 - b) Considero que prevenir y mi salud es importante
 - c) Tengo molestias vaginales (flujo, ardor, comezón, dolor, sangrado)
 - d) Una conocida o familiar me platico de ello
 - e) Los programas sociales nos obligaban
 - f) El centro de salud me queda cerca
 - g) Otro _____
7. Si el PAP lo tuviera que hacer un hombre, ¿se haría la prueba o desertaría?
- a) Si ¿Por qué?
 - b) No, ¿Por qué?
8. ¿En su iglesia se tocan temas respecto a salud sexual, (tacto vaginal, papanicolaou, planificación familiar)?
- a) Si
 - b) No
9. Si su respuesta fue positiva, ¿su iglesia las apoya para realizar lo anterior?
- a) Si
 - b) No
 - c) Les es indiferente
 - d) Otro _____
10. Al conocer su resultado de papanicolaou y si fuera bueno, ¿se hará la prueba el otro año?
- a) Si, ¿Por qué?
 - b) No, ¿Por qué?
11. Al conocer su resultado de PAP y este reporta algo malo (neoplasia, tumor), ¿consideraría seguir su tratamiento?

- a) Si
 - b) No
 - c) Lo platicare con mi esposo o familiares
12. ¿Sabe en qué momento o edad podemos realizarnos PAP por primera vez?
- a) No se
 - b) 20 años
 - c) 30 años
 - d) 40 años
 - e) Nunca
 - f) Cuando tenga molestias
 - g) Otro _____
13. ¿Usted cree que es importante que todas las mujeres nos realicemos PAP?
- a) Si, ¿por qué?
 - b) No, ¿por qué?
14. Si curso algún grado académico, ¿En algún momento le hablaron de PAP?
- a) Si me hablaron
 - b) No me hablaron
 - c) No recuerdo
15. Si su respuesta a la pregunta anterior fue positiva; ¿La animaron a cuidar su salud ginecológica? (hacerse los estudios, planificar)
- a) Si b) no
16. ¿Cuánto tiempo le toma llegar al Centro de salud?
- a) 30 minutos
 - b) 1 hora
 - c) 1 a 2 horas
 - d) Mas de 3 horas
17. ¿Tiene alguna sugerencia hacia el personal de salud para que las pacientes se realicen papanicolaou con más frecuencia?
- a) No
 - b) Si, ¿Cuál?
18. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último Papanicolaou?
- a) <1 año
 - b) >3 años
 - c) >5 años
 - d) >10 años
19. ¿Usted considera que si quien realizara la prueba hablara tsotsil/tseltal, sería mejor?
- a) Si, ¿por qué?
 - b) No, ¿por qué?
20. ¿Cómo considera que es el trato hacia las mujeres en este Centro de Salud?
- a) Bueno
 - b) Malo
 - c) Podría ser mejor, ¿en qué manera?
 - d) Otro
21. ¿Considera que el consultorio es apto para tomar la muestra?
- a) Si

- b) No, le falta material
 - c) No, le falta personal
 - d) No, le falta privacidad
 - e) Otro
22. Si se ha realizado PAP antes, ¿Cómo considera que es el seguimiento?
- a) Los resultados tardan mucho
 - b) No me entregaron el resultado
 - c) No me explicaron el resultado
 - d) Otro
23. ¿Cuántas veces se ha realizado PAP?

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento, tiene la finalidad de explicar a usted que fue seleccionada para ser partícipe de esta investigación realizada por la Médico pasante de servicio Social Lucero Jiménez Jiménez, titulada “Factores que Intervienen en la realización de papanicolaou a Mujeres de 25 a 64 años adscritas al Centro de Salud Betania, Teopisca”, la cual se realiza dentro del Centro de Salud Rural de 2 Núcleos Básicos ubicado en la localidad Betania, Teopisca. El objetivo de la investigación consiste en recabar información mediante y analizar los datos obtenidos para identificar la relación entre estos factores y así proponer acciones dirigidas a mejorar el proceso de tamizaje y de atención a la salud.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le solicita responder a las siguientes preguntas del cuestionario. Consta de una duración de aproximadamente 20 minutos. Su voz será grabada mediante un teléfono celular para aquellas preguntas abiertas o si usted tiene alguna duda.

La participación es totalmente voluntaria. La información recogida será confidencial y se usará únicamente para los fines de esta investigación. De igual manera, usted puede no aceptar o incluso retirarse del cuestionario en el momento que lo desee.

Yo _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han proporcionado las instrucciones para contestar las preguntas. Estoy consciente de que la información que aporte será confidencial y no será usada para ningún otro objetivo mas que la investigación. He sido informada que puedo hacer preguntas sobre la encuesta en cuestión, así como de la investigación que se realiza y puedo retirarme en el momento que yo lo decida sin tener ningún tipo de repercusión hacia mi persona

Firma Participante

Firma Investigador

Firma testigo

Anexo 4. Estimación De Riesgo Edad

ODDS RATIO. EDAD			
		Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor OR	Inferior	Superior
25 a 35 años	.211	.128	.349
36 a 45 años	1.859	.1.068	3.235
46 a 55 años	7.317	2.478	21.602
56 a 64 años	4.729	1.733	12.909

Anexo 5. Estimación De Riesgo Pacientes Solteras

ODDS RATIO. ESTADO CIVIL: SOLTERAS			
		Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Papanicolaou previo (No / Si)	.302	.156	.587
Para cohorte Solteras = No	.821	.737	.915
Para cohorte Solteras = Si	2.714	1.537	4.794
N de casos válidos	296		

Anexo 6. Estimación De Riesgo Pacientes Viudas

ODDS RATIO. ESTADO CIVIL: VIUDAS			
		Intervalo de confianza de 95 %	
	Valor	Inferior	Superior

Razón de ventajas para Papanicolaou previo (No / Si)	2.609	.799	8.514
Para cohorte Viuda = No	1.043	.992	1.098
Para cohorte Viuda = Si	.400	.128	1.247
N de casos válidos	296		

Anexo 7. Fotografías Al Informar A Las Pacientes Previo A Realización De PAP



Anexo 8. Fijación De Toma De Muestra De Citologías Cervicovaginales



Anexo 9. Formatos PAP Utilizados En La Jurisdicción Sanitaria No. 2

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Programa de Detección del Cáncer Cervicovaginal	
SOLICITO Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL			
No. Folio			
1. Institución 4. Municipio	156 CI Toluca	2. Entidad federada 5. Unidad médica	3. Aseguradora 6. CUBES
7. Nombre	LOPEZ	8. Apellido paterno	LOPEZ
9. Estado de nacimiento	Apulco	10. Estado de residencia	Veracruz
11. Fecha de nacimiento	29 MAR 95	12. Fecha de ingreso	10/03/2010
13. Residencia habitada	3440	14. Edad en años	15
15. Otro domicilio		16. Correo electrónico	
17. Otro teléfono		18. Correo celular	
19. Alergias	1. Daga por 2. Daga 3. Daga 4. Daga 5. Daga 6. Daga 7. Daga 8. Daga 9. Daga 10. Daga 11. Daga 12. Daga 13. Daga 14. Daga 15. Daga 16. Daga 17. Daga 18. Daga 19. Daga 20. Daga 21. Daga 22. Daga 23. Daga 24. Daga 25. Daga 26. Daga 27. Daga 28. Daga 29. Daga 30. Daga 31. Daga 32. Daga 33. Daga 34. Daga 35. Daga 36. Daga 37. Daga 38. Daga 39. Daga 40. Daga 41. Daga 42. Daga 43. Daga 44. Daga 45. Daga 46. Daga 47. Daga 48. Daga 49. Daga 50. Daga 51. Daga 52. Daga 53. Daga 54. Daga 55. Daga 56. Daga 57. Daga 58. Daga 59. Daga 60. Daga 61. Daga 62. Daga 63. Daga 64. Daga 65. Daga 66. Daga 67. Daga 68. Daga 69. Daga 70. Daga 71. Daga 72. Daga 73. Daga 74. Daga 75. Daga 76. Daga 77. Daga 78. Daga 79. Daga 80. Daga 81. Daga 82. Daga 83. Daga 84. Daga 85. Daga 86. Daga 87. Daga 88. Daga 89. Daga 90. Daga 91. Daga 92. Daga 93. Daga 94. Daga 95. Daga 96. Daga 97. Daga 98. Daga 99. Daga 100. Daga 101. Daga 102. Daga 103. Daga 104. Daga 105. Daga 106. Daga 107. Daga 108. Daga 109. Daga 110. Daga 111. Daga 112. Daga 113. Daga 114. Daga 115. Daga 116. Daga 117. Daga 118. Daga 119. Daga 120. Daga 121. Daga 122. Daga 123. Daga 124. Daga 125. Daga 126. Daga 127. Daga 128. Daga 129. Daga 130. Daga 131. Daga 132. Daga 133. Daga 134. Daga 135. Daga 136. Daga 137. Daga 138. Daga 139. Daga 140. Daga 141. Daga 142. Daga 143. Daga 144. Daga 145. Daga 146. Daga 147. Daga 148. Daga 149. Daga 150. Daga 151. Daga 152. Daga 153. Daga 154. Daga 155. Daga 156. Daga 157. Daga 158. Daga 159. Daga 160. Daga 161. Daga 162. Daga 163. Daga 164. Daga 165. Daga 166. Daga 167. Daga 168. Daga 169. Daga 170. Daga 171. Daga 172. Daga 173. Daga 174. Daga 175. Daga 176. Daga 177. Daga 178. Daga 179. Daga 180. Daga 181. Daga 182. Daga 183. Daga 184. Daga 185. Daga 186. Daga 187. Daga 188. Daga 189. Daga 190. Daga 191. Daga 192. Daga 193. Daga 194. Daga 195. Daga 196. Daga 197. Daga 198. Daga 199. Daga 200. Daga 201. Daga 202. Daga 203. Daga 204. Daga 205. Daga 206. Daga 207. Daga 208. Daga 209. Daga 210. Daga 211. Daga 212. Daga 213. Daga 214. Daga 215. Daga 216. Daga 217. Daga 218. Daga 219. Daga 220. Daga 221. Daga 222. Daga 223. Daga 224. Daga 225. Daga 226. Daga 227. Daga 228. Daga 229. Daga 230. Daga 231. Daga 232. Daga 233. Daga 234. Daga 235. Daga 236. Daga 237. Daga 238. Daga 239. Daga 240. Daga 241. Daga 242. Daga 243. Daga 244. Daga 245. Daga 246. Daga 247. Daga 248. Daga 249. Daga 250. Daga 251. Daga 252. Daga 253. Daga 254. Daga 255. Daga 256. Daga 257. Daga 258. Daga 259. Daga 260. Daga 261. Daga 262. Daga 263. Daga 264. Daga 265. Daga 266. Daga 267. Daga 268. Daga 269. Daga 270. Daga 271. Daga 272. Daga 273. Daga 274. Daga 275. Daga 276. Daga 277. Daga 278. Daga 279. Daga 280. Daga 281. Daga 282. Daga 283. Daga 284. Daga 285. Daga 286. Daga 287. Daga 288. Daga 289. Daga 290. Daga 291. Daga 292. Daga 293. Daga 294. Daga 295. Daga 296. Daga 297. Daga 298. Daga 299. Daga 300. Daga 301. Daga 302. Daga 303. Daga 304. Daga 305. Daga 306. Daga 307. Daga 308. Daga 309. Daga 310. Daga 311. Daga 312. Daga 313. Daga 314. Daga 315. Daga 316. Daga 317. Daga 318. Daga 319. Daga 320. Daga 321. Daga 322. Daga 323. Daga 324. Daga 325. Daga 326. Daga 327. Daga 328. Daga 329. Daga 330. Daga 331. Daga 332. Daga 333. Daga 334. Daga 335. Daga 336. Daga 337. Daga 338. Daga 339. Daga 340. Daga 341. Daga 342. Daga 343. Daga 344. Daga 345. Daga 346. Daga 347. Daga 348. Daga 349. Daga 350. Daga 351. Daga 352. Daga 353. Daga 354. Daga 355. Daga 356. Daga 357. Daga 358. Daga 359. Daga 360. Daga 361. Daga 362. Daga 363. Daga 364. Daga 365. Daga 366. Daga 367. Daga 368. Daga 369. Daga 370. Daga 371. Daga 372. Daga 373. Daga 374. Daga 375. Daga 376. Daga 377. Daga 378. Daga 379. Daga 380. Daga 381. Daga 382. Daga 383. Daga 384. Daga 385. Daga 386. Daga 387. Daga 388. Daga 389. Daga 390. Daga 391. Daga 392. Daga 393. Daga 394. Daga 395. Daga 396. Daga 397. Daga 398. Daga 399. Daga 400. Daga 401. Daga 402. Daga 403. Daga 404. Daga 405. Daga 406. Daga 407. Daga 408. Daga 409. Daga 410. Daga 411. Daga 412. Daga 413. Daga 414. Daga 415. Daga 416. Daga 417. Daga 418. Daga 419. Daga 420. Daga 421. Daga 422. Daga 423. Daga 424. Daga 425. Daga 426. Daga 427. Daga 428. Daga 429. Daga 430. Daga 431. Daga 432. Daga 433. Daga 434. Daga 435. Daga 436. Daga 437. Daga 438. Daga 439. Daga 440. Daga 441. Daga 442. Daga 443. Daga 444. Daga 445. Daga 446. Daga 447. Daga 448. Daga 449. Daga 450. Daga 451. Daga 452. Daga 453. Daga 454. Daga 455. Daga 456. Daga 457. Daga 458. Daga 459. Daga 460. Daga 461. Daga 462. Daga 463. Daga 464. Daga 465. Daga 466. Daga 467. Daga 468. Daga 469. Daga 470. Daga 471. Daga 472. Daga 473. Daga 474. Daga 475. Daga 476. Daga 477. Daga 478. Daga 479. Daga 480. Daga 481. Daga 482. Daga 483. Daga 484. Daga 485. Daga 486. Daga 487. Daga 488. Daga 489. Daga 490. Daga 491. Daga 492. Daga 493. Daga 494. Daga 495. Daga 496. Daga 497. Daga 498. Daga 499. Daga 500. Daga 501. Daga 502. Daga 503. Daga 504. Daga 505. Daga 506. Daga 507. Daga 508. Daga 509. Daga 510. Daga 511. Daga 512. Daga 513. Daga 514. Daga 515. Daga 516. Daga 517. Daga 518. Daga 519. Daga 520. Daga 521. Daga 522. Daga 5		

[illegible]

Anexo 10. Formatos VPH-Ar

SALUD Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Programa de Detección de Cáncer Cervicouterino

SOLICITUD Y REPORTE DE DETECCIÓN DE VPH - Ar

No. folio: _____

1. Institución: Teapisca 2. Entidad: Chiapas
3. Localidad: Teapisca 4. Municipio: Teapisca
5. Unidad médica: Unidad Médica 6. CUBI: 2724005070

7. Nombre: Lopez 8. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
9. Estado de nacimiento: Chiapas 10. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
11. Sexo: M 12. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
13. Residencia habitual: Avenida 2-A 14. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
15. Otro domicilio: 76 9493 8239

16. Afiliación: IMSS 17. Correo electrónico: llopez@teapisca.gob.mx

18. Tipo de prueba: 1 19. Fecha de estudio anterior: 2019
20. Fecha de toma: 2019 21. Motivo de detección: 1
22. Muestra para envío al laboratorio: 1 23. RFC del tomador de la muestra: 2724005070
24. Muestra adecuada para análisis: 1 25. Resultado: 1
26. Caracterización PCR: 1 27. Fecha de análisis: 2019
28. Fecha de envío de resultado al SICAM: 2019

29. Tipo de citología: 1 30. Características de la muestra: 1
31. Diagnóstico citológico: 1 32. Otros hallazgos citológicos: 1
33. Código profesional del patólogo: 1 34. Otros hallazgos: 1
35. Fecha de integración de CH: 1

Anexo 11. Formatos Exploración Mamaria

SALUD Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Programa de Detección de Cáncer de Mama

EXPLORACIÓN CLÍNICA Versión 4.0

No. Folio: _____

1. Institución: Teapisca 2. Entidad: Chiapas
3. Localidad: Teapisca 4. Municipio: Teapisca
5. Unidad médica: Unidad Médica 6. CUBI: 2724005070

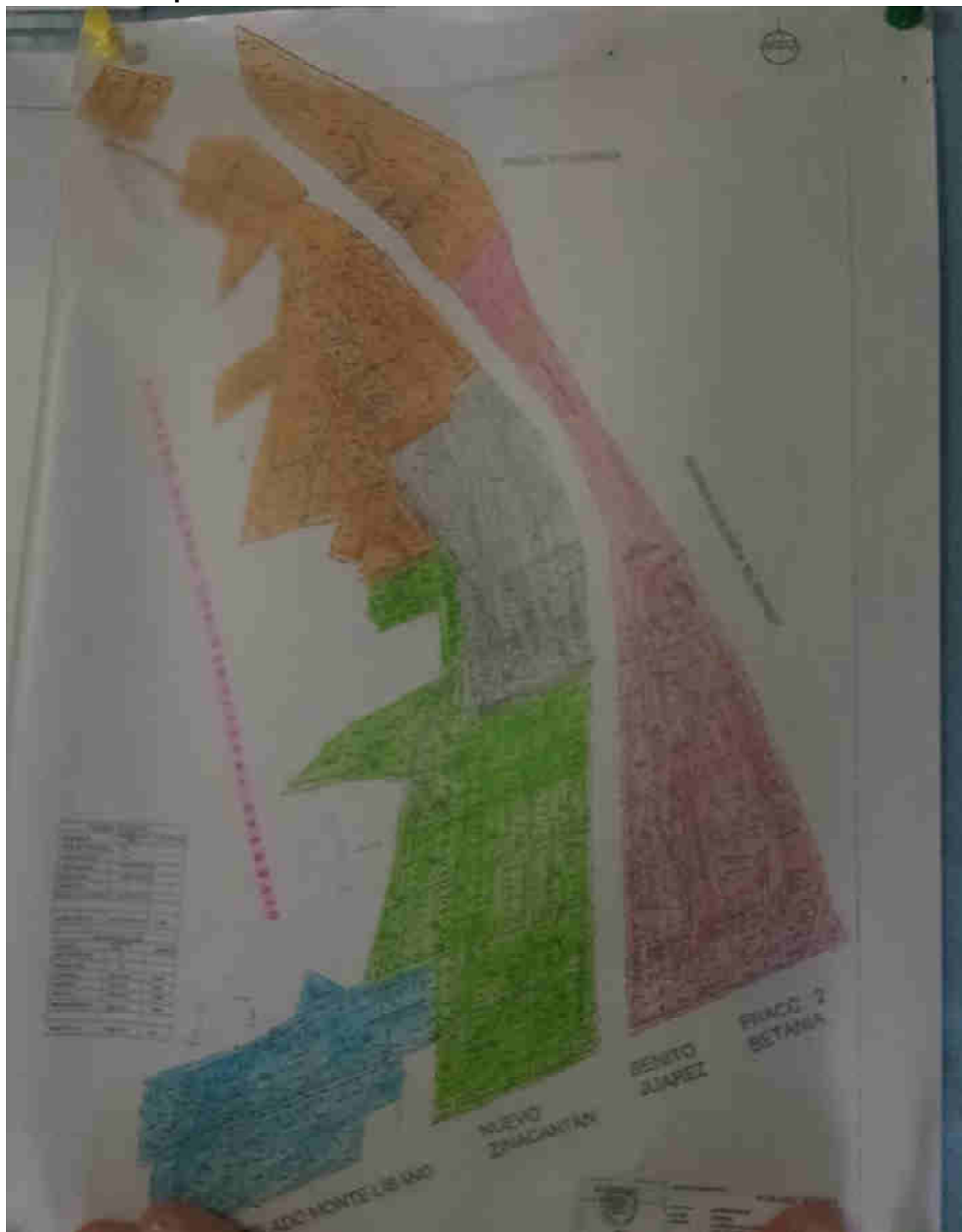
7. Nombre: Gomez 8. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
9. Estado de nacimiento: Chiapas 10. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
11. Sexo: M 12. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
13. Residencia habitual: Calle central 14. Fecha de nacimiento: 19/04/1980
15. Otro domicilio: 76 9493 8239

16. Afiliación: IMSS 17. Correo electrónico: llopez@teapisca.gob.mx

18. Tipo de prueba: 1 19. Fecha de estudio anterior: 2019
20. Fecha de toma: 2019 21. Motivo de detección: 1
22. Muestra para envío al laboratorio: 1 23. RFC del tomador de la muestra: 2724005070
24. Muestra adecuada para análisis: 1 25. Resultado: 1
26. Caracterización PCR: 1 27. Fecha de análisis: 2019
28. Fecha de envío de resultado al SICAM: 2019

29. Tipo de citología: 1 30. Características de la muestra: 1
31. Diagnóstico citológico: 1 32. Otros hallazgos citológicos: 1
33. Código profesional del patólogo: 1 34. Otros hallazgos: 1
35. Fecha de integración de CH: 1

Anexo 13. Mapas Betania



Fuente: Centro de Salud Betania 2024

Anexo 14. Cronograma De Actividades

CRONOGRAMA DE TRABAJO 2024- 2025											
ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ANALISIS DE POBLACION Y DEFINIR TEMA	X										
REVISION DE EXPEDIENTES		X									
REVISION BIBLIOGRAFICA		X									
DEFINIR ASESOR Y DIRECTOR			X								
REVISION CON ASESOR			X								
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO				X							
REVISION CON DIRECTOR				X							
2A REVISION CON ASESOR				X							
REVISION DE PROTOCOLO POR CT					X						
APROBACION DEL PROTOCOLO					X						
ENTREVISTAS Y RECOLECCION DE DATOS						X					
METODOLOGIA							X				
ESTADISTICA POR							X				
REVISION DE RESULTADOS POR ASESOR Y DIRECTOR								X			
REVISION DE CONCLUSIONES									X		
ENVIO DE TESIS AL COMITÉ DE TITULACION										X	
ASIGNACION DE LECTORES											X
APROBACION											
PRESENTACION DE TESIS											

Fuente: Elaboración propia