

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
GENERACIÓN 2003-2005. SEDE / OAXACA

FACTORES QUE LIMITAN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES CON LESIONES
PRECURSORAS DE CÁNCER CERVICO UTERINO DETECTADAS EN BRIGADAS
MÉDICAS.

TRABAJO DE TESIS QUE PRESENTA

REYNALDA LOURDES BALLESTEROS RAMOS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

DIRECTORA
M.S.P. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ

OAXACA, OAX. DICIEMBRE DE 2010

TABLA DE CONTENIDO

Página

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
LISTA DE GRAFICAS	iii
LISTA DE TABLAS.....	iv
LISTA DE CUADROS	v
1 INTRODUCCIÓN	1
2 ANTECEDENTES.....	3
3 JUSTIFICACION.....	6
4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	15
5.1 Objetivo General.....	15
5.2 Objetivos Específicos.....	15
6 MARCO TEÓRICO	16
6.1 El útero	17
6.2 Cáncer cervical uterino	18
6.3 Papanicolaou	21
6.4 Clasificación de las lesiones cervicouterinas	23
6.5 Las Brigadas Médicas en Oaxaca.....	24
6.6 Aspectos sociodemográficos en Oaxaca, determinantes para el Cáncer cérvico uterino.....	26
7 PRESENTACIÓN DE VARIABLES	28
8 DISEÑO METODOLOGICO	31

8.1	Tipo de estudio	31
8.2	Universo.....	31
8.3	Muestra.....	31
8.4	Unidad de análisis.....	32
8.5	Criterios de inclusión.....	32
8.6	Definición de las variables	32
8.7	Fuentes de información	38
8.8	Procesamiento de la información	38
9	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	40
10	CONCLUSIONES.....	46
11	RECOMENDACIONES	50
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
	ANEXOS	55

DEDICATORIA

A Dios

Por iluminarme y guiar mi vida

Y haber permitido cumplir mis sueños.

A mi madre Emilia

Por sus enseñanzas y

Su amor hacia mi.

A mi hijo Daniel Hansel

Por ser mi mayor motivo de vida

A Efraín

Por ser mi amigo y compañero,

Por su amor y cariño.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminarme y guiar mi vida, y haberme permitido cumplir mis sueños.

A Emilia mi madre, por sus enseñanzas y su amor hacia mi.

A mi hijo Daniel Hansel por ser el motor de mi vida.

A mi amiga Marisela por su apoyo incondicional.

A Efraín por ser mi amigo y compañero, por su amor y cariño.

A mis maestros Clara Irene, Rodolfo Méndez, Sofía Laura, Francisco y Zoila, por el apoyo para la elaboración de este documento, por sus valiosos comentarios y el tiempo dedicado.

LISTA DE GRÁFICAS

	Pag.
1. Defunciones por Cáncer cérvico uterino en Oaxaca, periodo 2001-2007.....	9
2. Distribución del Gasto por Programa y Estado.....	13
3. Resultados del PAP a las mujeres detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	62
4. Grupo de edad de las mujeres detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	62
5. Grado de escolaridad de las mujeres detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	63
6. Medio de entrega de resultados del PAP a las mujeres detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	63
7. Motivos de las mujeres que no acudieron a la clínica de displasia detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	64
8. Importancia del problema de salud de las mujeres que no acudieron a la clínica de displasia detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	64
9. Persona que frecuentemente acompaña a las mujeres que acudieron a la clínica de displasia detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	65

LISTA DE TABLAS

	Pag.
1. Descripción de las variables de estudio de la población de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	40
2. Factores de riesgo asociados al Cáncer cérvico uterino, de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	42

LISTA DE CUADROS

	Pag.
1. Análisis de las características geográficas de accesibilidad a las unidades médicas de las mujeres detectadas por las Brigadas Medicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	44
2. Valores y codificación de las variables de las características sociodemográficas de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	56
3. Valores y codificación de las variables de las características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	58
4. Valores y codificación de las variables de las características de los servicios médicos para las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	59
5. Valores y codificación de las variables de las características del personal de atención en la clínica de colposcopia para las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.....	60
6. Valores y codificación de las variables de las características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.	60

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El Cáncer cérvico uterino (Cacu) es hoy por hoy, la neoplasia maligna con mayor incidencia en las mujeres, ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con tumores malignos dentro de la población general.

La Citología Cervical o Papanicolaou es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna de lesiones pre malignas y malignas.

Este padecimiento se desarrolla a partir de *Lesiones Intraepiteliales Escamosas* y pueden pasar meses o años para que se desarrolle Cáncer.

Los factores de riesgo que hasta ahora se han relacionado con la aparición y desarrollo de este padecimiento incluyen: edad, condición socioeconómica, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, más de tres pareja sexuales, promiscuidad, partos vaginales, infección por VPH, tabaquismo, etc.

En el estado de Oaxaca el Cacu es la primera causa de muerte por Cáncer en mujeres de 25 años y más, así mismo anualmente mueren en promedio 198 mujeres y son diagnosticados 1,638 casos.

El Gobierno del Estado de Oaxaca en el año 2005 implementa el Programa Unidades Móviles para el Desarrollo, ofertando una serie de servicios gratuitos en los que se incluía un médico general, dos enfermeras y un odontólogo en un camión consultorio; programa fundamental para la detección del Cacu y su detección temprana. Este programa está dirigido a la población dispersa con alto grado de marginación.

La investigación realizada es observacional, descriptiva y transversal cuyo medio de evaluación fue a través de una encuesta aplicada a una muestra de mujeres que acudieron a los servicios de salud de las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo en el periodo comprendido entre el 24 de febrero del 2005 al 30 de marzo del 2008.

Es preocupante observar como este tipo de padecimientos quizás no es valorado con la importancia que esta patología representa, ya que en el presente documento se buscan las evidencias que determinan los factores que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino detectadas en las Brigadas Médicas Móviles del Estado de Oaxaca.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

En el presente documento primeramente se cita la importancia por la frecuencia de muertes que el Cáncer cervico uterino represente y posteriormente las incidencias:

Wingo Pa, Tong T, Bolden S (1995); determinaron que el Cáncer de Cuello Uterino en los Estados Unidos es una de las principales causas de muerte en la mujer, anualmente se diagnostican aproximadamente 16.000 nuevos casos y alrededor de 4.800 mujeres mueren de esta enfermedad y además, es el Cáncer que ocasiona el mayor número de muertes que cualquier otro tipo en los países del tercer mundo.¹

Leanne BE. (1993) y Kaufman RH (1996): “Por cada nuevo caso de Cáncer invasor detectado por citología hay casi 50 frotis cervicales etiquetados como Lesiones Intraepiteliales Escamosas (LIE) de Bajo y Alto Grado. A esto se debe añadir un número equivalente de casos de “atípias de origen a determinar”, los llamados frotis “ASCUS” que se encuentran de manera concomitante y requieren confirmación por repetición de la citología. Aunque algunos investigadores creen que estas atípias están limitadas a causas

¹ Wingo Pa, Tong T, Bolden S (1995) Cancer statistics. CA Cancer j Clin 45: 8-30

inflamatorias, la literatura reciente ha indicado que muchas de estas pacientes tienen una anormalidad significativa”^{2,3}

Los factores de riesgo para el desarrollo del Cáncer cervical uterino, se han estudiado en un gran número de poblaciones, se pueden destacar algunos de ellos como son la edad, condición socioeconómica, inicio de vida sexual, infecciones por VPH, número de partos, maltrato, tabasquismo, etc.

En 1991 Cajina C. estudió en el hospital Bertha Calderón Roque (HBCR), a 183 pacientes de las cuales resultaron un 73% con IVSA menor de 19 años, 39% desconocía el PAP y su importancia, 38% era analfabeta y 26% no se realizaba el procedimiento por temor a maltrato.⁴

La investigación realizada por Muñoz, et al⁵ que comparte datos de ocho casos de estudio y testigos sobre Cáncer cérvico uterino y dos de Cáncer in situ en cuatro continentes, sugiere que las mujeres con tres o cuatro embarazos a término presentaban 2,6 veces más alto de desarrollar Cáncer que aquellas mujeres nulíparas; en tanto que las mujeres con siete partos o mas tenían 3,8 veces mayor riesgo.

² Leanne BE, Zelma C, Todd GN, Kay GA (1993) Cervicovaginal Atypia: ¿Does it warrant further investigation?. Acta Cytol., 37(5): 785.

³ Kaufman RH (1996) Atypical squamous cells of undetermined significance and low-grade squamous intraepithelial lesion: Diagnostic criteria and management Am J Obstet Gynecol 175(4): 1120-1128.

⁴ Cajina C, Hospital Bertha Calderón Roque. 1991. Estudio de Pacientes con IVSA.

⁵ Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. "Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study". En: Lancet. (March 30, 2002). 359(9312)1093–1101.

Amaranta L.⁶ En 2002 con los resultados obtenidos en el examen citológico se calculó la prevalencia estimada de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en la población de origen (Universo). La prevalencia de citologías positivas (ASCUS) fue de 4.1% y de lesión intraepitelial de bajo grado y peor de 1.9%. Hubo 13 casos con lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), con una prevalencia en la muestra de 1,3% y de 1,9% en la población de origen. Mujeres con LIEBG tuvieron un promedio de edad de 31 años, el 85% era casada, el 92% tenía más de 4 años de estudios, el promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 16,7 años. El 70% de ellas había tenido dos parejas sexuales (el resto sólo una) y un 46% nunca se había realizado un PAP. El 77% había sido fumadora alguna vez en su vida.

⁶ Amaranta L. Prevalencia de lesiones precursoras de Cáncer cervico uterino en una población de mujeres chilenas. Santiago de Chile. 2002

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACION

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema de salud actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad.

Se estima que el Cáncer cérvico uterino ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres en el mundo.⁷ En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres.

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou.⁸

En México el número de mujeres mayores de 25 años que murieron por Cáncer cérvico uterino en el año 2000 fue de 4,594, mientras que para el 2006 se reportan 4,114, con tasas de mortalidad de 19.2 y 14.6 por cien mil mujeres de 25 años y más respectivamente.

⁷ Programa de Acción Especifico, 2007- 2012, Cáncer cérvico uterino.

⁸ Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E: Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ 1999; 318: 904.

Las estadísticas muestran que el 83% de los casos nuevos y el 85% de las muertes ocasionada por esta neoplasia suceden en países en desarrollo, donde además se constituye en las primeras causas de muerte por Cáncer en las mujeres. Esta distribución no es aleatoria, el Cáncer cérvico uterino es prevenible si se detectan y tratan sus lesiones precursoras y es también curable cuando se detecta en etapas tempranas, de ahí que la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece por un lado a falta de recursos e inversión y por otro, a fallas en la organización y operación de los Servicios de Salud para la detección temprana y atención del Cáncer, sin menospreciar lo que a lo largo de la historia han justificado como “naturales” muchas de las diferencias en las tareas, derechos y obligaciones que se observan entre los hombres y mujeres, lo cuales influyen en la valoración social, en la capacidad de decisión o propiedad de los recursos y actividades, muchas de estas diferencias se traducen en desventajas sociales para la mujer. En el caso de la salud, los roles y las relaciones de género tienen impacto nocivo, aunque diferentes en mujeres y hombres. En general se conoce que las mujeres tienen menos poder y autonomía en la toma de decisiones, aun sobre su propio cuerpo, lo que puede constituirse en barreras para la detección y el tratamiento temprano de padecimientos como el Cáncer, pero no sólo eso, los estereotipos de género impuestos a las mujeres en particular la priorización de la atención de las necesidades de otros, hace que ellas difieran su propia atención siempre “para después”, que no se apeguen al tratamiento a la dieta prescritos, sobre todo si esto entra en conflicto con las necesidades o preferencias de otros miembros de la familia,

lo que aumenta el riesgo de enfermar y de sufrir complicaciones evitables de enfermedades crónicas. Pese a los avances en la equidad de género que han ocurrido en algunos sectores de la población, se ha documentado que existen grupos o familias donde las decisiones para que una mujer tenga acceso a la detección, diagnóstico o tratamiento del Cáncer dependen de su pareja masculina, en detrimento de la salud y bienestar de ella, mismo que ocurre en este Estado todavía.⁹

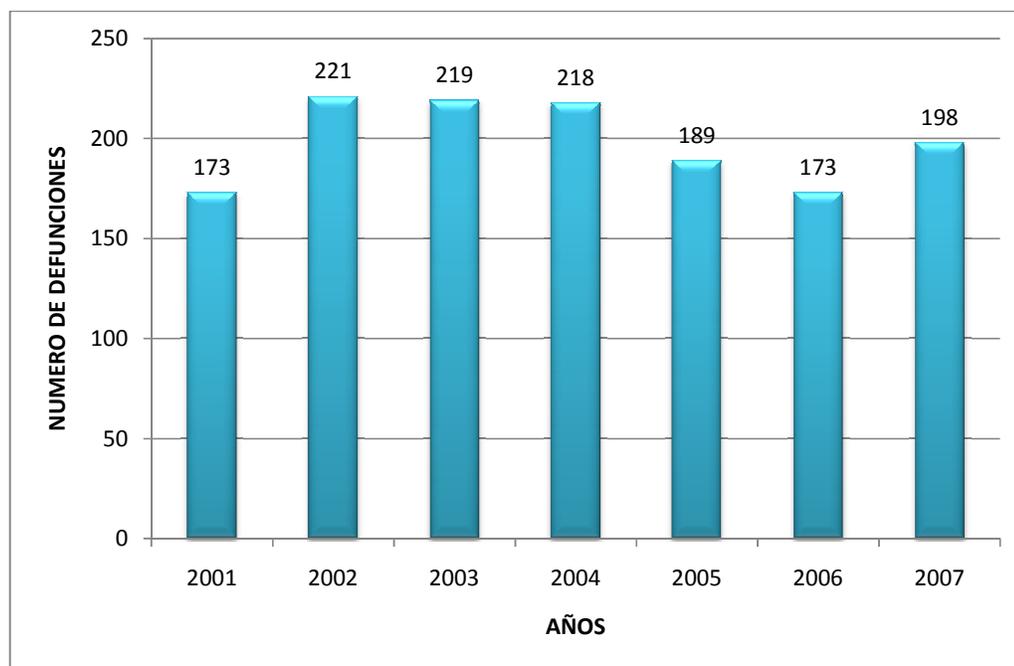
Podemos resaltar lo siguiente:

- En Oaxaca el Cáncer cérvico uterino, es la primera muerte por Cáncer en mujeres de 25 años y más.
- Anualmente mueren 198 mujeres por esta patología, aproximadamente una cada dos días.
- Cerca de 1,638 mujeres son diagnosticadas al año con lesiones precancerosas.
- Se diagnostican 236 casos de Cáncer in situ y 90 de Cáncer invasor al año.

En la siguiente gráfica podemos observar el número de defunciones por Cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca en el periodo comprendido del año 2001 al 2007.

⁹ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico, 2007- 2012, Cáncer cervicouterino.

Gráfica 1. Defunciones por Cáncer cérvico uterino en Oaxaca, periodo 2001-2007.



FUENTE: SSA 2008

Los Servicios de Salud ofrecidos a la población deben ser accesibles, aceptables, sostenibles, de calidad, confiables, así como contar con un sistema de referencia para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con resultados anormales, el cual debe ser explícito y bien establecido, lo cual es indispensable para garantizar la continuidad de la atención.

CAPÍTULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer cervical se considera una enfermedad de la pobreza, si esta la definimos como la falta de oportunidades mínimas necesarias para el desarrollo humano, debido a recursos insuficientes y falta de derechos eficaces para tomar ventaja trayendo como consecuencia la exclusión de los individuos y de las familias del proceso productivo de integración social y acceso a diversos servicios y oportunidades. El lugar de residencia y el bajo nivel económico son una variable social y un riesgo superior de mortalidad para el Cáncer cervical debido a la falta de detección temprano de la enfermedad, acceso limitado a programas y servicios de salud, pobreza y marginación.

El estado de Oaxaca es de especial interés ya que presenta uno de los índices más altos en México, en el año 2007 presentó una tasa de mortalidad por Cáncer cérvico uterino de (21.6) mayor a la tasa Nacional (15.5). El porcentaje de población rural de mujeres es de 22.4% y tienen 3.07 veces mayor riesgo de morir por este Cáncer, en comparación con las del área urbana. Estas mujeres carecen de una educación formal (58.3%), tienen ausencia de un empleo (91%) y falta de seguridad social (65.7%). El vivir en el área rural se vincula también a problemas de salud en las mujeres por

deficiencias nutricionales, trabajo excesivo, embarazos frecuentes, control prenatal inadecuado y al nacimiento.

También presentan una esperanza de vida menor (3.5 años) en comparación de mujeres que viven en área urbana, lo que contribuye a una tendencia creciente de mortalidad en el futuro.¹¹

En la actualidad, el conocimiento de la interacción de los factores del huésped y del virus en la patogénesis del Cáncer cérvico uterino permite el entendimiento de la persistencia de la infección, su carcinogénesis y la progresión tumoral.¹²

Para entender la historia natural y la biología del Cáncer cérvico uterino es indispensable entender la infección causada por el virus del papiloma humano y las condiciones fisiopatológicas concomitantes relacionadas con el cuello uterino.¹³

El programa de DOC desarrollado en México por la SSA informa que la edad promedio en la que se detectan las displasias se ubica entre los 25 a 30 años en el caso de la displasia leve, de 30 a 35 años en el de la moderada y de 40 a 50 años para el carcinoma in situ.

¹¹ Palacios ML, Rangel GG, Hernández AM, Lazcano PE, Cervical cancer a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública Méx* 2003; 45, Supl 3: S 315-25.

¹² Martínez MF, Epidemiología del Cáncer del cuello uterino. *Medicina Universitaria* 2004; 6 (22): 39-46.

¹³ Torres LA, Rojo H, Torres R, Hurtado E, Román B, Cáncer del cuello uterino: panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. *Ginec Obstet Méx* 2004; 72: 466-74.

En 1999 por ejemplo solo una de cada trece mujeres oaxaqueñas entre 15 y 64 años reportó haber tenido un examen de citología exfoliativa (1999 SSA). Para el 2007 la detección se ha incrementado y se reporta que el 42.1% de las mujeres se ha efectuado un estudio de detección.¹⁴

La relación entre el estadio clínico y la edad de la paciente con carcinoma cérvico uterino también muestran variaciones. La edad en la que se diagnostica Cáncer in situ está entre los 41 y 43 años, en el estadio I entre los 45 y 47 años, el estadio II a los 50 años, el III entre los 52 y 53 años y el IV entre los 52 y 58 años.^{15,16,17}

En México el programa de detección tiene fondos muy escasos, se realiza con una cobertura muy baja, en 1999 el programa también mostró que incluía a mujeres que potencialmente estaban en situación de bajo riesgo o que se habían realizado con anterioridad un estudio previo, entre las entidades con prevalencia más baja del programa se encuentra Oaxaca.^{18,19}

¹⁴ Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012.

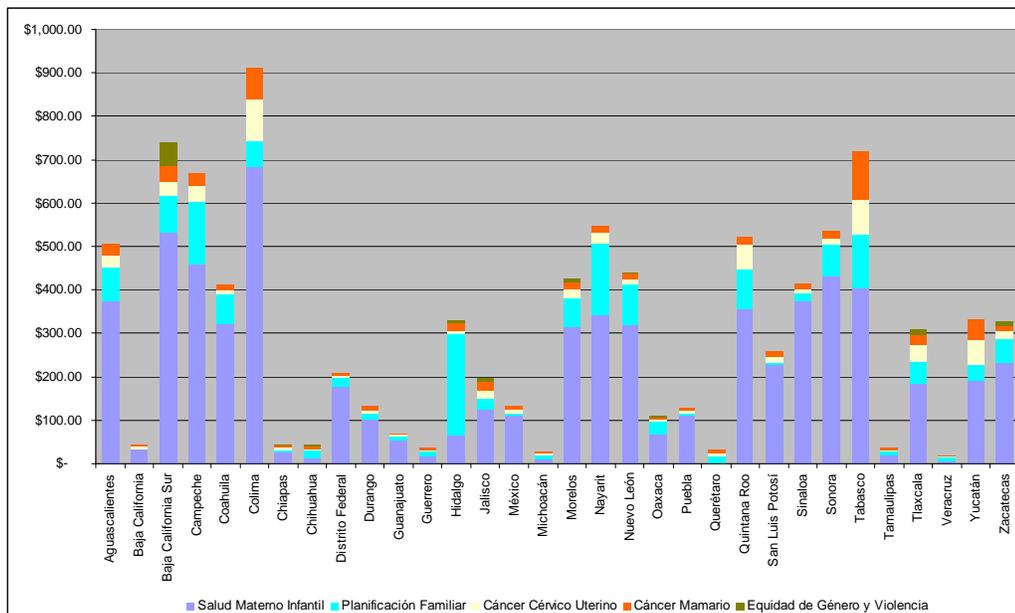
¹⁵ Verduzco RL, Palet GJ, Aguirre GH, González PE, Cáncer cérvico-uterino y edad. *Gineco Obstetricia México* 1997; 5:119-22.

¹⁶ Torres LA, Cruz TF, Plata NP, Pérez VH, García GH, Román BE, Cáncer cérvico-uterino 1983-1984. Experiencia de la Unidad de Oncología, Hospital General de México, SSA, *Cancerología* 1988; 34: 617-22.

¹⁷ Torres LA, Solorza LG, Pimentel YF, Cáncer cérvico-uterino. En Torres LA. *Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento*. México, McGraw-Hill, Interamericana, 2004; 131-68.

¹⁸ Franco E, Duarte E, Ferenczy A, Factores de riesgo reproductivo y Cáncer cérvico-uterino en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2003; 35 No.1:65-73.

¹⁹ Giulano A, Cervical carcinogénesis: The role of cofactors and generation of reactive oxygen species. *Salud Pública Méx* 2003, 45; Supl 3: S 354-60.

Gráfica 2. Distribución del Gasto por Programa y Estado

FUENTE: CNEGySR 2005

Uno de los avances más significativos ha sido la identificación de la etiología del Cáncer cérvico uterino, al esclarecer el papel que juega en el desarrollo de las lesiones intraepiteliales el Virus de Papiloma Humano (VPH), ya que se ha detectado hasta en el 99.7% de los carcinomas cervicales²⁰. Los profesores Harold Zur Hausen y Lutz Gissman descubrieron entre 1981 y 1984 los VPHs asociados a neoplasias genitales: los tipos 6 y 11 asociados a neoplasias benignas, como el condiloma acuminado y los tipos 16 y 18 asociados al Cáncer cervical. Con estos descubrimientos se inició el estudio intenso de los VPHs a nivel mundial y su asociación con esta enfermedad.²⁰

En México, los casos de Cáncer invasor se encuentran más frecuentemente relacionados con infecciones provocadas por estos dos tipos.

²⁰ Berumen Campos J. "Virus del Papiloma....." o.p. cit. p. 51.

Otro de los avances relevantes ha sido el desarrollo de vacunas profilácticas específicas para estos subtipos de virus.

La infección por el VPH es transmitida sexualmente y representa la infección de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo. En la mayoría de las mujeres, la infección es asintomática y en el 80% de ellas desaparece espontáneamente en un periodo que va entre 12 y 18 meses, debido a una respuesta inmune efectiva, entre otras causas.

Durante el año 2005 en el Estado se realizaron en los Servicios de Salud un total de 122,840 citologías de las cuales el 40% de las laminillas son de primera vez, para este año las tomas de citología es fortalecido por las Brigadas Médicas, creadas en este mismo año por el Gobierno del Estado, quien implementa el Programa Unidades Móviles para el Desarrollo.

Derivado del análisis de la problemática de esta patología, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores relacionados con los servicios de salud que limitan el diagnóstico de las pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino detectadas por las Brigadas Médicas?

CAPÍTULO 5

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino detectadas por las Brigadas Médicas en el estado de Oaxaca.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de los Servicios de Salud que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca.
- Detectar los factores de la mujer que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca.

CAPÍTULO 6

MARCO DE REFERENCIA

Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país y la necesidad de mejorar la atención médica al usuario, han hecho del envío de pacientes, un procedimiento cada vez más utilizado, para lo cual es necesario hacer uso del sistema implementado desde 1988 por la Secretaría de Salud²¹ que elaboró el Manual para la Referencia y Contrarreferencia, así como de envío de muestras y especímenes, elemento indispensable en el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, sistema elaborado con el propósito de que en sus tres niveles de atención cuenten con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios y que de acuerdo a la complejidad sean atendidos en el nivel que les corresponda en nuestros Servicios. Se trata del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, en Oaxaca al igual que el resto de los estados, se implementó utilizando los instrumentos necesarios para operar el sistema, estableciendo interrelación con los 3 niveles de atención, existiendo un procedimiento para las patologías más frecuentes que se presentan en los Servicios de Salud del Estado, observando limitaciones durante el proceso de referencia lo cual rompe la cadena para obtener la meta, principalmente en lo que se refiere del primero

²¹ Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes. 1988.

al segundo nivel, esta situación genera complicaciones que en algunas ocasiones conlleva la pérdida de la vida.

6.1. El útero

El útero es un órgano destinado a recibir el huevo fecundado y asegurar el desarrollo del embrión. Está situado entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Se parece a un cono que tendría tres partes: el cuerpo, que es la parte principal en la que se desarrolla el embrión, el istmo que es la parte intermedia entre el cuerpo y el cuello que se abre en la vagina. Es en el fondo de la vagina y es sobre el cuello del útero donde el ginecólogo toma células para hacer el frotis.²² Al introducir uno o dos dedos en el fondo de la vagina se puede sentir el cuello con la punta de los dedos. La vagina se conecta con el **útero**, o vientre, en el **cuello uterino**. El cuello uterino tiene paredes fuertes y gruesas. La abertura del cuello del útero es muy pequeña (no es más ancha que una pajilla), razón por la cual un tampón no puede quedar nunca dentro del cuerpo de una mujer. Durante el parto, el cuello del útero se puede expandir para permitir el paso del bebé.

El útero tiene forma de pera invertida, con un recubrimiento grueso y paredes musculares; de hecho, el útero posee algunos de los músculos más fuertes del cuerpo. Estos músculos son capaces de expandirse y contraerse para albergar al feto en crecimiento y después ayudan a empujar al bebé hacia afuera durante el parto. Cuando una mujer no está embarazada, el útero mide tan solo 3 pulgadas (7,5 centímetros) de largo y 2 pulgadas (5 centímetros) de ancho.

²² Tortora, Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds, "Principios de Anatomía y Fisiología", novena edición. Año abril 2006.

En las esquinas superiores del útero, las trompas de **Falopio** conectan el útero con los **ovarios**. Los ovarios son dos órganos con forma de óvalo ubicados en la parte superior derecha e izquierda del útero. Producen, almacenan y liberan óvulos en las trompas de Falopio en un proceso que se denomina **ovulación**. Cada ovario mide, aproximadamente, de 1,5 a 2 pulgadas (de 4 a 5 centímetros) en una mujer madura.²³

6.2. Cáncer cervical uterino

El Cáncer cérvico uterino, una clase común de Cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

El Cáncer cérvico uterino suele crecer lentamente por un período de tiempo, antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.²⁴

Ya que en general no hay síntomas asociados con el Cáncer cérvico uterino, el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el Cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou, que se lleva a cabo usando un

²³ Thibodeau, Ph.D. Gary A. y Patton, Ph.D., Kevin T. " Anatomía y Fisiología", segunda edición. Año 1995.

²⁴ Rubin S, Haskins W: Cervical cancer and preinvasive neoplasia. Lippincott Raven, segunda edición 1996.

espéculo de metal o plástico, una espátula de aire y un cepillo endocervical para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, pero generalmente no se siente dolor.

Si se encuentra células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido la cual debe ser extraída con guía de colposcopia. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el Cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

Clasificación del Cáncer Cérvico Uterino

Una vez detectado (diagnosticado) el Cáncer cérvico uterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del Cáncer cérvico uterino:^{25,26}

²⁵ Instituto Nacional del Cáncer. En <http://cancernet.nci.nih.gov> [Fecha de acceso 10/02/07]

Etapa 0 o carcinoma in situ

El carcinoma in situ es un Cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Etapa I

El Cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de Cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino

Etapa IB: una cantidad mayor de Cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapa II

El Cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapa IIA: el Cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB: el Cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

Etapa III

El Cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

²⁶ Disaia, Philip J. Creasman William T. *Oncología ginecológica clínica*. Elsevier Science, Madrid, España, 2002.

Etapa IV

El Cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVA: el Cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

Etapa IVB: el Cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones

Recurrente.

La enfermedad recurrente significa que el Cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

6.3. El Papanicolaou (PAP)

El Papanicolaou (PAP) también llamado frotis cervical o Pap Smear en inglés, es un estudio que deberían realizarse todas las mujeres sexualmente activas o que tengan más de 18 años de edad. Es fundamental para la prevención y detección del Cáncer de cuello uterino y también para la detección de lesiones que pueden evolucionar hacia el Cáncer. También es útil para el diagnóstico de procesos infecciosos en el cual pueden verse a veces los agentes causales de la infección.

Consiste en la obtención mediante una espátula de las secreciones que recubren el cuello uterino, que contienen células que se desprenden constantemente de su superficie. Debe realizarse mediante la colocación de un espéculo en la vagina (administrículo que se adapta a la forma de la vagina) nada incómodo para la mujer. Las secreciones que se obtienen mediante la

espátula se esparcen sobre un pequeño vidrio (portaobjeto) y se colorean con tinturas especiales para ser analizados por un citólogo o médico patólogo.

La prueba del PAP debe realizarse a partir del comienzo de la actividad sexual o a los 18 años de edad. En los casos que a esta edad no se mantienen relaciones sexuales existen espéculos especiales "virginales", que no lesionan el himen vaginal. El PAP intenta detectar lesiones precancerosas uterinas. No detecta Cáncer de otros órganos como ovarios u otro órgano abdominal.²⁷

El Cáncer de útero se desarrolla de manera muy lenta y prolongada. Pueden transcurrir 10 a 20 años desde la aparición de alteraciones en el Papanicolaou y el desarrollo del Cáncer. Es por eso que es tan importante la prevención mediante este estudio, que de realizarse periódicamente a toda la población, impediría muchísimas muertes fácilmente evitables. Según las estadísticas, algunas veces el PAP no detecta una lesión cancerosa. Se escaparía a esta técnica un 60% de mujeres portadoras de Cáncer uterino, pero como hemos dicho anteriormente, el Cáncer evoluciona muy lentamente; si se repite anualmente el PAP en el segundo o tercer año, éste puede ser detectado con posibilidades de tratamiento y curación. En los centros de atención ginecológica más completos se realiza simultáneamente a la toma del Papanicolaou una colposcopia, que es la visualización del cuello uterino mediante un aparato similar a un microscopio.

²⁷ Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). Revisión Especial. Patología. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2003. Primera edición.

Este aumenta las imágenes del cuello uterino para pesquisar lesiones ocultas a la visión directa y que se sabe están relacionadas con lesiones premalignas y malignas, o asociada con infecciones específicas del tracto genital. Este estudio debe ser realizado por personal médico muy capacitado profesionalmente.

6.4. Clasificación de las lesiones cérvico uterinas

La clasificación original fue la creada por George Papanicolaou que los dividía en 5 clases, desde la normalidad de la Clase I hasta el Cáncer invasor de la Clase V. Actualmente se tiende a utilizar la clasificación Bethesda (normalmente utilizada en los Estados Unidos).²⁸

Clasificación Bethesda

1 - Negativo

Sin cambios patológicos.

2 - Inflamatorio

Con signos de infección.

3 - ASCUS: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

Células atípicas (alteradas) sin un significado específico determinado.

Algunas células presentan anomalías inflamatorias (del 95 al 98% de los casos) o se registran cambios premalignos (del 2 al 5%).

4 - AGCUS: Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance

Células glandulares atípicas (del conducto cervical alteradas) de significado indeterminado.

²⁸ Solomon D, Nayar R. El Sistema Bethesda para informar la citología cervical. Definiciones, criterios y notas aclaratorias. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2005. Primera edición.

Algunas células glandulares son inflamatorias (del 85 al 90% de los casos) o se registran cambios premalignos (del 10 al 15% del los casos).

5 - LGSIL: Low Grade Squamous Intraepitelial Lesion

Lesión escamosa de bajo grado.

Algunas células pueden provenir de lesiones premalignas.

6 - HGSIL: High Grade Squamous Intraepitelial Lesion

Lesión escamosa de alto grado.

Algunas células provienen de lesiones premalignas avanzadas.

7 - Células malignas presentes

Células escamosas o glandulares (cancerosas) que pueden provenir de un Cáncer.

6.5. Las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo en Oaxaca

El Gobierno del Estado de Oaxaca en el año 2005 implementa el programa Unidades Móviles para el Desarrollo, que consiste en un equipo humano profesional, técnicamente capacitado que ofrece un paquete de servicios asistenciales, orientación y capacitación productiva a las personas que viven en las localidades más necesitadas, vulnerables y de difícil acceso.²⁹

El objetivo de estas unidades es acercar de manera directa e inmediata un paquete gratuito de servicios de salud dirigido a poblaciones que habitan en áreas dispersas, con alto grado de marginación y en zonas urbano-marginales, estas unidades están conformadas por un médico general, dos enfermeras, un odontólogo, un médico veterinario, brindando atención

²⁹ Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan de Desarrollo Estatal 2005-2010.

médica en un camión consultorio, además de llevar registro civil, chofer, siendo uno de los pilares fundamentales la prevención del Cáncer cérvico uterino y su detección temprana.

Para el 2006 estas Brigadas realizaron 32,727 tomas de citologías, las cuales corresponden al 27% del total estatal (119, 441 citologías); para el 2007 se realizaron 25,953 tomas de citologías, correspondiendo al 27% del total estatal (126,779 citologías); las lesiones precursoras (NIC I-III) detectadas de estas tomas fueron de la siguiente manera: 315 para el 2005, 359 para el 2006 y 327 para el 2007; 65 canceres in situ e invasor detectados del 2005 al 2007, siendo de estos 13 diagnosticados en el año en curso.

El manejo y tratamiento que requieren estas pacientes está determinado en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (NOM 014.SSA2-1994)³⁰ modificada 31 de mayo de 2007 es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del Cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales.

Otra de las directrices en el manejo de las mujeres se encuentra en el Manual para la Referencia y Contrarreferencia y el Manual de Organización y procedimientos para Clínicas de Displasias, que tiene sus antecedentes en el

³⁰ Secretaría de Salud, *Normal Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-11994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del cuello del útero y de la mama*

Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y este a su vez en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino del Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud desde 1962 y para 1997 en un intento de fortalecer las acciones se establece como programa prioritario en la Secretaría de Salud.

Dentro de este fortalecimiento se impulsa como un eslabón importante las Clínicas de Displasias para el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras del Cáncer cérvico uterino y/o Cáncer, las cuales se encuentran ubicadas en el segundo nivel de atención y cuyo objetivo es garantizar una atención de calidad y con pleno respeto a la dignidad e intimidad, de toda mujer que acude a las clínicas de displasias para el tratamiento y seguimiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino, en donde se otorgará la atención de acuerdo al resultado citológico, realizándole su trámite administrativo (expediente clínico), proporcionándole su atención previa explicación del personal de esta clínica del procedimiento a realizarle, posterior a este estudio se dará seguimiento de acuerdo a manual de procedimiento establecido e instalar tratamiento normado, por lo que es más recomendable realizar una cita previa, con la finalidad de agilizar su atención y evitar gastos extras para la paciente.

6.6 Aspectos socio demográficos en Oaxaca, determinantes para el Cáncer cérvico uterino

El Cáncer de cuello cérvico uterino forma parte de la enfermedad de la pobreza su frecuencia en los países en desarrollo como México es elevada y

dentro de los estados con mayor índice de pobreza se encuentra el Estado de Oaxaca, con 570 municipios de los cuales 418 cuentan una población predominantemente indígena y en donde el 29.5% de los municipios son considerados de alta marginación y un 46.5% de muy alta marginación, los ingresos económicos de las mujeres de zonas rurales el 91% de ellas no cuenta con empleo, aunado al acceso limitado a los servicios de salud, en las áreas rurales solo se cuenta por cada 1000 habitantes con 0.3% de médicos, lo cual contrasta con el de nivel nacional que es de 1.38 médicos por cada 1000 habitantes.³¹

El 76.9% de la población en Oaxaca presenta nutrición deficiente, la baja escolaridad, los usos y costumbres el cual es un código informal de creencias religiosas, culturales y sociales, pero también es un sistema de normas colectivas donde las necesidades básicas de la mujer en muchas de estas comunidades no se toman en cuenta, es por ello que en estas regiones las carencias elementales de la mujer son comida, vivienda, vestido, satisfacer los requisitos de la pareja dejando como última prioridad el cuidado de la salud.

³¹ INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CAPÍTULO 7

PRESENTACIÓN DE VARIABLES

7.1 Variable dependiente

Factores que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino detectadas por las Brigadas Médicas Móviles en el estado de Oaxaca.

7.2 Variables independientes

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio:

- Edad.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Inicio de vida sexual.
- Número de compañeros sexuales.
- Frecuencia de realización del PAP.
- Presencia del periodo menstrual.
- Número de embarazos.
- Recepción o entrega de su resultado.
- Forma de entrega del resultado.
- Resultado del PAP.
- Tiempo para un nuevo estudio.
- Canalización a una clínica de colposcopia.
- Motivo de no acudir a la clínica de colposcopia.

- Importancia del problema.
- Importancia de su problema en la menopausia.
- Acompañamiento.
- Toma de las decisiones en la familia.
- Su cónyuge interfiere si usted recibe atención.
- Nivel socioeconómico.

Características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas:

- Medio de transporte utilizado para acudir a la unidad médica.
- Costo del transporte empleado.
- Isócrona determinada.

Características de los servicios médicos:

- Tiempo de espera para ser atendida.
- Cobro del servicio en la clínica de colposcopia.
- Medicamentos necesarios para su tratamiento.
- Costo de los medicamentos
- Gastos extras.
- Atención proporcionada.
- Servicio de la clínica.

Características del personal de atención en la clínica de colposcopia:

- Seguimiento a su enfermedad.
- Personal médico.

Características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio:

- Maltrato psicológico o físico.

- Persona que la ha maltratado.
- Estado de ánimo de la paciente.
- Papel de madre y esposa en el entorno familiar.
- Causa atribuible a su problema de Cáncer.
- Valoración de su salud.
- Tipo de violencia hacia su persona.

CAPÍTULO 8

DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de estudio

Se trata de una investigación observacional, descriptiva y transversal, cuya base de datos fue proporcionada por las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo en el estado de Oaxaca a través de sus servicios ofrecidos.

8.2. Universo

La población que se estudió correspondió a todas las mujeres de 25 a 64 años, que acudieron al servicio de las 69 Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo del estado de Oaxaca.

8.3. Muestra

Se determinó el tamaño de muestra utilizando el programa EPI INFO, versión 6.04^a con un intervalo de Confianza del 95% y una prevalencia de 13%, arrojando 185 cuestionarios. Se incluyeron los 570 municipios del Estado y se realizó una selección aleatoria estratificada por municipio, lo que determinó su aplicación en 104 Municipios y 22 localidades.

8.4. Unidad de análisis

Mujeres que acudieron a los servicios de las 69 Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo en el periodo comprendido del 14 de febrero del 2005 al 30 de marzo del año 2008.

8.5. Criterios de inclusión

- Todas las mujeres que acudieron a realizarse una citología en las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo.
- Toda mujer con resultado positivo a algún grado de LIEB.

8.6. Definición de las variables

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio:

- **Edad:** Número de años que la persona ha vivido. Se trabajo en grupos quinquenales de edad, desde 21 hasta 60 años y más, considerando la edad que refirió la mujer al momento de la aplicación del cuestionario
- **Escolaridad:** Ultimo grado de estudios realizados. Se estratifico de acuerdo a cuatro nivel principales, considerando como analfabetas a aquellas que refirieron nunca haber ido a la escuela, primaria, las que refirieron haber asistido a algún grado de este nivele escolar, como secundaria a aquellas que refirieron haber asistido al menos a un año de la educación secundaria, preparatoria a las que asistieron a algún grado de nivel técnico superior o bachillerato y como licenciatura a aquellas que refirieron haber asistido a algún grado de licenciatura. No

se encontraron mujeres con grado de educación superior o posgrado. Por no encontrar diferencias importantes entre los diferentes grados, se clasificó, para fines de estudio, solo en analfabetas y en las que tienen algún grado de escolaridad.

- **Ocupación:** Actividad a la que se dedica la persona. Se estratificó en niveles de ama de casa, las que no realizan ninguna actividad fuera del hogar y que no reciben remuneración por sus actividades, como labores de campo a las que realizan actividades en el cultivo de la tierra, ya sea propias o de otra persona pero que reciben remuneración por su trabajo, obreras, las que laboran en alguna fábrica con remuneración periódica, comerciante, las mujeres que realizan alguna actividad comercial, ya sea fuera o dentro de su vivienda, empleada, las mujeres que trabajan para un patrón no necesariamente en la actividad fabril.
- **Inicio de vida sexual:** Edad de la mujer en que inicia la vida sexual activa. Se clasificó en dos grupos, aquellas que iniciaron vida sexual antes de los 18 años de edad y las que lo hicieron posteriormente
- **Número de compañeros sexuales:** Número de parejas sexuales que la mujer refirió haber tenido en toda su vida. Se maneja como variable discreta.
- **Frecuencia de realización del PAP:** Tiempo que la mujer refirió que deja transcurrir entre un examen y otro, se clasificó por semestres y considerando como límite máximo dos años o más.

- **Presencia del periodo menstrual:** Se considero como menopáusica aquella que refirió no tener sangrado menstrual seis meses atrás o más al momento de la entrevista
- **Número de embarazos:** Número de veces que la mujer estuvo embarazada, habiendo llegado a término el producto o no. Se consideró como embarazo aun cuando el producto de la concepción se hubiese obitado
- **Recepción o entrega de su resultado:** La mujer recibió resultado si o no, independiente de la forma y el tiempo en que recibió el resultado
- **Forma de entrega del resultado:** Forma en que la mujer recibe su resultado de citología cervical previa.
- **Resultado del PAP:** Emanado de la toma de la citología y clasificado como normal o con patología. Se consideró negativo cuando el resultado fue dentro del límite normal, negativo con proceso inflamatorio, VPH y/o Displasia leve (NIC 1), se consideró positivo cuando el resultado fue de Displasia moderada (NIC 2), displasia grave (NIC 3) o Cáncer invasor.
- **Tiempo para un nuevo estudio:** Derivado del resultado del PAP clasificado como normal se le indicó si o no el tiempo para la realización de un nuevo estudio.
- **Canalización a una clínica de colposcopia:** En consecuencia de la citología patológica del PAP considerada negativo, la mujer fue referida sí o no a una clínica de colposcopia para su tratamiento.

- **Motivo por el que no acude a la clínica de colposcopia:**
Descripción de las causas por las cuales no se confirma la presencia de la paciente en la unidad médica ya sea por miedo, por no contar con dinero, no dio permiso el esposo o bien su problema no es importante.
- **Importancia del problema:** Valor que le da la mujer a su resultado del PAP estratificado como leve. Regular, grave o bien que no es problema.
- **Importancia de su problema en la menopausia:** Consideración que tiene la paciente de acudir o no a una clínica de displacia si es detectada con lesiones por mediante el PAP, aun cuando ya no regla.
- **Acompañamiento:** Persona que refirió la paciente al momento de la encuesta que acompaña a la mujer a la clínica de colposcopia, pudiendo ser el esposo, algún familiar o nadie.
- **Toma de las decisiones en la familia:** Quien toma las decisiones en el seno familiar, el marido sí o no.
- **Interferencia del cónyuge en su atención:** Interfiere el esposo o pareja para la decisión de acudir a la clínica de colposcopia sí o no.
- **Nivel socio económico:** De acuerdo a los bienes patrimoniales de la familia el estrato puede ser bajo, medio o alto.

Características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas:

- **Medio de transporte utilizado para acudir a la unidad médica:**
Medio de transporte referido en la encuesta empleado por la paciente

para asistir a la clínica de colposcopia, clasificándose este desde caminando, uso de taxi, transporte colectivo, etc.

- **Costo del transporte empleado:** Cantidad de dinero manifestado en la encuesta que fue erogado por la paciente para trasladarse a la unidad de atención.
- **Isócrona determinada:** Distancia y tiempo empleado para llegar desde su casa a la clínica de colposcopia, con fines de análisis de clasificado en mínima, media y máxima.

Características de los servicios médicos:

- **Tiempo de espera para ser atendida:** Lapso en minutos transcurridos desde que la paciente llega a la clínica hasta que es atendida por el especialista.
- **Cobro del servicio en la clínica de colposcopia:** Manifestación de la paciente por el pago realizado en la clínica de colposcopia.
- **Medicamentos necesarios para su tratamiento:** Referencia por la paciente si adquirió o no medicamentos.
- **Costo de los medicamentos:** En el caso de haber sido necesario la adquisición de medicamentos, cuanto fue la inversión de estos para el tratamiento.
- **Gastos extras:** Empleo de recursos económicos adicionales a los medicamentos.
- **Atención proporcionada:** Grado de satisfacción que la paciente manifestó hacia los servicios proporcionados.

- **Servicio de la clínica:** Derivado de la atención brindada por parte de la clínica a la paciente, regresaría sí o no a ésta.

Características del personal de atención en la clínica de colposcopia:

- **Seguimiento a su enfermedad:** Interés del personal médico en la enfermedad de la paciente, si han acudió o no en su domicilio.
- **Personal médico:** En caso de que alguien la visitó, que tipo de personal acudió a darle seguimiento a su padecimiento.

Características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio:

- **Maltrato psicológico o físico:** Por alguna circunstancia ha habido alguna persona que le ha propiciado agresión física o psicológica.
- **Persona que le ha maltratado:** Referencia por parte de la paciente del Individuo(a) que la ha agredido.
- **Estado de ánimo de la paciente:** Situación emocional frecuente de la mujer en tratamiento manifestada al momento de ser aplicado el instrumento de evaluación, pudiendo ser alegre, triste o indiferente.
- **Papel de madre y esposa en el entorno familiar:** Consideración que se otorga la paciente dentro del medio familiar.
- **Causa atribuible a su problema de Cáncer:** Indicación por parte de la mujer encuestada de cuál fue el motivo que causó su enfermedad.
- **Valoración de su salud:** Valor que la paciente asigna a su salud en su ámbito familiar, si ante pone al marido, los hijos, la alimentación, etc.
- **Tipo de violencia hacia su persona:** Forma de agresión que ha recibido la paciente.

8.7. Fuentes de información

Se utilizó un cuestionario que consta de 109 preguntas, se incluyen apartados como son características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas, características de los servicios médicos, características del personal de atención en la clínica de colposcopia y características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio. El instrumento de información fue aplicado por el personal de enfermería de las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo previamente capacitadas, el tiempo promedio empleado para la encuesta fue de 18 minutos y se aplicó a las mujeres que se seleccionaron aleatoria y estratificadamente por municipio de acuerdo a la base de datos de Excel, donde se concentraron todas las pacientes, incluyendo aquel que el resultado del PAP presenta algún grado de displasia.

8.9. Procesamiento de la información

A partir de los datos de los cuestionarios aplicados se generó una matriz en Excel donde se incluyeron todas las características, se distinguieron dos grupos de mujeres las que asistieron a la clínica de colposcopia y aquellas que no asistieron. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SAS (Statistical Analysis System) ver. 6.12 La significación estadística se evaluó a través del análisis de varianza por el procedimiento GLM (Modelo Lineal General); mediante el valor de R^2 se observó si las variables propuestas para el análisis son predictivas a una confiabilidad de ($p < 0.05$) con el F calculado

y tabulado. Para todas las características se definieron dos grupos las que confirmaron su aceptación al tratamiento como aquellas que no lo hicieron.

CAPÍTULO 9

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De las 185 encuestas que arrojó el EPI INFO, versión 6.04^a únicamente se aplicó el instrumento de evaluación a 125 pacientes quienes provenían de las Brigadas Médicas Móviles para el Desarrollo en el estado de Oaxaca y aquellas que fueron detectadas con un grado de displasia se les refirió a una clínica de colposcopia para su tratamiento, las 60 restantes no fue posible aplicar el instrumento ya que no se les encontró en su localidad.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Tabla 1. Descripción de las variables de estudio de la población de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLES	N	%
ESCOLARIDAD		
Analfabetas	8	6.40
Primaria	91	72.80
Secundaria	18	14.40
Preparatoria	6	4.80
Licenciatura	2	1.60
EDAD		
De 25 a 29 años	28	22.40
De 30 a 34 años	24	19.20
De 35 a 39 años	15	12.00
De 40 a 44 años	14	11.20
De 45 a 49 años	19	15.20
De 50 a 54 años	12	9.60
De 55 a 59 años	4	3.20
Más de 60 años	9	7.20
DEPRESION		
Sin depresión	98	78.40
Depresión moderada o severa	27	21.60
NUMERO DE GESTACIONES		
Menos de 4 embarazos	68	54.40
Más de 4 embarazos	57	45.60
MEDIO DE ENTREGA DEL PAP		
La buscaron	80	64.00
Ella lo solicitó	45	36.00

NIVEL SOCIOECONOMICO		
Bajo	52	41.6
Medio	26	20.8
Alto	47	37.6
IMPORTANCIA DEL PROBLEMA		
No es problema	5	4.00
Leve	27	21.6
Regular	38	30.40
Grave	55	44.00
ISOCRONA DETERMINADA		
Mínima	10	14.09
Media	6	8.45
Máxima	55	77.46
COSTO DEL TRASLADO A COLPOSCOPIA		
Mínimo	15	21.13
Medio	30	42.26
Máximo	26	36.61
MEDIO DE TRANSPORTE		
Caminando	7	9.86
Auto particular	2	2.82
Taxi	10	14.09
Autobús	52	73.23
ASPECTOS PRIMORDIALES		
Alimentación	24	37.5
Vestido	1	2.7
Salud	56	70
Diversión	1	2.7
Familia	5	9.62
Esposo	0	0
Hijos	14	27.45
Trabajo	1	2.7
PAGO POR SERVICIO		
Si	6	4.80
No	119	95.20
TRABAJA FUERA DE CASA		
Si	13	10.40
No	112	89.60
PERSONA QUE ACOMPAÑA A LA MUJER A LA CONSULTA		
Esposo	19	26.76
Hijo	15	21.15
Hermano/Hermana	3	4.23
Otro	18	23.35
Nadie	16	22.54

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 2. Factores de riesgo asociados al Cáncer cérvico uterino de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLE	Acudió a la Clínica OR	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior
ESCOLARIDAD			
Analfabetas	1.28	0.29	5.64
Con algún grado de escolaridad	0.77	0.177	3.40
EDAD			
Menos de 35 años	1.06	0.51	2.18
Más de 35 años	0.93	0.45	1.92
DEPRESION			
Sin depresión	0.87	0.37	2.08
Depresión moderada o severa	1.13	0.47	2.70
NUMERO DE GESTACIONES			
Menos de 4 embarazos	0.493	0.238	1.020
Más de 4 embarazos	2.02	0.980	4.198
MEDIO DE ENTREGA DEL PAP			
La vocearon	0.62	0.27	1.39
Le comentó una vecina	1.53	0.27	8.73
Visita domiciliaria	2.70	1.16	6.26
Ella lo solicitó	0.59	0.28	1.24
NIVEL SOCIOECONOMICO			
Bajo	1.59	0.77	3.31
Medio	0.38	0.16	0.94
Alto	1.199	0.57	2.498
ASPECTOS PRIMORDIALES			
Salud	0.8	0.29	2.13
Hijos	1.055	0.30	3.61
Alimentación	1.14	0.41	3.18
TRABAJA FUERA DE CASA			
Si	1.81	0.52	6.24
No	0.55	0.16	1.89

RESULTADOS

La gráfica 3 nos muestra los resultados del PAP, se observa que el 83.60% de las pacientes presentaron algún tipo de lesión y de estas el 57% acudió a colposcopia.

El grupo de edad predominante que se muestra en la gráfica 4, corresponde al rango de 30-34. Se observa que la edad del grupo de mujeres menos de 35 años acude en mayor proporción que las de más de 35.

Respecto a la escolaridad podemos decir que el 6.4% son analfabetas y $\frac{3}{4}$ cursaron primaria (gráfica 5).

Se observa que las que tienen más de 4 hijos acuden en menor proporción que las que tienen más de 4 embarazos. Existe asociación estadística de $OR= 0.49$ (IC95% 0.24 – 1.020)

En el gráfico 6 podemos observar que el 37.19% de las pacientes fueron a solicitar su resultado del PAP.

Más de la mitad de las pacientes que acudieron a tomarse la colposcopia, fueron buscadas por los servicios de salud a través de diferentes medios (voceo, perifoneo, visita domiciliaria) se encuentra una asociación positiva

entre el que la mujer sea buscada por los servicios y su asistencia a la prueba de colposcopia con una OR 0.62 (IC95% 0.27 – 1.39)

En la tabla 1 podemos observar que acudieron más las de nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, no existe significancia estadística entre la asistencia y el nivel socioeconómico. OR 1.59 (IC95% 0.77 – 3.31)

En la gráfica 7 podemos observar que la falta de dinero es el principal problema para asistir al tratamiento en la clínica de colposcopia y el miedo es la segunda causa.

En la gráfica 8 observamos que acuden más a la clínica de colposcopia las que piensan que su problema es leve o no es problema, mientras que las que piensan que es grave o regular acuden con menos frecuencia.

Cuadro 1. Análisis de las características geográficas de accesibilidad a las unidades médicas de los grupos de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

Variable		Asistió	No asistió
ISOCRONA DETERMINADA	Mínima	20 minutos	20 minutos
	Máxima	360 minutos	800 minutos
	Media	180 minutos	400 minutos
COSTO TRASLADO	Mínimo	\$ 4.00	\$ 4.00
	Máximo	\$ 1,000.00	\$ 600.00
	Media	\$ 500.00	\$ 300.00
MEDIO TRANSPORTE	Más usual	Autobús	Autobús
	Menos usual	Auto particular	Ambulancia
	Intermedio	Taxi	Taxi

VARIABLES	Acudió a la clínica		%
	Si	No	
ISOCRONA			
Mínima	24	16	35.09
Media	45	27	63.16
Máxima	0	2	1.75

Los resultados del cuadro 1 muestran algunas diferencias, la isócrona máxima y media demuestra que las mujeres que no asistieron a colposcopia emplean mayor tiempo de desplazamiento; pero el costo de traslado es mayor en el grupo de mujeres que si asistió a la clínica.

Observamos que Existe evidencia estadística de que acuden más las que trabajan que las que no trabajan con una OR de 1.81 (IC95% 0.52 – 6.24).

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan las razones y condiciones por las que las mujeres, no confirmaron su asistencia al diagnóstico en la clínica de colposcopia, concluyendo por apartado.

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio:

- De acuerdo a los resultados del estudio del PAP el 83.60 % resultó anormal, cuyas edades corresponden al rango de 30 a 34 años, seguido del correspondiente de los 45 a 49 años, lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad.^{32,33} de no tratarse adecuadamente y en tiempo, puede evolucionar a Cáncer cérvico uterino.
- La escolaridad en relación con la aparición de lesiones precursoras de Cáncer indica que a más baja escolaridad mayor es el riesgo de tener este tipo de lesiones³⁴. El grupo de mujeres analizadas, presentaron un 72.2% con estudios de primaria y 6.4% analfabetas; cuanto menor sea el grado de escolaridad, la mujer tiene menos posibilidades de comprender la importancia de realizarse anualmente la prueba del PAP.

³² Kurman RJ, Henson DE, Herbst DL, Noller KL, Shiffman MH. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. The 1992 National Cancer Institute Workshop. JAMA 1994;271: 1866-1869.

³³ Flannelly G, Anderson D, Kitchener HC. Management of women with mild and moderate dyskaryosis. Br Med J 1994;308:1399-1403.

³⁴ Idem. a Cajina C. 4

- El número de gestaciones es también considerado un factor de riesgo en la aparición de lesiones precursoras de Cáncer, en el grupo de estudio la media fue de 4.97 embarazos.
- Respecto al nivel socioeconómico se encontró que el 50% de las mujeres en estudio es de nivel bajo, por lo que hay una desventaja económica para acceder a los servicios médico preventivos o bien al tratamiento.
- Sobre la ocupación de la mujeres en estudio el grupo que no confirmó su asistencia a la clínica de colposcopia, todas ellas eran amas de casa y esta condición se relaciona con la bibliografía que refiere que ellas están más propensas a infecciones de transmisión sexual y dentro de esta la infección por *Papiloma Virus* el cual es precursor de lesiones del Cacu.
- **De los hallazgos del presente estudio podemos señalar que dentro de los motivos que tuvieron las mujeres para no asistir a la clínica de displasia para su debida atención, esta la falta de dinero que quizás es la más importante y el miedo al padecimiento de la enfermedad.**
- Otro factor asociado a la falta de confirmación al diagnóstico es la importancia que la enfermedad en si representa para la paciente ya que el 55% de las mujeres en estudio la consideran grave y el 35% regular.
- **La falta de acompañamiento a las unidades de salud es otro factor asociado a la confirmación, pues el 35% de las mujeres en**

estudio manifestaron que nadie las acompañó a la clínica y tan solo un 24% dijeron que su esposo le hizo compañía.

- Aunque la relación del cónyuge interfiere en el hecho de que la paciente acuda o no a una clínica, en el presente trabajo la decisión fue que el 75% manifestaron que no interfiere y el resto que sí.

Características geográficas de accesibilidad a las unidades médicas:

- El tiempo empleado por las pacientes para llegar desde su hogares hasta la clínica de colposcopia, el costo de transporte y el medio de traslado utilizado, no son factores que limiten la confirmación al diagnóstico ya que hubo pacientes que viajaron por varias horas y otras tan solo unos minutos. Así mismo, se encontraron mujeres que no utilizaron dinero y quienes erogaron hasta mil pesos en el traslado.

Características de los servicios médicos:

- El tiempo de espera para ser atendida, la necesidad de medicamentos, el costo de los mismos, gastos extras en el servicio, la satisfacción con la atención y el retorno a la clínica no influyeron en la confirmación al diagnóstico de displasia; por lo que las pacientes no consideraron la calidad de los servicios médicos.

Características del personal de atención en la clínica de colposcopia:

- No existe evidencia de diferencia estadística entre las variables del seguimiento de la enfermedad y el personal médico, cabe mencionar que en estudios realizados la preferencia para la toma de muestra y el tratamiento es hacia la doctora o enfermera ya que la paciente se identifica con ellas.

Características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio:

- Podemos señalar que no existe evidencias que demuestren que las variables en estudio de este apartado como son el maltrato psicológico o físico, la persona que le ha causado el maltrato, el estado de ánimo de la paciente, la consideración que tiene en su papel de madre y esposa, las causas atribuibles a su enfermedad, la valoración de su salud y el tipo de violencia, no son factores determinantes para la confirmación al tratamiento en una clínica de colposcopia.

CAPÍTULO 11

RECOMENDACIONES

- Informar a través de los medio de información masiva, la importancia de la asistencia de las mujeres a las unidades médicas para realizarse los estudios del PAP y lograr un aumento en la tasa de respuesta para acceder a los servicios médico preventivos.
- Realizarse la prueba del PAP periódicamente de acuerdo a normatividad establecida en NOM 014-SSA2 Modificada 31 de Mayo 2007.
- Entrega rápida y eficaz de los resultados del PAP por parte del sector salud.
- Diseñar talleres informativos sobre el tema dirigidos a los varones, incluyendo la parte emocional que juega en la mujer el ser acompañada a una clínica de colposcopia.
- Promover en los niveles educativos de primaria, secundaria y preparatoria la importancia que tiene las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la asociación que guarda esta con el virus del papiloma humano (VPH). De igual manera sensibilizar a los jóvenes las consecuencias de iniciar vida sexual a temprana edad.
- Promover en los hogares la importancia que tiene la comunicación de las parejas, para evitar la infidelidad.

- El sector salud debe promover talleres informativos sobre la importancia que tienen la higiene personal así como de los hogares de la familia.
- Promover prácticas del consumo sano de alimentos de origen vegetal y animal.
- Incluirse en la cartilla de vacunación la vacuna del Papiloma Humano a niñas y niños.
- Dar puntual seguimiento a las pacientes con tratamiento instalado en la clínica de colposcopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wingo Pa, Tong T, Bolden S (1995) Cancer statistics. CA Cancer j Clin 45: 8-30
2. Leanne BE, Zelma C, Todd GN, Kay GA (1993) Cérvicovaginal Atypia: ¿Does it warrant further investigation?. Acta Cytol., 37(5): 785
3. Kaufman RH (1996) Atypical squamous cells of undetermined significance and low-grade squamous intraepithelial lesion: Diagnostic criteria and management Am J Obstet Gynecol 175(4): 1120-1128
4. Cajina C, Hospital Bertha Calderón Roque. 1991. Estudio de Pacientes con IVSA.
5. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. "Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study". En: Lancet. (March 30, 2002). 359(9312)1093–1101.
6. Amaranta L. (2002) "Prevalencia de lesiones precursoras de Cáncer cérvico uterino en una población de mujeres chilenas". Santiago de Chile.
7. Programa de Acción Especifico, 2007- 2012, Cáncer cérvico uterino.
8. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E: Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ 1999; 318: 904.
9. Programa de Acción Especifico, 2007- 2012, Cáncer cérvico uterino.
10. Idem. 10
11. Palacios ML, Rangel GG, Hernández AM, Lazcano PE, Cervical cancer a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in México. Salud Pública Méx 2003; 45, Supl 3: S 315-25
12. Martínez MF, Epidemiología del Cáncer del cuello uterino. Medicina Universitaria 2004; 6 (22): 39-46.
13. Torres LA, Rojo H, Torres R, Hurtado E, Román B, Cáncer del cuello uterino: panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. Ginec Obstet Méx 2004: 72: 466-74.
14. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012.
15. Verduzco RL, Palet GJ, Aguirre GH, González PE, Cáncer cérvico-uterino y edad. Gineco Obstetricia México 1997; 5:119-22

16. Torres LA, Cruz TF, Plata NP, Pérez VH, García GH, Román BE, Cáncer cérvico-uterino 1983-1984. Experiencia de la Unidad de Oncología, Hospital General de México, SSA, *Cancerología* 1988; 34: 617-22
17. Torres LA, Solorza LG, Pimentel YF, Cáncer cérvico-uterino. En Torres LA. *Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento*. México, McGraw-Hill, Interamericana, 2004; 131-68.
18. Franco E, Duarte E, Ferenczy A, Factores de riesgo reproductivo y Cáncer cérvico-uterino en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2003; 35 No.1:65-73.
19. Giulano A, Cervical carcinogénesis: The role of cofactors and generation of reactive oxygen species. *Salud Pública Méx* 2003, 45; Supl 3: S 354-60.
20. Berumen Campos J. "Virus del Papiloma....." o.p. cit. p. 51.
21. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes. 1988.
22. Tortora, Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds, "Principios de Anatomía y Fisiología", novena edición. Año abril 2006
23. Thibodeau, Ph.D. Gary A. y Patton, Ph.D., Kevin T. " Anatomía y Fisiología", segunda edición. Año 1995.
24. Rubin S, Haskins W: *Cervical cancer and preinvasive neoplasia*. Lippincott Raven, segunda edición 1996.
25. Instituto Nacional del Cáncer. En <http://cancernet.nci.nih.gov> [Fecha de acceso 10/02/07]
26. Disaia, Philip J. Creasman William T. *Oncología ginecológica clínica*. Elsevier Science, Madrid, España, 2002.
27. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Revisión Especial. Patología. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2003. Primera edición.
28. Solomon D, Nayar R. El Sistema Bethesda para informar la citología cervical. Definiciones, criterios y notas aclaratorias. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2005. Primera edición.
29. Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan de Desarrollo Estatal 2005-2010.

30. Secretaría de Salud, *Normal Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-11994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del cuello del útero y de la mama.*
31. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.
32. Kurman RJ, Henson DE, Herbst DL, Noller KL, Shiffman MH. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. The 1992 National Cancer Institute Workshop. *JAMA* 1994;271: 1866-1869.
33. Flannelly G, Anderson D, Kitchener HC. Management of women with mild and moderate dyskaryosis. *Br Med J* 1994;308:1399-1403.
34. Idem. a Cajina C. 4

ANEXOS

Características sociodemográficas de las mujeres en estudio:

Cuadro 2. Valores y codificación de las variables de las características sociodemográficas de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLES	NIVELES	VALORES
Edad	11	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Escolaridad	5	0 1 2 3 4
Ocupación	5	1 2 3 4 5
Inicio de Vida Sexual	5	1 2 3 4 5
Número de Embarazos	4	1 2 3 4
Número de Compañeros Sexuales	5	1 2 3 4 5
Frecuencia de realización del PAP	4	1 2 3 4
Presencia del periodo menstrual	3	0 1 2
Recepción o entrega de su resultado	2	0 1
Forma de entrega del resultado	4	1 2 3 4
Resultado del PAP	4	0 1 2 3
Tiempo para un nuevo estudio	2	0 1
Canalización a una clínica de colposcopia	2	0 1
Motivo de no acudir a la clínica de colposcopia	4	0 1 2 3
Importancia del problema	4	0 1 2 3
Importancia de su problema en la menopausia	2	0 1
Acompañamiento	5	0 1 2 3 4
Toma de las decisiones en la familia	2	0 1
Su cónyuge interfiere si usted recibe atención	2	0 1
Nivel socioeconómico	3	1 2 3

VARIABLES	VALORES
Edad	1 (21 a 24 años) 2 (25 a 29 años) 3 (30 a 34 años) 4 (35 a 39 años) 5 (40 a 44 años) 6 (45 a 49 años) 7 (50 a 54 años) 8 (55 a 59 años) 9 (60 años y más)
Escolaridad	0 (Analfabeta) 1 (Primaria) 2 (Secundaria) 3 (Preparatoria) 4 (Licenciatura)
Ocupación	1 (Ama de casa) 2 (Labores del campo) 3 (Obrera) 4 (Comerciante) 5 (Empleada)
Inicio de vida sexual	1 (Antes de 18 años) 2 (18 años y más)
Número de Embarazos	1 (1 a 4 embarazos) 2 (más de 4 embarazos)
Número de Compañeros Sexuales	1 (1 compañero) 2 (2 compañeros) 3 (3 compañeros) 4 (4 compañeros) 5 (5 compañeros y más)
Frecuencia de realización del PAP	1 (Hace seis meses o menos) 2 (De seis meses a un año) 3 (De uno a dos años) 4 (Dos años y más)
Presencia del periodo menstrual	0 (No) 1 (Si)
Recepción o entrega de su resultado	0 (No) 1 (Si)
Forma de entrega del resultado	1 (La buscaron) 2 (Ella lo solicitó)
Resultado del PAP	0 (Normal) 1 (Anormal)
Tiempo para un nuevo estudio	0 (No) 1 (Si)
VARIABLES	VALORES
Canalización a una clínica de colposcopia	0 (No) 1 (Si)
Motivo de no acudir a la clínica de colposcopia	(Miedo) (No es importante) (No tenía dinero) (No quiso mi esposo)
Importancia del problema	0 (No es problema) 1 (Leve) 2 (Regular) 3 (Grave)
Importancia de su problema en la menopausia	0 (No) 1 (Si)

Acompañamiento	0 (Nadie) 1 (Esposo) 2 (Hijo/a) 3 (Hermano/a) 4 (Otro)
Toma de las decisiones en la familia	0 (No) 1 (Si)
Su cónyuge interfiere si usted recibe atención	0 (No) 1 (Si)
Nivel socioeconómico	1 (Bajo) Rango de 5-10 2 (Medio) Rango de 11-15 3 (Alto) más de 15

Características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas:

Cuadro 3. Valores y codificación de las variables de las características geográficas para la accesibilidad a las unidades médicas de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLES	NIVELES	VALORES
Medio de transporte utilizado para acudir a la clínica	7	1 2 3 4 5 6 7
Costo del transporte empleado	5	1 2 3 4 5
Isócrona determinada	5	1 2 3 4 5

VARIABLES	VALORES
Medio de transporte utilizado para acudir a la clínica	1 (Caminando) 2 (Bicicleta/Motocicleta) 3 (Auto particular) 4 (Taxi) 5 (Transporte colectivo) 6 (Ambulancia) 7 (Otro, especifique)
Costo del transporte empleado	1 (0 a 200 pesos) 2 (201 a 400 pesos) 3 (401 a 600 pesos) 4 (601 a 800 pesos) 5 (801 pesos a más)
Isócrona determinada	1 (15 a 150 minutos) 2 (151 a 300 minutos) 3 (301 a 450 minutos) 4 (451 a 600 minutos) 5 (601 minutos a más)

Características de los servicios médicos:

Cuadro 4. Valores y codificación de las variables de las características de los servicios médicos para las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLES	NIVELES	VALORES
Tiempo de espera para ser atendida	2	1 2
Cobro del servicio en la clínica de colposcopia	2	0 1
Medicamentos necesarios para su tratamiento	2	0 1
Costo de los medicamentos	5	1 2 3 4 5
Gastos extras	3	0 1 2
Atención proporcionada	3	0 1 2
Servicio de la clínica	2	0 1

VARIABLES	VALORES
Tiempo de espera para ser atendida	1 (Menos de 30 minutos) 2 (Más de 30 minutos)
Cobro del servicio en la clínica de colposcopia	0 (Sin cobro) 1 (Con cobro de \$78 pesos a más)
Medicamentos necesarios para su tratamiento	0 (No) 1 (Si)
Costo de los medicamentos	1 (0 a 200 pesos) 2 (201 a 400 pesos) 3 (401 a 600 pesos) 4 (601 a 800 pesos) 5 (801 pesos a más)
Gastos extras	0 (No) 1 (Si) 2 (No sé)
Atención proporcionada	0 (Insatisfecha) 1 (Poco satisfecha) 2 (Muy satisfecha)
Servicio de la clínica	0 (No) 1 (Si)

Características del personal de atención en la clínica de colposcopia:

Cuadro 5. Valores y codificación de las variables de las características del personal de atención en la clínica de colposcopia para las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

VARIABLES	NIVELES	VALORES
Seguimiento a su enfermedad	2	0 1
Personal médico	3	1 2 3

VARIABLES	VALORES
Seguimiento a su enfermedad	0 (No) 1 (Si)
Personal médico	1 (Enfermera) 2 (Médico) 3 (Otra persona)

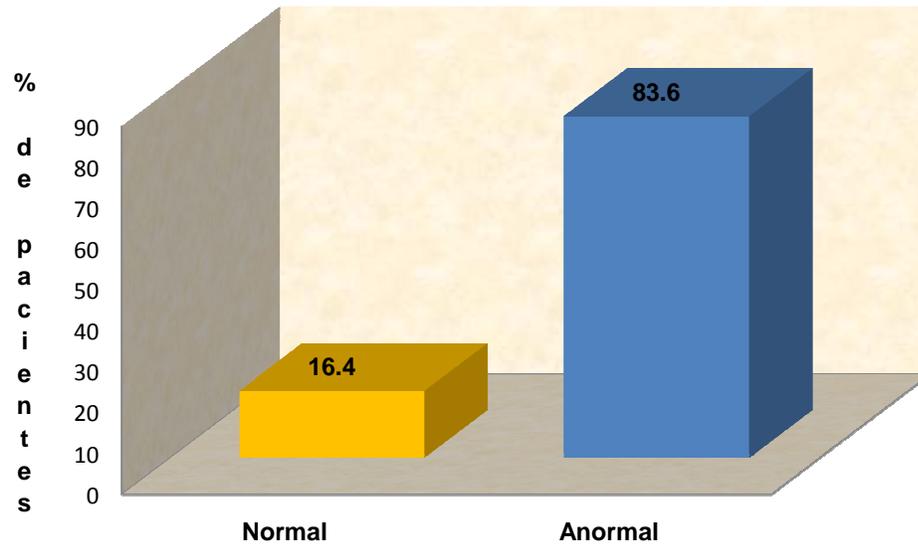
Características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio:

Cuadro 6. Valores y codificación de las variables de las características de violencia intrafamiliar de las mujeres en estudio detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

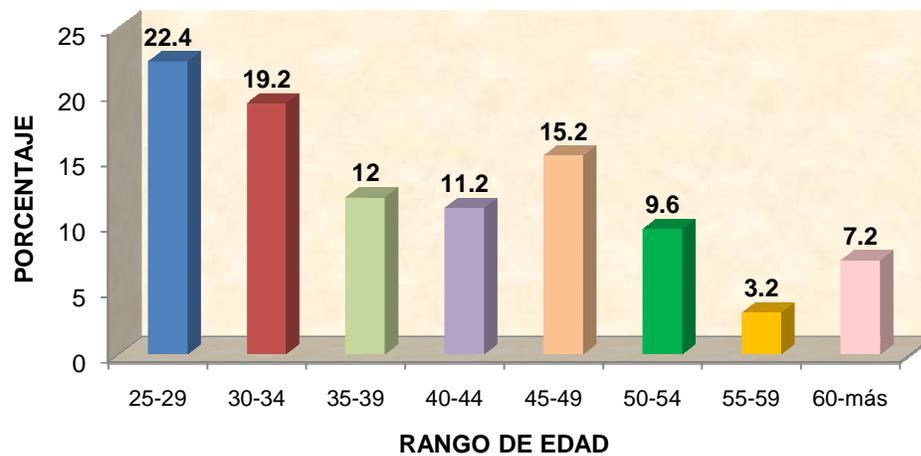
VARIABLES	NIVELES	VALORES
Maltrato psicológico o físico	2	0 1
Persona que la ha maltratado	4	1 2 3 4
Estado de ánimo de la paciente	3	1 2 3
Papel de madre y esposa en el entorno familiar	2	0 1
Causa atribuible a su problema de Cáncer	4	1 2 3 4
Valoración de su salud	8	1 2 3 4 5 6 7 8
Tipo de violencia hacia su persona	4	0 1 2 3

VARIABLES	VALORES
Maltrato psicológico o físico	0 (No) 1 (Si)
Persona que la ha maltratado	1 (Esposo) 2 (Hijos) 3 (Padres) 4 (Persona extraña a la familia)
Depresión	1 (Sin depresión) Rango 20-29 2 (leve) Rango 30-39 3 (Moderada) Rango 40-49 4 (Grave) Rango más de 50
Papel de madre y esposa en el entorno familiar	0 (No es importante) 1 (Si es importante)
Causa atribuible a su problema de Cáncer	(Suerte) (Casualidad) (Magia) (Contagio)
Valoración de su salud	1 (Alimentación) 2 (Vestido) 3 (Salud) 4 (Diversiones) 5 (Familia) 6 Esposos) 7 (Hijos) 8 (Trabajo)
Violencia	0 (Sin violencia) 1 (Poca) Rango 1-6 2 (Regular) Rango 7-12 3 (Alta) Rango 13 a más

Gráfica 3. Resultados del PAP a las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

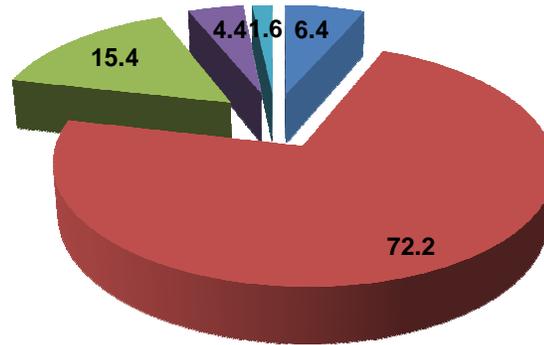


Gráfica 4. Grupo de edad de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

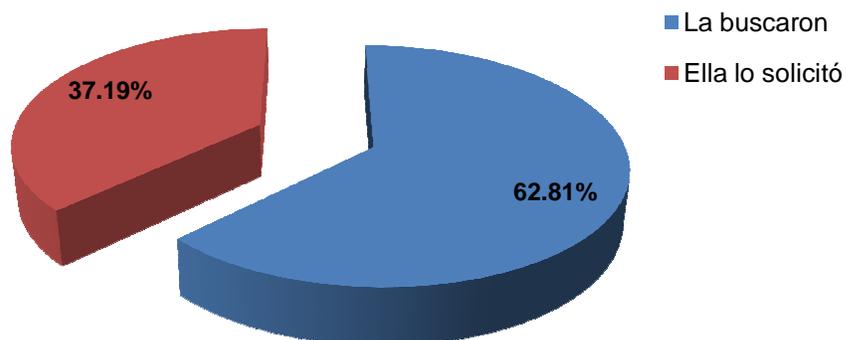


Gráfica 5. Grado de escolaridad de las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

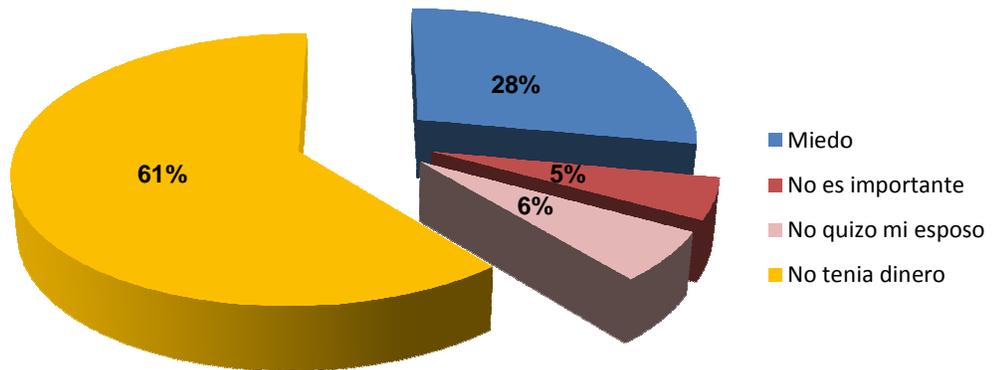
■ Analfabeta ■ Primaria ■ Secundaria ■ Preparatoria ■ Licenciatura



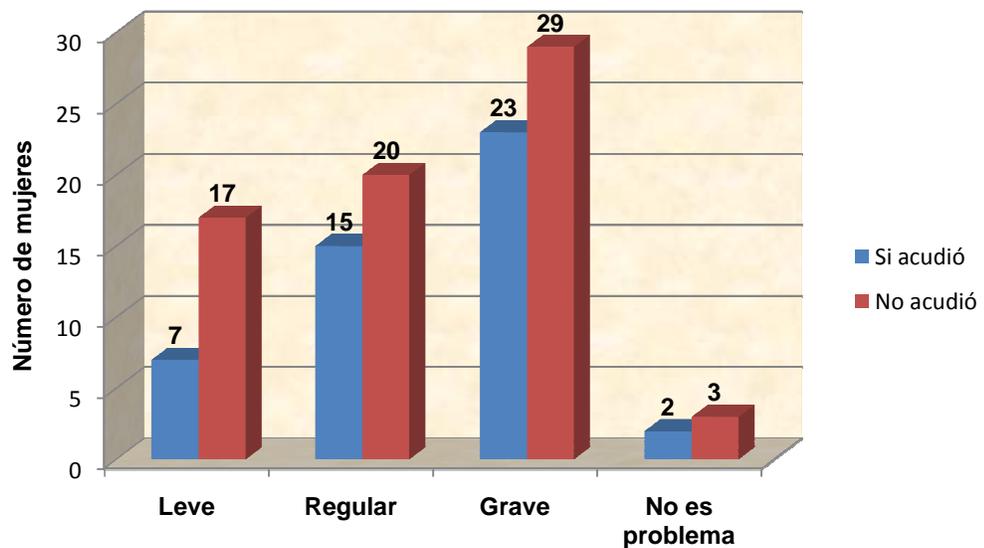
Gráfica 6. Medio de entrega de resultados del PAP a las mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, con algún tipo de displasia periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.



Gráfica 7. Motivos de las mujeres que no acudieron a la clínica de displasia detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

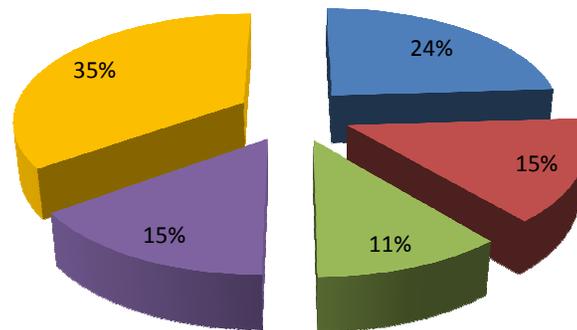


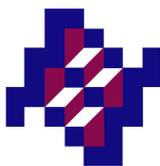
Gráfica 8. Importancia del problema de salud de los grupo de mujeres detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.



Gráfica 9. Persona que frecuentemente acompaña a las mujeres que acudieron a la clínica de displasia detectadas por las Brigadas Médicas Móviles, periodo (24 de febrero del 2005 al 30 marzo del 2008) Oaxaca.

■ Esposo ■ Hijo(a) ■ Hermano(a) ■ Otro ■ Nadie





**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD POBLACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA**

CUESTIONARIO

NOMBRE _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____

El Cáncer Cérvico Uterino es la principal causa de muertes por tumores en la mujer en México, sin embargo el Cáncer es prevenible y curable si se le detecta a tiempo. Preocupados por mejorar el nivel de salud de las mujeres, el Instituto Nacional de Salud Pública se encuentra realizando una investigación para conocer las características de las mujeres que tienen este problema. Por ello le pido, me conteste algunas preguntas. La información obtenida es de carácter confidencial y solo será utilizado para fines de investigación.

A CONTINUACIÓN LE PREGUNTAMOS ALGUNAS COSAS ACERCA DE SU PERSONA, FAMILIA, DE LA FORMA EN QUE VIVE Y DE SU FORMA DE SENTIR, FAVOR DE CONTESTAR O SUBRAYAR SEGÚN CORRESPONDA.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

DATOS PERSONALES

1.- EDAD:

- a) 25 – 29 años
- b).30 – 34 años
- c) 35 – 39 años
- d) 40 – 44 años
- e) 45 – 49 años
- f).50 – 54 años
- g).55- 59 años
- h) 60 años y más

2.- ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ USTED?

- a) No estudié
- b) Primaria Incompleta
- c) Primaria Completa
- d) Secundaria
- e) Secundaria Incompleta
- f) Preparatoria o equivalente Incompleta
- g) Preparatoria Completa
- h) Licenciatura Incompleta
- i) Licenciatura terminada

3.- ¿A QUE SE DEDICA USTED?

- a) Ama de Casa
- b) Labores del Campo
- c) Obrera
- d) Comerciante
- e) Empleada.

AHORA LE VAMOS A PREGUNTAR SOBRE ALGUNAS COSAS RELACIONADAS CON LA SALUD. RECUERDE QUE LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

4.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

A los cuantos años tuvo usted su primera relación sexual? _____
 Cuantas veces se ha embarazado? _____
 Cuantos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida? _____

5.- ¿EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS HA TENIDO ALGUN PROBLEMA DE SALUD, YA SEA POR ENFERMEDAD, MOLESTIA O ACCIDENTE?

- a) Si
- b) No

6.- ¿DESDE EL INICIO DE SU VIDA SEXUAL CUANTAS VECES SE HA REALIZADO SU PAPANICOLAOU? _____

15.- ¿USTED REGLA?

- a) Si
- b) No
- c) Regularmente

7.- ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE SE REALIZO EL ÚLTIMO PAPANICOLAOU?

- a) Hace seis meses o menos
- b) De 6 meses a un año
- c) De uno a dos años
- d) Mas de dos años
- e) Nunca → pase a la pregunta 25

BIEN, AHORA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SE BASARAN EN SU ÚLTIMO PAPANICOLAOU QUE USTED SE TOMO.

8.- ¿LE DIERON SU RESULTADO?

- a) Si
- b) No

9.- ¿RECIBIO USTED PERSONALMENTE SU RESULTADO?

- a) Si
- b) No

10.- PARA ENTREGARSELO ¿CUAL FUE EL MEDIO UTILIZADO?

- a) La vocearon.
- b) Le hicieron visita domiciliaria
- c) Usted fue a preguntar a la unidad
- d) Le comento alguna vecina u otra persona.

11.- EL RESULTADO QUE LE DIERON REFERENTE A ESTE PAPANICOLAOU FUE:

- a) Normal
- b) Inicio de Cáncer Cérvico Uterino (Displasia).
- b) Una infección Vaginal.
- d) Cáncer Cérvico Uterino

12.- SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE NORMAL, ¿EL MEDICO LE INDICO A QUE TIEMPO DEBE REALIZARSE NUEVAMENTE SU ESTUDIO?

- a) Si
- b) No

13. - ¿LA ENVIÓ EL MÉDICO A UNA CLINICA ESPECIALIZADA (DISPLASIAS) PARA QUE LA ATENDIERAN?

- a) Si
- b) No

14.- ¿ACUDIÓ A LA ATENCIÓN DE ESTE PROBLEMA DE SALUD?

- a) Si
- b) No, Porque ? → Pase a la pregunta 16

15.- ¿A QUÉ INSTITUCION RECURRIO?

- a) IMSS
- b) SSA
- c) DIF
- d) ISSSTE
- e) Particular
- f) Otros, especifica _____

16.- EN CASO DE NO ACUDIR A LA CLINICA DE DISPLASIAS, CUANDO EL MEDICO LA ENVIÓ, ¿CUAL FUE EL MOTIVO?

- a) MIEDO
- b) NO ES IMPORTANTE
- c) NO TENIA DINERO
- d) NO QUISO MI ESPOSO

17.- ¿PIENSA QUE SU PROBLEMA DE SALUD ES?

- a) Leve
- b) Regular
- c) Grave
- d) No es un problema

18.- EN CASO DE QUE USTED YA NO REGLE Y LE DETECTEN INICIO DE CANCER CÉRVICO UTERINO, CREE NECESARIO ACUDIR A RECIBIR ATENCIÓN?

- a) Si
- b) No

19.- ¿CUANDO ASISTIÓ A LA CONSULTA LA ACOMPAÑÓ? (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA).

- a) Esposo
- b) Hijo (a)
- c) Hermano (a)
- d) Otro _____
- f) Nadie

20.- ¿EN SU CASA SU ESPOSO TOMA TODAS LAS DECISIONES?

- a) Si
- b) No

21.- ¿LA RELACIÓN CON SU CONYUGE INTERFIERE CON EL HECHO DE ACUDIR A RECIBIR ATENCIÓN?

- a) Si
- b) No

DATOS DE SU VIVIENDA (SOCIO ECONÓMICO)

22.- ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA INCLUYÉNDOSE USTED? _____

23.- ¿CUÁNTAS PERSONAS APORTAN DINERO PARA EL GASTO FAMILIAR? _____

24.- ¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL PISO DE SU CASA?

- a) Tierra
- b) Cemento
- c) Mosaico, madera

25.- ¿CUÁNTOS CUARTOS USAN PARA DORMIR? _____

26.- ¿EN TOTAL, CUÁNTOS CUARTOS TIENE SU VIVIENDA SIN CONTAR PASILLOS, BAÑOS Y COCINA?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 o más.

27.- ¿SU CASA DISPONE DE AGUA POTABLE?

- a) Si
- b) No

28.- ¿SU CASA TIENE DRENAJE?

- a) Si
- b) No

29.- ¿SU CASA CUENTA CON? (marque todas las que tenga)

- a) Televisión
- b) Videocasetera
- c) Refrigerador
- d) Estufa de gas
- e) Calentador
- f) Moto, automóvil o camioneta

CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS PARA LA ACCESIBILIDAD A LAS UNIDADES MÉDICAS

30.- ¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZÒ PARA LLEGAR AL LUGAR DONDE LA ATENDIERON? (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA)

- a) Caminando
- b) Bicicleta/Motocicleta
- c) Auto particular
- d) Taxi
- e) Transporte colectivo
- f) Ambulancia
- g) Otros, especifique: _____

31.- ¿CUÁNTO PAGARON POR LLEGAR HASTA ESE LUGAR? _____

32.- ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTO TIEMPO TARDO EN LLEGAR AL LUGAR DONDE LA ATENDIERON?

- a) Horas _____
- b) Minutos _____

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

33.- ¿APROXIMADAMENTE CUÁNTOS TIEMPO TUVO QUE ESPERAR PARA QUE LA ATENDIERAN?

- a) Horas _____
- b) Minutos _____

34.- EN LA CLINICA DE DISPLASIAS LE COBRARON POR LA ATENCIÓN?

- a) Si
- b) No

35.- SI CONTESTÒ "SI" EN LA ANTERIOR ¿CUANTO LES COBRARÓN POR LA ATENCIÓN? _____

36.- ¿DURANTE LA CONSULTA LE RECETARON MEDICINAS PARA COMPRAR EN LA FARMACIA?

- a) Si
- b) No

37.- SI CONTESTO SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR ¿CUÁNTO PAGO POR LAS MEDICINAS? _____

38.- ¿APARTE DE LO ANTERIOR TUVO OTROS GASTOS?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

39.- ¿QUEDO USTED SATISFECHA CON LA ATENCIÓN PROPORCIONADA?

- a) Muy satisfecha
- b) Poco insatisfecha
- c) Insatisfecha.

40.- ¿REGRESARA USTED NUEVAMENTE A LA CLINICA?

- a) Si
- b) No

41.- SI SU RESPUESTA ES NO, ¿PORQUÉ NO REGRESARÍA? (PUEDE SUBRAYAR MÁS DE UNA)

- a) Me trataron mal
- b) No estuve de acuerdo con el diagnóstico
- c) No me atendieron bien
- d) Es caro el servicio
- e) Estaba cerrado comúnmente
- f) Me refirieron a otro lado
- g) Estaba lejos
- h) Me hicieron esperar mucho
- i) No había medicamentos o materiales
- j) El servicio es ineficiente
- k) Mi esposo no quiere que regrese
- l) No me citaron nuevamente

CARACTERISTICAS DEL PERSONAL DE ATENCION EN LA CLINICA DE COLPOSCOPIA

42.- ¿ACTUALMENTE LA HAN VISITADO EN SU DOMICILIO PARA SABER SOBRE LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO?

- a) Si
- b) No

43.- SI SU RESPUESTA FUE SI QUIEN HA ACUDIDO A VISITARLA:

- a) Enfermera
- b) Medico
- c) Otra persona especifique _____

CARACTERISTICAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

44.- ¿LA HAN MALTRATADO ALGUNA VEZ, PSICOLOGICAMENTE (GRITOS) O FISICAMENTE (GOLPES)?

- a) Si
- b) No

45.- SI SU RESPUESTA ES SI, ¿DE QUIEN HA RECIBIDO EL MALTRATO?

- a) Esposo
- b) Hijos
- c) Padres
- d) Persona extraña a tu familia.

46- GENERALMENTE SU ESTADO DE ESTADO DE ANIMO ES:

- a) Alegre
- b) Triste
- c) Indiferente

47.- ¿PIENSA USTED QUE SU PAPEL DE ESPOSA Y MADRE ES IMPORTANTE DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR?

- a) Si
- b) No

48.- PIENSA USTED QUE EL TENER CANCER ES CUESTIÓN DE:

- a) Suerte
- b) Casualidad
- c) Magia
- d) Contagio

49.-EN QUE LUGAR PONDRIA USTED SU SALUD:

- a) Alimentación _____
- b) Vestido _____
- c) Salud _____
- d) Diversiones _____
- e) Familia _____
- f) Esposo _____
- g) Hijos _____
- h) Trabajo _____

ESTA SECCIÓN SE REFIERE AL MALTRATO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. POR FAVOR MARCA SI TE HAN MALTRATADO Y QUIEN.

MARCA A LA PERSONA QUE COMUNMENTE TE HA MALTRATADO Y LA FRECUENCIA CON LA QUE TE MALTRATAN O SI NUNCA NADIE TE HA HECHO LAS COSAS QUE MENCIONAN.

TIPOS DE AGRESIÓN

1).- ¿LE HAN INSULTADO VERBALMENTE?

- a) Pocas veces
- b) Regularmente
- c) Muchas veces
- d) Nunca

2).- ¿LE HAN DADO MANAZOS O NALGADAS?

- a) Pocas veces
- b) Regularmente
- c) Muchas veces
- d) Nunca

3).- ¿LE HAN BOFETEADO?

- a) Pocas veces
- b) Regularmente
- c) Muchas veces
- d) Nunca

4).- ¿LE HAN PATEADO, MORDIDO O GOLPEADO CON EL PUÑO?

- a) Pocas veces
- b) Regularmente
- c) Muchas veces
- d) Nunca

5).- ¿LE HAN GOLPEADO CON UN OBJETO?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

6).- ¿LE HAN DADO UNA GOLPIZA?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

7).- ¿LE HAN LASTIMADO TANTO QUE NECESITAS ATENCIÓN MÉDICA?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

8).- ¿LE HAN LASTIMADO TANTO QUE SALIO DE SU CASA?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

9).- ¿LE HAN TRATADO DE ESTRANGULAR?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

10).- ¿LE HAN QUEMADO?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

11).- ¿LE HAN AMENAZADO CON UN CUCHILLO, PISTOLA O RIFLE?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

12).- ¿HAN INTENTADO VIOLARLA?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

13).- ¿LE HAN VIOLADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA?

- a) Pocas veces b) Regularmente c) Muchas veces d) Nunca

MARCA EL QUE ESTÉ MAS DE ACUERDO A TU FORMA DE PENSAR

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1) Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Me aburre el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Me choca mi manera de ser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Soy muy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Casi todos mis amistades me escogen para conversar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Muchas veces me gustaría ser otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Soy simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Odio como soy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Le caigo bien a la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Me siento muy segura de mi misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Me disgusta el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Quedo mal cuando me encargan algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Las guerras dependen de los Gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) El que yo llegue a tener éxito depende de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Mis logros dependen de mi esfuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) El que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Los problemas mundiales están en manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) No puedo influir en la solución de problemas de vivienda, ya que depende del Gobierno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) El que yo contraiga Cáncer es una cuestión de suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Es que yo tenga buena salud en mi vejez es cuestión de suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) El que yo me Cáncer de matriz es cuestión de suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MARCA LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA FORMA EN QUE TE SIENTES

	Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces
1) ¿Te sientes triste o afligido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) ¿Lloras o tienes ganas de llorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) ¿Duermes mal de noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) ¿En la mañana te sientes peor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) ¿Te cuesta trabajo concentrarte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) ¿Te ha disminuido el apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) ¿Te sientes obsesivo o repetitivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) ¿Consideras que tu rendimiento en el hogar es menor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) ¿Sientes palpitaciones o presión en el pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) ¿Te sientes nerviosa, angustiada o ansiosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) ¿Te sientes cansada o decaída?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) ¿Te sientes pesimista, qué sientas que las cosas te van a salir mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) ¿Te duele con frecuencia la cabeza o nuca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) ¿Últimamente estás más irritable o enojada que antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) ¿Te sientes insegura, con falta de confianza en ti mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) ¿Te sientes que le eres poco útil a tu familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) ¿Sientes miedo de algunas cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) ¿Has tenido deseos de morirte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) ¿Sientes flojera o pereza de hacer tareas o quehaceres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>