

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

100

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

LA PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA EN EL IMPACTO QUE TIENE LA
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO DE LA COMUNIDAD DE
CUIZTITAN, MUNICIPIO DE SALVADOR ESCALANTE,
MICHOACÁN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

ROBERTO MORA DUARTE



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. EVA REYES GÓMEZ
Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



201607



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios que siempre me acompaña, guía y orienta agraciándome con la alegría de la vida.

A mi madre Flavia (+) por darme la vida, porque me enseñaste el trabajo, el estudio, la honradez y hacerme saber que todo se logra a base de sacrificios y dedicación para ser alguien en la vida.

A "Chepe" por darme la herencia de la simpatía, la riqueza del amor rebosante de cariño y alegría.

A mis hermanos: Margarita, Carolina, Martha, Sergio, Irma, Hilda, Luis y Mario por sus palabras oportunas, sus sonrisas de aliento y pensamientos edificantes de amor y éxito.

A mi Mtra. Eva Reyes G., la amiga que siempre me ha apoyado en los momentos más difíciles de mi vida universitaria, compartiendo penas, alegrías y sueños; inculcándome su actitud animadora, el verdadero significado de la profesión y el camino al éxito con pasos decididos para hacer realidad mis sueños.

A Efrén la mano amiga por su apoyo moral, tiempo y dedicación que desde siempre recibí, en los momentos de tristeza y desesperación que me alentaron para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, por forjarme como profesional de la Salud.

A la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de la Secretaría de Salud de Pátzcuaro Michoacán por el apoyo recibido.

Mi más sincero agradecimiento a la familia Sánchez Mora, Solano Mora, Espinoza Peredo, Lupita Villarroel, Sra. Dominga Órnelas, Gloria García, Laura Vargas, Gabriel y Ramón por que en su momento me brindaron su valioso apoyo desinteresadamente.

A cada uno de mis Maestros por brindarme sus conocimientos científicos y enseñarme a buscarlos para aplicarlos en el terreno laboral de mi profesión.

A cada uno de mis mejores amigos por su cariño, comprensión, apoyo constante y el más puro de los sentimientos que es la amistad con gratitud y respeto, gracias.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
<u>I.- FUNFAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	4
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA	5
1.5 OBJETIVOS	6
1.5.1 General	6
1.5.2 Específicos	6
<u>II.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL</u>	8
2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	9
2.1.1 Concepto de Educación	9
2.1.2 Concepto de aprendizaje	9
2.1.3 Concepto de Educación para la Salud	11
2.1.4 Bases Conceptuales de la educación para la salud	11
2.1.5 Importancia de la educación para la salud	12
2.1.6 Bases teóricas de la educación para la salud	12
2.1.7 Rol de la educación para la salud	13
2.1.8 Formas de educación para la salud	14
2.1.9 Influencia de la cultura en la educación para la salud	14
2.1.10 Educación para la salud en México	16
2.2 CÁNCER CERVICOUTERINO	17
2.2.1 Epidemiología del cáncer cervicouterino	17
2.2.2 Etiología	18
2.2.3 Anatomía y Fisiología del útero(cérvix)	23
2.2.4 Cáncer del cuello uterino	29
2.2.5 Metástasis	35
2.2.6 Tratamiento	36
2.3 PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD PUBLICA, ASISTANCIAL, DOCENTE, ADMINISTRATIVO Y DE INVESTIGACIÓN	38
2.3.1 Breve recorrido histórico	39

2.3.2 Vinculaciones orgánicas de enfermería con la sociedad	40
2.3.3 Perfil profesional del egresado de la Licenciatura en Enfermería	43
2.3.4 Revaloración de la profesión de Enfermería	46
2.3.5 Ideología de la profesión	46
III <u>MARCO TEORICO DE REFERENCIA</u>	48
3.1 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD DE CUITZITÁN	49
3.1.1 Localización	49
3.1.2 Perfil histórico	49
3.1.3 Población	49
3.1.4 Educación	49
3.1.5 servicios de Salud	50
3.1.6 Vivienda	50
3.1.7 Hidrografía	50
3.1.8 Clima	50
3.1.9 Orografía	50
3.1.10 Suelo	50
3.1.11 Transporte	50
3.1.12 Actividades económicas	51
3.1.13 Agricultura	51
3.1.14 Flora y fauna	51
3.1.15 Fiestas populares	51
3.1.16 Alimentos típicos	51
3.1.17 Trajes típicos	51
IV <u>ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	52
4.1 VARIABLES E INDICADORES	53
4.1.1 Variable independiente	53
4.1.2 variable dependiente	53
4.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	54
4.2.1 Tipo	54
4.3 METODOLOGÍA	54
4.3.1 criterios de inclusión, exclusión e eliminación	55
4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	55
4.4.1 Fichas de trabajo.	55
4.4.2 Observación	55
4.4.3 Entrevista	56
4.4.4 Cuestionario	56

4.5 UNIVERSO Y POBLACIÓN	56
4.6 LIMITES	56
4.7 RECURSOS HUMANOS	57
4.8 RECURSOS FISICOS	57
4.9 RECURSOS	57
4.10 RECURSOS ECONOMICOS	57
<u>V RESULTADOS DE LA INVESTIGACION</u>	58
5.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	97
CONCLUSIONES	108
GLOSARIO	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	118

INDICE DE CUADROS CUADROS DEL PRIMER CUESTIONARIO

Cuadro 1- Edad de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad Cuitzitan, Municipio de Salvador Escalante Michoacan	59
Cuadro 2 Estado civil de las mujeres con vida sexual activa	60
Cuadro 3 Número de hijos.	61
Cuadro 4 Actividad ocupacional	62
Cuadro 5 Religión que practican	63
Cuadro 6 Grado de estudios	64
Cuadro 7 Edad en que contrajeron matrimonio	65
Cuadro 8 Ingreso económico	66
Cuadro 9 Conocimientos en la prevención de cáncer cervico uterino	67
Cuadro 10 Conocimiento sobre la prevención del cáncer cervico uterino	68
Cuadro 11 Conocimiento sobre el método existente para la detección oportuna de cáncer cervico uterino	69
Cuadro 12 Mujeres que se han realizado el Papanicolau	70
Cuadro 13 Conocimientos sobre como se realiza la prueba del Papanicolau	71
Cuadro 14 Causas por las cuales no se han realizado el tamizaje del Papanicolau	72
Cuadro 15 Conocimientos acerca del concepto de la educación para la Salud	73
Cuadro 16 Personal de la salud que proporciona educación para la salud	74
Cuadro 17 Acceso a los servicios de salud como derechohabientes	75
Cuadro 18 Servicios de salud a los que acuden	76
Cuadro 19 Influencia de la religión	77
Cuadro 20 Influencia de las costumbres y los valores morales	78
Cuadro 21 Higiene personal	79
Cuadro 22 Infecciones vaginales	80
Cuadro 23 Características de las secreciones vaginales	81
Cuadro 24 Técnica de la higiene del área genital	82
Cuadro 25 Consumo de verduras	83
Cuadro 26 Verduras que más consumen	84
Cuadro 27 Verduras que menos consumen	85
Cuadro 28 Frutas que más consumen	86
Cuadro 29 Frutas que menos consumen	87
Cuadro 30 Interés por saber más del cáncer cervico uterino	88
Cuadro 31 Interés que tienen en prevenir el cáncer cervico uterino	89

CUADROS DEL SEGUNDO CUESTIONARIO

Cuadro 1	Conocimientos que adquieren acerca de la prevención del cáncer cervicouterino	90
Cuadro 2	Conocimientos que adquirieron sobre el concepto del cáncer cervicouterino	91
Cuadro 3	Conocimientos que adquirieron sobre el método para prevenir el cáncer cérvicouterino	92
Cuadro 4	Conocimientos que adquirieron sobre como se realiza la técnica de la prueba del Papanicolau	93
Cuadro 5	Conocimientos que adquirieron sobre el concepto de la educación para la salud	94
Cuadro 6	Personal de salud que proporciona educación para la salud	95
Cuadro 7	Aceptación para realizarse el tamizaje del Papanicolau	96

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación se ha estructurado con el objeto de conocer el impacto que tiene la educación para la salud en la prevención del cáncer cervicouterino en las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

Este tema es de suma importancia porque en el medio rural se desconoce aun la información que existe para prevenir el cáncer del cuello de la matriz mediante la tecnología necesaria para su detección oportuna ya que su aplicación ha sido poco exitosa en donde no se ha informado a la población como se debiera; las actividades del tamizaje se dirigen a grupos que tienen acceso a los servicios de salud más cercanos o a numerosas mujeres con un riesgo muy bajo de padecerlo y por lo tanto no tienen el impacto esperado.

Por ello, como profesional de enfermería tenemos un campo de trabajo en las áreas rurales enfocadas a la educación para la salud y darles a los programas encaminados a la prevención, una dirección mas adecuadas en donde se educa de una manera clara dando a conocer con demostraciones y recursos didácticos que llamen la atención, de manera que confien en quien aporta la información para superar las barreras y mitos con las que cuenta la población y que limitan el acceso a los programas de detección oportuna, además la demanda depende de muchos factores que en algunos casos propician y en otros obstaculizan la aplicación de la prueba como es el pánico en la prevención del cáncer cervicouterino.

Para realizar el análisis integral ha sido necesario estructurar el trabajo de investigación con los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se describe la fundamentación del tema de investigación que abarca la descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la investigación ubicación del tema en estudio y los objetivos que engloban al general y a los específicos.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico conceptual que incluye la educación para la salud, concepto de educación, concepto de aprendizaje, concepto de educación para la salud, bases conceptuales de la educación para la salud, importancia de la educación para la salud, bases teóricas de la educación para la salud, rol de la educación para la salud, formas de educación para la salud, influencia de la cultura en la educación para la salud y la educación para la salud en México; así mismo la epidemiología del cáncer cervicouterino, su etiología, la anatomía y fisiología del útero, el concepto del cáncer cervicouterino, la metástasis, su tratamiento tanto preventivo como de internación, medidas generales y quirúrgicas. Posteriormente se da a conocer el papel de los profesionales de enfermería en el campo de la salud pública, asistencial, docente, administración y de investigación, un breve recorrido histórico, sus vinculaciones orgánicas de la enfermería y los modelos de servicio profesional, el perfil del egresado de la Licenciatura en Enfermería de la E.N.E.O.- UNAM., la revaloración de la profesión; así como la ideología de la profesión. El apartado del marco teórico-

de referencia tenemos los antecedentes de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán, así como el capítulo IV donde se menciona la estructura de la investigación encontrándose las variables con sus respectivos indicadores, el tipo y diseño de la investigación, su metodología, las técnicas e instrumentos realizados, la instrumentación estadística, universo y población, sus límites, recursos humanos, físicos, materiales, económicos; y para el capítulo V tenemos los resultados de la investigación con sus respectivos cuadros, el análisis e interpretación de los mismos; y finalmente las conclusiones, el glosario de términos, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

En la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, perteneciente al módulo II de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de Pátzcuaro Michoacán; habitan mujeres en edad reproductiva y que se casan a edades muy tempranas, teniendo una vida sexual activa muy jóvenes.

Sin embargo se ha podido observar que al interrogatorio sobre el cáncer del cuello uterino de la matriz no cuentan con esa información. En algunas ocasiones tienen escasa idea de que será, pero en otras simplemente lo ignoran; en cuanto a que métodos existen para la detección oportuna y qué consecuencias puede tener en caso de padecerlo.

Dado que la mayoría no se ha realizado en muchas ocasiones la prueba del papanicolaou; al preguntar directamente sobre si desean practicarse el tamizaje la respuesta es negativa, tal vez porque exista un estrecho desconocimiento de la función de la prueba y diferentes criterios y caracteres en tanto a su cultura, religión, costumbres y actitud; así como a la falta de información. También el factor miedo a que resulte positiva la prueba, o simplemente la falta de tiempo por sus múltiples tareas como amas de casa; aunado a esto, no cuentan con los recursos económicos para trasladarse a un centro de salud más cercano.

Todo ello viene a repercutir directamente en la ignorancia en que se quedan, con la errónea información y las dudas sobre el tema; debido a que los programas no se planean como deberían, impartidas generalmente por personal de salud no profesional en el ámbito rural y de esta manera prevenir enfermedades, por lo que esta se refleja en la falta de educación para la salud y en particular en los programas de detección oportuna.

Cabe mencionar que dicho problema genera otro más serio. En primer lugar porque las posibles consecuencias, traen un aumento constante y acelerado de los costos de atención médica en cuanto a la curación misma en caso de encontrarse un cáncer invasor y en segundo lugar, que la gente del medio rural no cuenta con esos recursos tan elevados como gastos de traslado a los hospitales, dejando avanzar su enfermedad hasta que lamentablemente presentan complicaciones hasta llegar a la muerte.

Por ello es recomendable que existan permanentemente programas de fomento a la educación para la salud de tal manera que la población entienda la importancia de la prevención lo que apoyaría a disminuir los altos costos que esto conlleva.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

¿La falta de información en la prevención del cáncer cervicouterino en las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán, influye en la toma de la prueba del papanicolaou conllevando a presentar elevadas tasas de morbi-mortalidad?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se justifica ampliamente por las siguientes razones:

En primer lugar porque conviene conocer qué tanto se encuentran informadas las mujeres de la población de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante Michoacán, sobre la prevención del cáncer cervicouterino, los factores de riesgo, las causas que lo origina y las complicaciones, además del método existente para la detección oportuna del mismo y qué factores condicionan para no realizarse la prueba del papanicolaou.

En segundo lugar, porque es necesario e indispensable seguir educando a la población, para lograr una buena prevención, en cuanto orientarlas para el autocuidado, cambio de actitud y poco a poco modificar de alguna manera su conducta, todo ello para evitar un posible daño a la salud, además de brindar una información de calidad y calidez, apoyados con los recursos didácticos existentes y con los que les brindan los programas de prevención en la Secretaria de Salud de Pátzcuaro Michoacán, con el fin de conocer la importancia que tiene la prueba para el bienestar de ellas.

Finalmente se considera que este es un tema de gran importancia, ya que facilita el desarrollo de las actividades enfocadas al área rural y mejorar la calidad y el liderazgo que el profesional de enfermería requiere en este campo, haciendo énfasis en el fomento a la salud del primer nivel de atención, manteniendo siempre una actitud de preocupación e interés para apoyar el bienestar de la población particularmente de un ser humano como es la mujer; y de alguna manera ganando terreno en esta área preventiva, que se encuentra descuidada.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.

El tema que se estudia en el área de la salud con aspectos epidemiológicos de la presente investigación se ubica en las siguientes disciplinas: Pedagogía, Psicología, Didáctica, Cultura y la misma Enfermería.

Se ubica en Pedagogía porque enfermería es el ámbito de enseñanza que requiere de esta disciplina al educar a su grupo de trabajo satisfactoriamente relacionado a la salud.

En cuanto a Psicología porque tiene relación directamente con el nivel cognoscitivo de la persona como individuo y parte integrante de una sociedad; apoyándonos para lograr u orientar la conducta del ser humano.

En forma específica esta investigación se ubica también en el terreno de la Didáctica porque se encamina a las actividades educativas, a los recursos didácticos para llevar acabo; una platica a manera de ser entendibles para la orientación de la población en la prevención y fomento de la salud.

De esta manera se encuentra inmersa en la Cultura porque la comunidad está llena de creencias, valores y patrones de conducta comunes y que son transmitidas de generación en generación.

Finalmente esta investigación se ubica también en el campo de la Enfermería, porque la profesión es la base que sustenta este trabajo realizando una serie de actividades educativas, encaminadas a la orientación de la comunidad, la convivencia directa para la prevención del cáncer cervicouterino; es donde el profesional de enfermería con el conocimiento básico en el área, contrae el verdadero compromiso formal de educar para la salud.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 General.

Proporcionar educación para la salud a las mujeres con vida sexual activa de Cuitzítan, Municipio de Salvador Escalante Michoacán, sobre la importancia que tiene la prevención del cáncer cervicouterino y el método para la detección temprana a través del estudio del papanicolaou y con esto evitar las elevadas tasas de morbi-mortalidad.

1.5.2. Específicos.

- Conocer qué tan informada se encuentra la comunidad en relación con la prevención del cáncer cervicouterino y que métodos conocen.
- Identificar los factores que influyen en la decisión para la realización del papanicolaou.
- Conocer cuantas mujeres con vida sexual activa se han realizado el papanicolaou.
- Reforzar la información errónea con la que cuenta la comunidad sobre la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino.
- Motivar al grupo en riesgo mediante previa información, para la toma de citología vaginal (papanicolaou)
- Dar a conocer los factores de riesgo que predisponen para un cáncer cervicouterino.
- Educar a las mujeres sobre los nutrimentos que aportan elementos anticancerígenos.
- Con base a la educación para la salud y previo conocimiento que adquieran sobre la realización del papanicolaou a través de recursos didácticos, practicar las citologías vaginales a las que lo requieran.
- Capacitar a líderes de la comunidad auxiliares de salud para difundir la importancia que tiene el cáncer cervicouterino en cuanto a la prevención.
- Programar visitas domiciliarias, para dar a conocer la importancia del papanicolaou.

- ✓ Respetar la integridad de la paciente y tomar en cuenta sus decisiones para la realización del papanicolaou.
- ✓ Analizar como influye la familia, la cultura, vecinos, medios de comunicación en la prevención del cáncer cervicouterino y la realización del papanicolaou.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Tomando en cuenta que el tema a investigar es: la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el impacto que tiene la educación para la salud en la prevención del cáncer cervicouterino, es importante primero tratar de definir o conceptualizar en primer término a la educación, para poder después entender lo que es educación para la salud.

2.1.1 Concepto de Educación.

Etimológicamente la palabra educación procede del latín "*educare*" que significa crear, nutrir o alimentar y de *exudocere* que equivale a sacar, llevar o conducir desde dentro hacia fuera (Nassif, 1974:226).

Por tanto la "*educación*" es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamiento que acepte su grupo social. (Alvarez, 1995:3).

- **Fines y objetivos de la educación**

Los objetivos de la educación incluyen aspectos de instrucción elemental, de salud, de economía, de civismo, de cultura general, de formación estética, etc., mientras que los fines de la educación se expresan en tres sentidos: (Alvarez, 1995:5)

Sentido Individual: Proporciona adecuada atención a cada individuo, favoreciendo el pleno desenvolvimiento de su personalidad e inculcar sentimientos de grupo.

Sentido Social: Prepara a las nuevas generaciones para recibir, conservar y enriquecer la herencia culturales del grupo.

Sentido Trascendente: Orienta al individuo hacia la aprehensión del sentido estético y poético de las cosas de los fenómenos y de los hombres. (Alvarez, 1995:6). Por ello el propósito central de cualquier programa de adecuación es el promover el aprendizaje y por ende la educación implica de alguna manera el aprendizaje.

2.1.2 Concepto de Aprendizaje

Consiste en disponer y aplicar los elementos para vencer los obstáculos que impiden alcanzar un objetivo determinado. (Alvarez, 1995:19) así el aprendizaje es algo que tiene lugar en la cabeza de un individuo; en su cerebro.

La Didáctica es un conjunto de técnicas destinadas a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor eficiencia. La didáctica no se preocupa tanto por el "contenido" de la enseñanza si no más bien por la manera en que se debe enseñar. (Alvarez, 1995:17).

Enseñanza-Aprendizaje.

Los elementos que interactúan para que haya un proceso de enseñanza aprendizaje son los alumnos que es la persona a quien pretende enseñar, el maestro, los objetivos de la enseñanza, materia motivo de enseñanza y técnicas o métodos de la enseñanza. El proceso de enseñanza aprendizaje se da porque la enseñanza es la acción de guiar y estimular al alumno, es la función del maestro y por otro lado el aprendizaje le compete al alumno. (Álvarez, 1995:18).

La enseñanza no debe entenderse solamente como el hecho de dar a conocer al alumno tal o cual materia; es más bien la acción de dirigirlos, orientarlos y estimularlos para que reacciones de manera voluntaria y realicen el proceso de aprendizaje y adquieran así por su propio esfuerzo los conocimientos, aptitudes y actitudes, que le permitan alcanzar el objetivo deseado y ocupar un lugar útil y cooperativo en el grupo social al cual pertenecen.

En la relación al aprendizaje es por tanto un proceso activo responsabilidad del alumno y solo se aprende cuando se aplican los conocimientos recibidos, se adquiere una aptitud por la práctica y se modifica en la conducta anterior haciéndolo útil para sí mismo y para la comunidad; recibiendo impresiones a través de los sentidos que son los canales para el aprendizaje, siendo la escala de los sentidos en el siguiente orden: en primer término la vista, en segundo el oído, el tercero el tacto, el cuarto el olfato y por último el gusto. Mientras más sentidos se utilicen en este proceso de enseñanza-aprendizaje mejor se obtendrán los resultados, si se toman en cuenta que el educador debe procurar cumplir con determinados requisitos, en cuanto a su preparación, su voz y lenguaje así como su presentación personal y su actitud frente a quienes lo escuchan.

Sin embargo, quien habla no adopta una actitud sencilla, cordial o amistosa o no envía gestos, expresiones faciales "tics" que distraen al auditorio, mucho de que se diga, se perderá. Si un maestro adopta una actitud arrogante de gran superioridad o de poco interés para quienes lo escuchan, obtendrá menores resultados que el que se presenta con una actitud de compañerismo y de amistad, al igual que las personas tímidas que acusan una gran nerviosidad o demuestran dudas o inseguridad, se conseguirá buenos resultados. Por el contrario, si se viste sencillamente pero decentemente y con pulcritud, tendrá mayor impacto en quienes lo escuchan; la postura tiene relación con la actitud. Permanecer con las manos en los bolsillos recargado sobre la mesa va a restar seriedad e importancia a lo que se dice.

La voz del expositor debe ser clara procurando articular correctamente las palabras, con la entonación requerida y la intensidad adecuada al sitio donde se habla; la dicción no debe de ser ni muy lenta ni demasiado rápida, procurando que todos escuchen sin dificultad de lo que se dice.

El expositor ha de usar un lenguaje comprensible adoptándolo al nivel intelectual y cultural del grupo, sin llegar al extremo de emplear caló o jerga; y si son necesarios los términos técnicos deben de explicarse, además de que el comunicador

debe de hablar al grupo como lo haría en una conversación con un amigo; esto es dirigiéndole la vista, así da oportunidad al auditorio de participar, solicitar aclaraciones, manifestar sus dudas o aun discutir lo expuesto siempre dentro de un espíritu de cordialidad y de mutuo respeto, recordando que lo principal de su actuación es motivar al auditorio y comunicar ideas sin buscar su lucimiento personal, y que de la preparación cuidadosa de su exposición ya que de ella depende el éxito de la presentación para educar.

Para el lugar donde se hará una reunión ya sea cerrada o al aire libre, se debe de tomar en cuenta que para el lugar cerrado se elegirá un local bien ventilado con ventanas y puertas abiertas, pero sin el riesgo de ruidos molestos que distraigan la atención del auditorio; la visibilidad es importante, de modo que todos puedan observar con claridad los recursos didácticos que se les presenten y tener oportunidad, en caso de que se requiera realizar algunas notas. Para el caso al aire libre, buscar de preferencia que sea debajo de un árbol sin que tenga riesgo lo que rodea a las personas; se debe de acomodar a las personas de tal forma que todos puedan observar ya sea que se utilice la estrategia en forma de mesa redonda y que estén cómodos en el suelo o sentados pero nunca de pie. Conviene insistir en que el orden y la actitud del grupo dependen en gran parte del comunicador, el entusiasmo y el interés que demuestre y su convicción de lo que afirma, son medidas de que contribuyan al orden y buen desarrollo de las sesiones, motivando al grupo y despertando su deseo de aprender.

2.1.3 Concepto de Educación para la Salud.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud define a la educación para la salud como "El conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ello. (Vega, 1995:89)

2.1.4 Bases conceptuales de la educación para la salud.

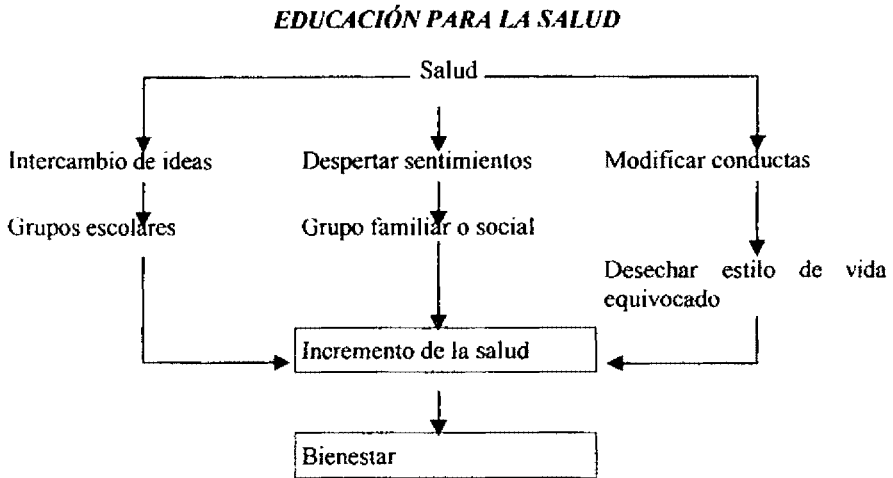
La educación par la salud es una rama especializada de la salud pública y como tal tiene un cuerpo de conocimientos y técnicas que conjugan tanto o a las ciencias de la salud como a las ciencias sociales (Vega, 1995:91).

El educador en salud debe de manejar conceptos relacionados con la conducta humana, las característica sociales, culturales y económicas de la población, las motivaciones y las barreras hacia los cambios de conducta, asi mismo, debe tener un sólido conocimiento de la epidemiología, de las enfermedades infecciosas, de las crónicas y de la patología social. (Vega, 1995:92).

Por tanto, el educador asesora acerca de las características sociales y culturales de la comunidad, localiza grupos organizados y ésta en capacidad de planear las actividades a promover la mejor concepción y utilización de los programas de salud por parte de la población, el educador para la salud se apoya en información específica, el estudio de la comunidad y en la formulación de un diagnóstico de las necesidades educativas. (Vega, 1995:92)

2.1.5 Importancia de la Educación para la Salud.

La educación para la salud es fundamental para producir salud personal y de la comunidad, origina bienestar individual y la mayor posibilidad de desarrollo a cada habitante; para aprender esta disciplina se requiere ser activo, ver actuar a otros y ejecutar acciones personales para promover la salud (Vega,1993:21).



2.1.6 Bases Teóricas de la Educación para la Salud

Cuatro bloques sólidos forman las bases teóricas, estas son:

- Las ciencias de la salud.
- Las ciencias de la conducta (comportamiento).
- Las ciencias de la educación.
- Las ciencias de la comunicación. (Rochón, 1992:7).

➤ *Las ciencias de la salud*

La salud reúne una concepción holística o global del bienestar físico, mental, espiritual y social de la persona. La conducta que nos permite mejorar la salud son tres; la primera se refiere a la promoción de la salud que pretende aumentar los determinantes de la salud como el modo de la vida y un entorno saludable; la segunda se refiere a la prevención, pretende detener las causas de los problemas de la salud y por último el tratamiento que pretende recobrar la salud; teniendo como objetivo la mejora de la salud (Rochón, 1992:7).

➤ *Las ciencias del comportamiento.*

Nos ayuda a buscar el "porqué de las conductas" ahora bien la Psicología estudia el comportamiento individual, mientras que la Sociología analiza el comportamiento en grupos de las personas según el rol que deben de desempeñar ya sea la familia o grupo al cual pertenezcan. Por otro lado la Antropología pone el acento en el modo de vida, la cultura o la subcultura de los individuos lo que nos permiten aproximarnos a la manera en que se modifican las conductas (Rochón, 1992:8).

➤ *Las ciencias de la educación.*

En educación para la salud la andragogía (para los adultos) y la pedagogía para los niños tiene un lugar escogido, datos teóricos y prácticos en la educación de los adultos nos dan una base teórica para comprender y estudiar el aprendizaje y nos familiariza con los distintos métodos educativos y facilita el aprendizaje de las conductas y hacen de la andragogía una ciencia de la educación de los adultos (Rochón, 1992:8)

➤ *Las ciencias de la comunicación*

El proceso de la educación es esencial, sus variables importantes de las fuentes, las distintas formas del mensaje, los distintos artefactos, ruidos del medio y las distintas formas de recibir el mensaje, son herramientas de análisis y de intervención útiles cuando se utiliza cualquier método de aprendizaje. Por tanto las ciencias de la comunicación nos permiten comprender cómo se comunican las personas (Rochón, 1992:8)

2.1.7 Rol de la educación para la salud.

El objeto básico de la educación para la salud es mejorar la salud. Sus sectores que se sugieren que pueden mejorarlas son: La promoción de la salud, la prevención de los problemas de la salud y el tratamiento de los problemas de salud; por su parte el rol de la misma educación para la salud se sitúa en cada uno de estos sectores (Rochón, 1992:8)

-Determinantes de la conducta.

Los determinantes de la conducta corresponden a los distintos factores del entorno y personales, que influyen la conducta de todo individuo así como de sus fases de aprendizaje como son:

Los factores personales: Los que pueden influenciar una conducta y que son inherentes al individuo. Estos factores llevan la intención de realizar un comportamiento y que permiten saber y querer (Rochón, 1992:9)

Los factores ambientales: Son todos aquellos que pueden modificar una conducta; que es externo al individuo; permiten realizar un comportamiento una vez que

se ha decidido realizarlo y que permiten continuar realizando un comportamiento o modificarlo y que posibilitan poder (Rochón, 1992:10)

-Fases de aprendizaje de la conducta

Estos corresponden a las distintas fases que todo individuo experimenta cuando se incorpora a una nueva conducta como está al corriente de la existencia de una conducta, está interesado en saber y sentir la necesidad de tomar una decisión al respecto; tomar una decisión de ensayar el comportamiento correspondiente a esta decisión adaptarla y luego interiorizar el cambio corresponde a una modificación en la forma de realizar una conducta (modificar) a un cambio de conducta (sustitución) a la cesación de una conducta (cesación) o a volver a practicar una conducta (Rochón, 1992:10 y 11)

2.1.8 Formas de Educación para la Salud.

Educación sanitaria informal.- la recibida desde el nacimiento en la familia por vía de la tradición en la calle y en sociedad en que se vive, en ella se incluyen mitos, técnicas sanitarias, prejuicios, miedos, prácticas, habilidades y actitudes.

Educación sanitaria formal.- Aquella que proviene del sistema sanitario, laboral, escolar, etc. sigue una programación con objetivos concretos y con una metodología más o menos simple o sofisticada. Por estas dos vías, se va conformando en el individuo la cultura de la salud; esta cultura incluye su propia concepción de la salud, la vida, la muerte, minusvalías y no solo de conocimientos de practicas sanitarias. (Anton, 1989:67-68)

Por tanto la educación para la salud anteriormente denominada educación higiénica y también designada como educación sanitaria, tiene entonces como finalidad ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud, mediante su comportamiento y esfuerzo; comprendiendo los procesos de educación que se establecen de manera formal y los de carácter informar.

Las actividades de educación para la salud deben sustentarse por lo tanto en una realidad concreta de cada comunidad, de cada grupo, de cada familia y por consiguiente de cada individuo y concientizar a la población sobre el porqué de alguna situación relacionada en su salud y a la vez establecer acciones para mejorar o para cambiar dicha situación; pero el problema no se resolvería solo con actividades de educación para la salud, si no que compete también a la economía, educación general y sobre todo el interés de la comunidad rural y en la forma de cómo se va a plantear la educación para la salud.

2.1.9 Influencia de la Cultura en la Educación para la Salud.

Si bien es cierto que la educación formal le compete una serie de responsabilidades en la transmisión de conocimientos y formación de conductas adecuadas en relación con la promoción, protección y restauración de la salud para -

conservarse sanos en la vida diaria, ésta no es la única que influye en la actitud, hábitos y costumbres de las personas en relación con la salud, también la acción de la familia los grupos primarios y secundarios y desde luego las condiciones económicas y del medio físico; como es la cultura que contribuye de forma muy importante en la determinación de las creencias y conductas de los individuos con relación a su misma salud.

La cultura de cada cual es una forma de pensar, de sentir, de creer, dando como resultado un conjunto de conocimientos del grupo almacenado para uso futuro, mientras que la tolerancia es de las formas de conducta que pudieran considerarse atípicas de las amplias variaciones y en diversas sociedades, por lo tanto en la cultura en la cual pertenecemos se asignan límites más o menos precisos para calificar las conductas socialmente aceptadas y clasificar aquellas que trascienden dichos límites, como desviaciones, desordenes mentales entre otros, tales límites varían siendo más rígidos o más permisibles de acuerdo con las premisas de tipo cultural.

El ambiente de tipo cultural tiene un reflejo en la conducta de la población respecto a sus conceptos y sobre los problemas de enfermedad que a él aqueja; el proceso de educar a la población no es sencillo ya que los conceptos sobre salud y enfermedad que la población tiene pueden consistir tanto en ideas erróneas como en conocimientos apropiados. Es indispensable conocer el contenido de la vasija con el objeto de proporcionar a la población la adecuada cantidad y calidad de conocimientos sobre la educación para la salud y sobre la medicina moderna, sin crear confusión en tales conceptos, sobre todo porque la población es muy supersticiosa y tienen muchas creencias que son incongruentes con los conocimientos actuales de la medicina preventiva como curativa; las actitudes, hábitos y costumbres que no están apegadas a la verdad, pero se les puede ir modificando poco a poco, por ejemplo si la gente cree que los embarazos dependen de un ser divino, deberán enseñarse el funcionamiento de los órganos de la reproducción a fin de que comprendan que el embarazo o su prevención depende solamente de la pareja.

La medicina actual debe ser esencialmente preventiva, pero esto requiere de la educación sanitaria de la población, para que cambie su conducta de esperar enfermar para pensar en su salud por un comportamiento preventivo. Las funciones de la educación para la salud son inherentes a todos los trabajadores de la salud y por tanto aparentemente no se requiere personal especializado; sin embargo, en la práctica se observa que la falta de personal que promueve, oriente, planea, coordina, supervisa y evalúa estas actividades condicione a que esta acción educativa sea de escasa magnitud provocando que no se lleve a cabo una excelente calidad de educación para la salud, sino que solo se da información sin impactar y sin lograr un cambio de conducta.

El problema es que la población en ocasiones ignora la existencia de los padecimientos, desconocen las verdaderas causas y los mecanismos de transmisión y en consecuencia su conducta para prevenirlo y para curarlo está condicionada a la información y orientación que ha recibido, lo que muchas veces es erróneo, porque se sustenta en creencias populares de orden mágico o religioso por lo que dará como resultado que haya una deficiencia en la educación sanitaria y que determina que el impacto de los programas de salud sean insuficientes, costosos y de poca duración.

Se observa que aunque el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una insignificante participación de la población y en un mal aprovechamiento de los servicios de salud. Por ello la cultura en la educación para la salud es importante porque a través de un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo, logra la restauración de la salud en menor tiempo o prevenir invalidez, incluso en muchos casos obtener una más rápida rehabilitación, siempre y cuando se sepa orientar el autocuidado y modificar de alguna forma su conducta.

2.1.10 Educación para la Salud en México

Como parte de las acciones que compete a las autoridades de salud pública, de acuerdo con el Código Sanitario en vigor, la educación en aspecto de salud es una responsabilidad de la Secretaría de Salud, así como de otros organismos gubernamentales, descentralizados y privados. La Dirección de Educación Higiénica a nivel nacional y los Servicios Coordinados de Salud en los estados, cuenta también con unidades cuya responsabilidad principal es la educación para la salud de la comunidad (Vega, 1995:94). Ya que así lo marca la Ley General de Salud en su título séptimo, capítulo II en materia de educación para la salud el cual tiene por objeto crear, conservar, y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conducta que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud (Ley General de Salud, 1996:21).

Dando prioridad para orientar y capacitar a la población en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez, así como la detección oportuna de enfermedades. En donde nos encontramos educando con relación a la prevención del cáncer cervicouterino uno de los programas prioritarios de Sector Salud de su reforma 1995-2000 "es prioritaria la educación de la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino, ya que se cuenta con la tecnología para realizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno" (Norma Oficial Mexicana, 1998:29). Además considera que toda la población debe tener acceso a información amplia a una gama de servicios de salud reproductiva accesible y aceptable. La misión de la salud reproductiva comprende pilares esenciales como la planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de las neoplasias del tracto reproductor, femenino la atención del climatérico y la posmenopausia.

A partir de entonces se realizan programas a nivel nacional sobre las necesidades en educación para la salud de la población en riesgo, se proporciona asesoría para la planeación de los programas de salud pública y se elaboran los materiales necesarios para apoyar dichos programas, también la Dirección de Educación Higiénica participa en el adiestramiento de profesionales de salud pública en los aspectos relacionados con la educación del público, así como asesoría al personal del magisterio nacional

proporcionándoles unidades educativas para el proceso educacional en materia de salud en los niños. Otras instituciones como IMSS, ISSSTE, cuentan con los servicios de educación para la salud exclusivamente a los derechohabientes reforzando formas de conducta para preservar la salud y prolongar la vida.

La realidad social y económica del país requiere de una gran variedad de actividades en educación para la salud con base en las prioridades que se pueden encontrar en diferentes regiones del país; por ejemplo en el medio rural es común observar que los productos domésticos tales como la leche y el huevo se venden o intercambian por gasolina, alcohol, petróleo o enseres que se necesite sin ser alimento, o en ocasiones existe la creencia de que los niños no deben consumir carne, huevo o pescado y solamente se les alimenta con trocitos de tortillas remojadas con caldo de frijol y les dan solamente el caldo de la carne o del pescado. También los procesos de deshidratación aguda producidos por diarreas de origen bacteriano se atribuyen a entidades mágicas tales como el llamado "mal de ojo" o el "mal viento".

Es obvio que la población nacional muestra una gran variedad de necesidades en los que se refiere a los problemas de salud, en consecuencias se requiere de la educación para llenar los vacíos existentes en información acerca de las actitudes y conductas más apropiada para la promoción de la salud a nivel individual y colectivo. Luego entonces, el profesional de enfermería tiene una participación activa en el terreno de la educación para la salud específicamente en el área rural.

2.2 CANCER CERVICOUTERINO

2.2.1 Epidemiología del cáncer cervicouterino en México

La mortalidad por tumores malignos ha aumentado considerablemente, la urbanización, industrialización y un estilo de vida dan lugar al aumento de estos padecimientos. Por otro lado las localizaciones de pulmón, estómago, cuello uterino, mama y próstata constituyen el 43% de todas las muertes por cáncer (Manual de normas y procedimientos para la prevención de los cánceres cervicouterino y mamario, 1998:3). El carcinoma del cérvix uterino es el tumor maligno más frecuente de la mujer, ocupando el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionadas con las neoplasias malignas en la población y en general ya que anualmente se han reportado 500.000 casos nuevos en el mundo (Annal Of Oncology, 1998:221).

Por lo que en México el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública ocupando en la población femenina la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad; la frecuencia de neoplasias intraepitelial cervicales ocurre entre las mujeres de 20 y 34 años de edad, en contraste con el cáncer invasor cuyo pico de incidencia se reporta en mujeres de 45 a 50 años de edad. Se estima que cada dos horas muere una enferma a causa de esta neoplasia. La mayoría de las víctimas jamás se habían sometido a un estudio citológico cervicovaginal. (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:361-369).

En México, ocupa el primer lugar por topografía general, en el año de 1995 se registraron 15,749 nuevos casos de esta neoplasia, según cifras del registro histopatológico de las Neoplasias y en ese mismo año fallecieron 4685 pacientes por cáncer de cévix lo que representó el 9.1% del total de muertes por cáncer. Por lo tanto la tasa de mortalidad estuvo asociada a la edad y no se ha observado cambios durante los últimos cinco años. (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:369).

Del año de 1993 a 1995 se notificaron en México 26.565 casos de cáncer cervicouterino y 14,647 casos de carcinomas in situ, de un total de 118,991 casos de cáncer en la mujer, estos provinieron de los 31 estados de la República Mexicana y el D.F.; junto con estos últimos los estados de Veracruz, Jalisco, Nuevo León y Sinaloa que integraron el 50.2 % de los casos (Annals Of Oncology, 1998:224).

De las lesiones invasoras el 91.5% correspondió a carcinomas de células escamosas, 3.7% a adernocarcinoma, 2.8% a carcinoma sin especificar, el carcinoma adenoescamoso en 1.7% y otros en 0.3%; todas las instituciones pertenecientes al sector salud de México notificaron cáncer cervicouterino, sin embargo dentro de las lesiones invasoras solo el 15.9% correspondió a hospitales privados (Annals Of Oncology, 1998:224).

No obstante los esfuerzos de las autoridades sanitarias tanto del Instituto Nacional de Cancerología como del Hospital General de México de la Secretaría de Salud por lograr diagnósticos tempranos por estas Neoplasias, para ello han reestructurado recientemente el programa nacional de prevención y control de carcinoma cervicouterino con objetivos primordiales como: Elevar el carácter de excelencia en la toma de muestras de exudado cervicovaginal incluyendo el diagnóstico y en su caso con la corroboración histología, además de mejorar la capacitación de todo el personal de las clínicas de Displasias, y dando el seguimiento de las mujeres diagnosticadas para que reciban el tratamiento adecuado en un período no mayor de 30 días; todo esto debido a las bajas coberturas, un alto índice de falsos negativos y problemas con la calidad de la toma de la muestra ya que en un estudio sobre la calidad de la muestra se demostró que de los exudados cervicovaginales carecían de células endocervicales o de metaplasia escamosa, así mismo el índice de falsos negativos fue hasta del 54% y si a lo anterior le agregamos el retardo de la entrega de resultados, de ahí la urgente necesidad de fortalecer este esfuerzo de salud pública.

2.2.2 Etiología.

La etiología de esta neoplasia como es el cáncer cervicouterino no se encuentra bien definido pero se han reconocido ciertos factores de riesgo básicos como son:

➤ Actividad Sexual

Esta neoplasia es mucho más frecuente entre las mujeres que se encuentran en edad reproductiva con una actividad sexual a edades tempranas, incrementando la frecuencia del padecimiento en forma importante sobre todo entre las que la inician antes de los 16 años de edad.

Este hecho se puede explicar debido a que en la adolescencia se produce la migración de la unión escamocolumnar hacia el endocervix mediante un proceso de metaplasia epitelial: En este proceso, el epitelio cilíndrico es reemplazado por epitelio plano estratificado y da origen a la llamada zona de transición en donde se localiza la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino, ya que muchos estudios epidemiológicos han establecido que el riesgo de neoplasias cervicouterinas aumentan en las mujeres que inician las relaciones sexuales durante la adolescencia y se ha sugerido que el cuello uterino de la adolescente es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

➤ Edad

En México las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) han sido documentadas a partir de los 20 años de edad, pero predominan en la cuarta y quinta década de la vida; la incidencia mayor del cáncer in situ se observa entre los 30 y 39 años; mientras que la mayor frecuencia de cáncer microinvasor se detecta en la sexta década de la vida y por su parte la menor en la tercera década de la vida respectivamente (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

➤ Número de compañeros sexuales

Se considera a las mujeres con más de 3 parejas sexuales un aumento en el riesgo de padecer la patología, ya que hasta la fecha no se ha documentado una relación entre aquellas mujeres que refirieron parejas esporádicas, un compañero sexual y la presencia de la neoplasia; por el contrario se ha encontrado esta relación en las mujeres cuyos compañeros sexuales refirieron más de 25 compañeros sexuales (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20) Interpretándose a múltiples parejas sexuales y en las que mantienen relaciones con varones no circuncidados y con unos hábitos higiénicos deficientes en el pene y área genital en donde el hombre acumula el esmegma que se encuentran en el surco balanoprepucial y que en el momento de la cópula se depositan en las paredes vaginales y cuello de la matriz, originando infecciones que con el paso del tiempo causan daño (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

El cáncer cervical no es frecuente en judías ortodoxas, por lo que se piensa que la circuncisión de los judíos tiene alguna relación en ésta baja incidencia, y se ha sugerido que el esmegma es un posible carcinógeno cervical (Barber, 1992:255). Cabe mencionar que la profesión de la pareja sexual es de suma importancia ya que se ha visto que la presencia de la neoplasia es cuatro veces mayor en parejas de campesinos por no tener una higiene adecuada, que en las parejas de los obreros o profesionistas (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20). Por el contrario las sexoservidoras son la población que presentan la máxima incidencia de padecer carcinoma de cuello uterino, en cambio la más baja se encuentra entre las monjas. (Estapé, 1992:373).

➤ Multiparidad

Otro factor de alto riesgo es el relacionado con la alta paridad, tiene mayor riesgo si el primer parto ocurre antes de los 16 años de edad tanto para alteraciones displásicas como para cáncer cervical, aumento el riesgo si el parto ocurre en el primer año después del inicio de una vida sexual activa y en mujeres multiparas con más de tres hijos; aunque el hecho biológico de la concepción y el parto en sí, no es lo que

constituye el aumento de riesgo para el desarrollo de ésta neoplasia, sino la posibilidad de trauma cervical o trauma obstétrico (parto vaginal) por lo que las lesiones cervicales actúan como agentes promotores de la carcinogénesis favoreciendo la presencia de infecciones como el papilomavirus, especialmente en pacientes con clase social baja. Por otro lado, el embarazo se relaciona con un estado de inmunosupresión, lo cual permite aumentar la susceptibilidad a los agentes infecciosos, ya que de acuerdo a estudios recientes se ha observado cierto grado de protección en las mujeres a las que se les realizó cesárea en comparación con aquellas que tuvieron partos normales (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

➤ **Tabaquismo**

Los antecedentes de tabaquismo se le ha asociado con la presencia de células escamosas, predominantes en el cáncer cervicouterino, pulmón, y el de laringe. En 1978 Petrakis y sus colaboradores (citados por Saiz y asociado) han propuesto la posibilidad de que los cancerígenos procedentes del consumo del tabaco y transportados por el sistema circulatorio, tal vez sean secretados por el epitelio cervical pudiendo iniciar o actuar como carcinógeno en las células ya afectadas por otro carcinógeno, posiblemente de transmisión sexual como el herpes virus tipo II (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20). En conclusión, se ha considerado a la nicotina como un fuerte carcinógeno y que en los últimos años se ha encontrado la nicotina en secreciones vaginales de las fumadoras. (Manual de Normas y procedimientos para la prevención del cáncer cervicouterino y mamario, 1998:11).

➤ **Uso de anticonceptivos**

El papel etiológico del uso de anticonceptivos orales no ha sido totalmente definido: Aunque se ha comprobado que su ingestión prolongada asociada con otros factores aumenta el riesgo de la neoplasia; por consiguiente las mujeres que continúan con la ingesta de estos hormonales tras un diagnóstico de displasia, estos tienen una transformación más rápida hacia carcinoma in situ. Los estudios recientes han demostrado que al comparar el uso de los hormonales orales frente al método de barrera, se observó que este último brinda cierto grado de protección contra el cáncer cervicouterino y otras enfermedades de tipo vaginales. (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

➤ **Infecciones genitales frecuentes**

Las infecciones de transmisión sexual han sido relacionadas con un aumento en el riesgo de presentar la enfermedad, algunos patógenos como son las trichomonas, gardnerella y candida albicans, ocasionan cambios en el epitelio cervical, muy semejante a las alteraciones displásicas, las cuales desaparecen con un tratamiento preventivo y el medicamento adecuado. (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:20).

➤ **Virus del Papiloma Humano**

Un agente etiológico probable para el cáncer cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano tipo 16 y 18 en donde el comportamiento sexual es muy importante por su transmisión por el coito (Manual de normas y procedimientos para la prevención de los cánceres cervicouterinos y mamario, 1998:11). Los viriones del virus del papiloma humano consisten en un núcleo central de DNA y una cubierta externa de

proteínas de la cápside, la cual tiene 72 unidades arregladas de forma simétrica en una estructura de 20 lados.

Una vez que la infección se ha establecido, los virus integran su genoma al de la célula y supeditan el aparato enzimático de dicha célula, las proteínas E6 y E7 de los subtipos oncógenos del VPH tiene la capacidad de unirse alterando los efectos reguladores de los genes supresores de tumores conduciendo a transformación maligna (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:370).

En 1970 se comienza a identificar la presencia del virus Herpes tipo II en las infecciones cervicales; a partir de las investigaciones realizadas para identificar el virus herpes tipo II, se logró aislar el virus del papiloma humano al cual se le ha asociado en forma más directa con la patogenia del cáncer cervicouterino (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:21), por otra parte los tipos 31, 33, 35, 45, 51, 52 y principalmente 16 y 18 se relacionan con las lesiones de alto riesgo (NIC II y NIC III) para el desarrollo de la patología, mientras que los tipos 6, 11, 42, 43, 44, 54, se asocian con lesiones de bajo riesgo (NIC I), otros tipos informados hasta el 1996 son 26, 30, 34, 39, 40, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 64 y 66, también se han encontrado la presencia de progesterona en la infecciones con virus del papiloma humano que aceleran la transformación hacia una lesión maligna, motivo por el cual se asocia con las multigestas. (Instituto Nacional de Cancerología, 1998:21).

➤ Diferencias nutricionales (ácido fólico, vitaminas A, C y E).

La ingestión baja en nutrientes específicamente de ácido fólico, su y vitaminas A, C y E se asocian a lesiones precursoras de displasia y al cáncer.

Las vitaminas A (Beta-caroteno, retinol, ácido retinoico, más no el palmitato, el acetato de retinol) E (Alfa-tocoferol, mas no el acetato de alfa tocoferilo, succinato de alfa toferilo el nicotinato de alfa-tocoferilo y C (ácido ascórbico ascorbato de sodio) actúan como antioxidante, es decir destruyen los radicales libres, especies químicas muy peligrosas que son transformadas normalmente dentro del organismo. Muchos agentes cancerígenos afectan a las células normales mediante la producción de radicales libres, en consecuencia los niveles elevados de estas vitaminas dentro o afuera de las células pueden protegerlos de los efectos dañinos de los radicales libres (Prasad, 1992:33).

Las vitaminas C y E (alfa-tocoferol) en el estómago puede evitar la formación o reducir los niveles de las nitrosaminas sustancias carcinogenas en el aparato digestivo; un ejemplo de ello serían los nitritos que se utilizan en la conservación de carnes como el tocino, embutidos y carnes crudas, aunque los nitritos por sí mismos no ocasionan cáncer pero al combinarse con las aminas existentes en el estómago llevan el riesgo de producir nitrosaminas las cuales son agentes cancerígenos, son solubles en el agua por lo que asimilan y distribuyen en todos los tejidos corporales. En este caso la presencia de las vitaminas C o E (alfa-tocoferol) en el estómago puede evitar la formación o reducir los niveles de las nitrosaminas; por tanto se ha sugerido que las vitaminas A, C y E inhiben los efectos cancerígenos de los promotores e iniciadores de tumores; es

necesario que pueda ocurrir dicha inhibición conservar alto los niveles de estas vitaminas en las células (Prasad, 1992:33- 34).

La vitamina C puede revertir nuevas células cancerosas, generadas por productos químicos en las células normales, aunque no tiene efecto en las células ya establecidas; sin embargo, en estudios recientes se ha demostrado que la vitamina A transforma algunas células cancerosas bien establecidas en células de apariencia normal; por su parte la vitamina E en su forma de alfa-tocoferilo es más potente en la reducción del crecimiento de las células cancerosas y en la preparación para revertirlas a su forma casi normal. Luego entonces, las vitaminas A, C y E, estimulan el sistema de defensa del organismo, que a su vez puede acabar con las células cancerosas establecidas de los pacientes en estado de remisión; se ha demostrado que la vitamina C hasta 4 gramos al día, vitamina E en su forma alfa-tocoferol de 1200 UI al día por vía oral y la vitamina A 12000 U.I vía oral al día, estimulan el sistema inmunológico de defensas en el humano.

Los seres humanos no producen vitamina A, C y E, por ello es necesario ingerirlas en todas sus variedades naturales y sus complementos vitamínicos para satisfacer las necesidades de estos nutrientes esenciales.

Las vitaminas A las encontramos en: Hígado, huevo, remolacha, brocoli, zanahoria, calabaza, espinacas, papas, camote, repollo, lechuga, maíz, melón, albaricoque, (chabacano), mango, leche.

Las vitaminas C las encontramos en: Col, coliflor, chicharos, pimiento verde, naranja, limón, lima, piña, frambuesa, fresa y toronja.

Las vitaminas E las encontramos en: Perejil, espinacas, semillas de mostaza, camote, cascara de manzana, tomate, pepino, almendras y pescados.

Las sintéticas las encontramos en las vitaminas A en su forma: Beta caroteno, acetato de retinilo, retinol y palmitato de retinilo.

Las vitaminas C en su forma de ácido ascórbico, ascorbato de sodio un gramo de vitamina C contiene 124 miligramos de sodio.

Las vitaminas E en su forma alfa-tocoferol

Por el momento se desconocen las dosis de vitaminas necesarias para producir los máximos beneficios en la salud o para una máxima reducción de riesgo de cáncer.

➤ Raza, religión y cultura.

Se considera generalmente aceptado que las diferencias raciales influyen de alguna manera como un factor determinante para la aparición del cáncer del cuello uterino, ya que Doll sostiene que la raza judía por su condición social se le atribuye un aporte de inmunidad y tiene dos factores; La circuncisión del varón y las costumbres higiénicas, las primeras las confirman el hecho de que en otros pueblos ocurre algo semejante, como en la India que entre las musulmanas cuyos varones se circuncidan o

en los aborígenes de las islas de Fidji que también practicaban la circuncisión. (Mateu, 1982:56).

Las costumbres higiénicas, al parecer tiene influencia "entre ellos la higiene rigurosa del pene, aunque tal vez esto vaya unido al mejor nivel socioeconómico y sea la explicación de ciertas diferencias." (Mateu, 1982:56).

Reid, Sdinger y colaboradores insisten sobre el papel del esmegma como factor de la carcinogenesis, su hipótesis apoya el hecho de que una mayor incidencia de carcinoma cervical en aquellas mujeres cuyos maridos presentan carcinoma de pene o en aquellos cuyos maridos eran de clase socioeconómica más baja (Mateu, 1982:56).

Por otro lado hay una mayor frecuencia de cáncer de cuello entre las mujeres de raza negra que las mujeres de raza blanca de condiciones similares, aunque podría tratarse simplemente de un problema de nivel socioeconómico, de promiscuidad sexual y de cuidados higiénicos; también se ha relatado una mayor incidencia de este carcinoma entre mujeres estadounidenses de raza caucásica que entre las indias de Nuevo México." (Mateu, 1982:57).

➤ Religión y cultura.

Cross y colaboradores, compararon la incidencia de carcinoma entre las mujeres de religión Amish, cuyas normas sobre el matrimonio y la higiene sexual son muy estrictas y otras pertenecientes a zonas rurales, observando una menor frecuencia entre las primeras; así mismo en Agra (India) observaron un hecho similar en las mujeres musulmanas y las Indias de la religión hindú que se casan y conciben más precozmente (Mateu, 1982:57).

➤ Factores Socioeconómicos

Se ha admitido que el cáncer del cervix es más frecuente en mujeres de baja condición económica lo que estaría en relación con las condiciones de vida y con los hábitos higiénicos y coitales; se ha dicho que tal vez pudiera estar en relación con la deficiencia de asistencia obstétrica en estas mujeres y la falta de tratamiento adecuado de las laceraciones cervicales" (Mateu, 1982:57)

Los estudios de Clemmesen y Nielsen demuestran que el carcinoma cervical es más frecuente entre los sectores económicamente más débiles sin que se observen diferencias entre mujeres solteras y casadas (Mateu, 1982:57)

2.2.3 Anatomía y Fisiología del útero

El útero es un órgano visceral, muscular, piriforme, cubierto en parte por el peritoneo o serosa; su cavidad está recubierta por el endometrio. Durante el embarazo su única función sirve para la recepción, implantación, retención y nutrición del producto de la concepción, que luego expulsa cuando ha llegado a su completo desarrollo, durante el trabajo del parto. (Gant, 1995: 6).

El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga anteriormente y en el recto posteriormente. Casi toda su pared posterior se encuentra cubierta de serosa o peritoneo, cuya porción inferior forma el límite anterior del fondo de saco recto uterino o saco de Douglas.

Sólo la porción superior de la pared anterior del útero está cubierta por peritoneo. La porción inferior se une a la pared posterior de la vejiga mediante una capa bien definida, pero normalmente laxa, de tejido conectivo; las caras laterales se relacionan con los ureteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical.

Forma y tamaño

El útero es una estructura cuya forma recuerda una pera aplanada y consta de dos partes principales desiguales: Una porción superior triangular, el cuerpo o corpus, y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, el cuello se proyecta en la vagina. La cara anterior del cuerpo es casi plana, siendo la cara posterior claramente convexa. Los oviductos o trompas de falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas reciben el nombre de fundus o fondo uterino. Lateralmente, la porción del útero por debajo de la inserción de las trompas no está cubierta directamente por peritoneo y en ese lugar de la inserción de los ligamentos anchos. El tamaño y la forma antes de la pubertad mide 2.5-3.5 cm de longitud. El útero de la mujer adulta nulípara tiene entre 6 y 8 cm de longitud, espesor de la pared muscular es de cerca de 1.2 cm, su peso de la primera es de 50-70 g. y el de la segunda 80 g.

La mayor parte del cuerpo del útero a excepción del cuello está constituido por tejido muscular; el canal cervical es fusiforme y se abre en cada extremo por pequeños orificios denominados orificios cervicales internos y externos.

Después de la menopausia el tamaño del útero disminuye como consecuencia de la atrofia del miometrio y el endometrio (Gary, 1996: 62 y 63).

Cuerpo

Los dos tercios superiores del útero se denominan cuerpo y tercio inferior cuello. El primero está formado por tres capas bien diferenciadas, que de afuera hacia dentro son: Peritoneo uterino, miometrio y endometrio.

La capa serosa está formada por el peritoneo que recubre al útero, al que está firmemente adherido, excepto por encima de la vejiga en los bordes donde forma un repliegue constituyendo los ligamentos anchos (Gary, 1996: 45)

Miometrio

Es la capa uterina más voluminosa ya que tiene espesor que oscila entre 1 y 2 cm; está constituido por fibras musculares lisas unidas por tejido conectivo rica en fibras elásticas. Las fibras musculares se disponen formando fundamentalmente tres grupos: a) Una capa delgada externa constituida fibras musculares que disponen longitudinalmente y -

desde la cara anterior al cérvix asciende por la cara anterior al cuerpo, pasan sobre el cuerpo, pasan sobre el fondo uterino y descienden a la cara posterior del cuello uterino. b) El grupo más voluminoso de fibras musculares se disponen formando 2 a 2 1/2 espiras que rodean la cavidad uterina en el mismo sentido y en sentido opuesto a las agujas del reloj. c) Una capa circular mal definida de fibras musculares que se disponen en torno al orificio uterino de la trompa de falopio y del orificio cervical interno. (González, 1994: 9).

Endometrio

“Es la capa más interna del útero, membrana mucosa que sirve de revestimiento a la cavidad uterina en las mujeres no gestantes. Consiste en una membrana delgada, aterciopelada de color rosa, presenta un gran número de diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas, el espesor del endometrio es variable, oscila entre 0.5 y 5 mm consta de epitelio superficial, glándulas y tejidos intraglandular mesenquimatoso y rico en vasos sanguíneos. Las glándulas uterinas tubulares son invaginaciones del epitelio superficial que en el periodo de reposo semejan dedos de guante, estas glándulas secretan un líquido alcalino claro que sirve para mantener húmeda la cavidad uterina. Esta mucosidad responde con cambios metamorfológicos importantes a los estímulos hormonales de los ovarios y posee la curiosa propiedad de escamarse periódicamente cada 28 días, aunque se regenera rápidamente la zona necrosada.

Por otro lado, la sangre arterial es transportada al útero a través de las arterias uterinas y ováricas. Las ramas arteriales penetran hacia el interior de la pared uterina en dirección oblicua, al llegar a su tercio medio se ramifican en un plano paralelo a la superficie, por esto se denominan arterias arqueadas. De estas arterias salen ramas radiales en ángulo recto hacia el endometrio. Las arterias endometriales comprenden las arterias espirales o enrolladas que constituyen la continuación de las arterias radiales y las arterias basales que salen de las radiales en ángulo agudo. Las arterias espirales irrigan la mayor parte del tercio medio y todo el tercio superior del endometrio; las paredes de estos vasos responden, es decir, son sensibles a la acción de diversas hormonas, en especial por vaso constricción, y así probablemente desempeñen un papel importante en los mecanismos de la menstruación (Gary, 1996: 65).

Istmo.

El istmo o parte intermedia, es muy corto (7 mm) y estrecho, se sitúa entre el cuerpo y el cuello (Escuredo, 1995:477).

Se aplica este nombre en ocasiones a los pocos milímetros superiores del conducto cervical por debajo de la boca interna, zona a la que se atribuye la función específica de convertirse en segmento inferior; el epitelio es intermedio entre el cuerpo y el cuello (Govan, 1995:28).

Cuello uterino

El cuello es la porción del útero que se encuentra por debajo del istmo. Por la cara anterior en el límite superior del cuello, el orificio cervical interno, se corresponde aproximadamente con el nivel que peritoneo se refleja pasando a cubrir a la vejiga. La inserción de la vagina divide el cuello uterino en porciones supravaginal y vaginal.

La porción supravaginal en su cara posterior está cubierta por el peritoneo; lateralmente se encuentra fijada por los ligamentos cardinales, anteriormente queda separada por la vejiga adyacente por el tejido conectivo laxo. El orificio externo se localiza en el extremo inferior de la porción vaginal del cuello, la parte vaginal (Gary, 1996:63).

Su función consiste en brindar una secreción alcalina favorable para la penetración de los espermatozoides y, una vez grávida el útero, actúa como esfínter. La boca externa es pequeña antes del parto llamada boca de tenca (boca de un pez pequeño). Después del nacimiento de un niño se convierte en una hendidura transversa que se llama "boca para" (Govan, 1995:28-29).

Si el cuello del útero ha sufrido algún desgarro profundo durante el parto, puede cicatrizar de forma que quede un aspecto irregular, nodular o estrellado (Gary, 1996:63).

El cuello uterino está compuesto por tejido colágeno y elástico, así como fibras muscular lisa y vasos sanguíneos, puede extenderse hasta 10 mm ya que la gran capacidad de dilatación del cuello se debe a la disociación de colágeno (Gary, 1996:63). La mucosa del canal cervical está compuesta por una sola capa de epitelio cilíndrico alto que descansa sobre una delgada membrana basal, los núcleos ovales se encuentran situados cerca de las bases de las células cuyas porciones superiores tienen aspecto claro debido a su contenido mucoso, provisto de abundantes cilios. Hay numerosas glándulas cervicales que se extienden desde la superficie de la mucosa endocervical directamente al tejido conjuntivo subyacente, estas glándulas proporcionan la secreción espesa y pegajosa del canal cervical, si los conductos de las glándulas cervicales se ocluyen se forman quistes de retención conocidos como quistes o folículos de Naboth (Gary, 1996:64).

El epitelio escamoso de la porción vaginal y el epitelio cilíndrico del canal cervical presentan una clara línea de separación cerca del orificio cervical externo esto es, la unión escamocolumnar. Sin embargo, como respuesta a una inflamación o en un traumatismo, el epitelio estratificado se extiende gradualmente sobre el canal cervical hasta recubrir un tercio o en ocasiones la mitad inferior del canal. Estos cambios son más acentuados en los cuellos de las mujeres multiparas en quienes los labios del cuello uterino están a menudo evertidos. (Gary, 1996:64).

Histología del cuello

La zona del cuello uterino que se pone en contacto con la vagina denominada ectocervix o portio está revestida de un epitelio escamoso estratificado, mientras que la cavidad endocervical o endocervix, está revestida por un epitelio cilíndrico con glándulas, (González, 1994:10).

Ectocervix: el epitelio escamoso que reviste el ectocervix es semejante al de la vagina y desempeña una doble función: Protectora y secreción de glucógeno; histológicamente se acepta la existencia de cinco capas o zonas:

- + Zona 1 Constituye la capa más profunda y está constituida por una sola hilera de células cilíndricas que contienen núcleos grandes se denomina zona basal interna extracto cilíndrico o capa germinal (González, 1994:10).
- + Zona 2 más superficial que la anterior está constituida por varias hileras de células ovales o poliédricas con núcleos voluminosos, se aprecia la existencia de puentes intercelulares, se le denomina capa parabasal, extracto espinoso profundo y zona oscura.
- + Zona 3 está constituida por células grandes poligonales que contienen abundantes citoplasmas ricos en glucógeno y núcleos redondos u ovales, el abundante citoplasma confiere a esta zona un aspecto claro, se denomina capa intermedias, capa navicular, extracto espinoso superficial y zona clara.
- + Zona 4 está constituida por dos o tres hileras de células aplanadas cuyos citoplasmas contienen gránulos de cornificación o extracto granuloso, frecuentemente esta capa es imperceptible.
- + Zona 5 está constituida por células aplanadas que orientan su eje mayor en sentido paralelo a la superficie y que están provistas de núcleos pequeños o plenóticos se denominan, extracto corneo y su espesor varía de un caso a otro independientemente de la edad de la mujer.

Endocervix: La mucosa que reviste la cavidad endocervical está compuesta por una sola hilera de células cilíndricas altas, estas células contienen abundantes citoplasma sus núcleos son de zona regular pequeños y ovales se sitúan en el polo basal de las células y algunos contiene cilios. En la superficie de la cavidad endocervical terminan unas formaciones que se han considerado como glándulas tubulares vesiculosas compuestas están revestidas con epitelio de las mismas características que el epitelio de superficie. El conducto cervical es fusiforme y está marcado por pliegues peculiares que se denominan árbol de la vida.

Ligamentos del útero

De cada lado del útero salen los ligamentos anchos redondos y uterosacros, los anchos son dos estructuras en forma de alas que se extienden desde los bordes laterales del útero hasta las paredes de la pelvis y dividen la cavidad pélvica en los comportamientos en anteriores y posteriores (Gary, 1996:66).

Contiene trompas de falopio, ligamentos redondos y ováricos residuos mesonéfricos anastomosis avaricouterinas y en su base ureter; el ovario y el ligamentos redondo constituye el gubernáculo vertigial. El ligamento redondo termina en el conducto inguinal y sus fibras se dispersan por el labio mayor. La parte del ligamento entre el infundíbulo y la parte pélvica se denomina ligamentos infundibulopélvicos y contienen los vasos y los nervios ováricos. (Govan, 1995:31).

Ligamentos redondos por debajo y delante de las trompas, cada uno de ellos está situado en el pliegue del peritoneo unido al ligamento ancho y se dirigen hacia arriba y afuera

hasta el canal inguinal para pasar a través de él y terminar en la porción superior del labio mayor, con diámetro de 3 y 5 mm de tejido muscular liso y tejido conectivo.

El ligamento uterosacro se extiende desde una inserción posterolateral de la porción supravaginal y del cuello uterino circunda al recto y se inserta en la fascia que cubre la segunda y tercera vértebra sacra, se compone de tejido conectivo y muscular liso y está recubierto por el peritoneo, estos ligamentos forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas. (Gary, 1996:66).

Vasos sanguíneos

Las vascularización del útero procede de las arterias uterinas y ováricas, la arteria uterina rama principal de la arteria ilíaca interna (hipogástrica) penetra en la base del ligamento ancho y continua su trayecto medialmente al lado del útero, durante su recorrido cruza anteriormente el uréter (Gary, 1996:66). Irrigan el útero, las trompas y los ovarios a nivel de la porción supravaginal del cuello la arteria uterina se divide en dos ramas una en arteria cervicovaginal que es la menor que irriga la porción inferior del cuello y la porción superior de la vagina, la rama principal tuerce hacia arriba a lo largo del borde uterino, una rama se dirige a la porción superior del cuello y ramificaciones pequeñas penetran en el cuerpo uterino antes de que la arteria uterina llegue a la trompa y se divide en fúndica, tubárica y ovarica, la ovarica se anastomosa con la rama terminal de las arterias ovaricas, la tubárica pasa por el mesosálpinx y la fúndica se distribuye en la porción superior del útero a dos centímetros del borde uterino la arteria uterina cruza por encima del uréter (Gary, 1996:67). La arteria ovarica en una rama de la aorta que penetra en el ligamento ancho a través del ligamento infundibulopélvico, la vena ovárica derecha desemboca en la cava mientras que la izquierda lo hace en la vena renal izquierda (Gary, 1996:67).

Vasos linfáticos

Los linfáticos del útero terminan en numerosas ganglios que se encuentran en el recto, por delante del sacro alrededor del arteria iliaca y en la zona alta cercana a las venas cavas inferior y aorta abdominal (Danforth, 1987:58).

El endometrio es rico en vasos linfáticos, existiendo únicamente en la capa basal los linfáticos del miometrio van aumentando a medida que se aproxima a la superficie serosa e inmediatamente por debajo de ésta forman un copioso plexo linfático sobre todo en la pared posterior del útero y en menor grado en la pared anterior (Gary, 1996:67).

Los drenajes linfáticos del fondo uterino y trompas son los ganglios preaórticos y aórtico laterales en su mayoría ilíacos, algunos externos e inguinales superficiales algunos en la parte baja del útero se encuentran ilíacos externos y en cuello uterino los ilíacos externos, ilíacos internos obturadores, sacros y rectales, en ovarios los preaórticos y aórticos laterales (González, 1994:21).

Inervación.

Proceden del sistema nervioso simpático, sistema cerebro espinal y parasimpático, los nervios simpático surgen de los segmentos medulares T12 y L1 y

alcanzan al útero a través del plexo hipogástrico y de arterias uterinas la inervación parasimpática se realiza mediante el nervio pélvico desde los segmentos 2º, 3º, y 4º; las zonas del útero cubiertas por el peritoneo siguen a los nervios parasimpáticos a través del plexo hipogástrico hasta los segmentos medulares T12 y L1, las del cérvix siguen a los nervios pélvicos hasta los segmentos sacros, por lo que el dolor uterino suele referirse a las regiones sacroilíacas y púbicas (Danforth, 1987:58).

Las fibras sensitivas del cuello uterino y de la porción superior del canal del parto pasan por los nervios pélvicos a los nervios sacros II, III, IV; las fibras de la porción inferior del canal del parto lo hacen por el nervio pudendo (Gary, 1996:69).

Anexas al útero se encuentran las trompas de falopio estructura delgada y tubulares que unen los ovarios con el útero y se dividen en pabellón de las trompas parte intermedia o ampolla y por otro lado la parte distal o istmo están unidas a los ovarios por el mesosálpinx recubierta de peritoneo que forma el ligamento ancho con capa externa epitelial, capa muscular intermedia y capa mucosa interna con repliegues, su función es de conducir el óvulo hacia el útero, la trompa es un conducto con peristáltismo cuya misión es favorecer la subida de los espermatozoides y su contacto con el óvulo (Escuredo, 1995:476-477).

2.2.4 Cáncer del cuello uterino (cáncer del cérvix)

El desarrollo del carcinoma invasor del cuello uterino se considera un proceso ordenado de metaplasia y displasia del epitelio, que finalmente origina invasión de la membrana basal (Weiss, 1997:257).

Patogénesis

Richart preconiza el concepto unitario de lesiones precursoras del cáncer de células escamosas del cérvix, establece que cada examen objetivo de lesiones que en apariencia preceden al cáncer invasor, es más congruente considerarlo como un proceso continuo que se inicia con el equivalente a la clásica displasia leve y termina con la penetración de células neoplásicas a través de la membrana basal (Barber, 1992:255). La malignidad de ese sitio puede volverse exofítica o infiltrarse y expandirse en el conducto endocervical; al aumentar el volumen se invaden los tejidos del parametrio y finalmente se presenta extensión y adherencia adicional a la pared pélvica que genera molestias intensas y dolor tipo ciático; este crecimiento ocasiona una fistula vesicovaginal y uropatía obstructiva de modo concomitante con la extensión directa se dañan los espacios linfáticos lo cual origina afección secuencial de ganglios linfáticos, pélvicos, paraaórticos, mediastínicos y supraclaviculares, la diseminación hematogena a pulmones, hígado y huesos constituye una alteración tardía (Weiss, 1997:257).

El término neoplasia cervical intraepitelial (NIC) lo propuso Barron y Richart como designación genérica denota todos los precursores del cáncer cervical escamoso y abarca un espectro continuo que se subdivide en tres estadios:

- + Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado I corresponde a displasia leve o moderada.

- + Neoplasia intraepitelial grado II corresponde a displasia de moderada a grave.
- + Neoplasia intraepitelial grado III corresponde desde displasia grave hasta carcinoma in situ (Annal Of Oncology, 1998:245).

Para clasificarlas se utilizan criterios histopatológicos como: La pérdida de la polaridad de células basales y de la relación núcleo-citoplasma, estratificación de células basoloides, aumento del número de mitosis, pleomorfismo celular, hiperchromatismo y aumento en el tamaño nuclear así como queratinización celular individual (Annal Of Oncology, 1998:245).

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se considera una sola enfermedad y se inicia en la unión escamocolumnar en el epitelio de la zona de transformación que es contiguo a la porción nativa de epitelio es unifocal y tiene la apariencia de displasia benigna (Barber, 1992:256).

Las lesiones precursoras más temprano tienen una orilla en la unión escamocolumnar y una unión bien definida redondeada con el epitelio escamoso normal adyacente, las lesiones metaplásicas pueden presentarse en focos múltiples dentro de la zona de transformación y una vez establecida las lesiones intraepiteliales se extiende en la zona de transformación mediante el remplazo directo de epitelio escamoso adyacente y se expande de manera similar en el canal endocervical (Barber, 1992:256).

Fisiopatología

El proceso maligno se inicia a través de la membrana basal del epitelio e invade el estroma cervical. Si la invasión progresa se afectan los órganos próximos (vagina, endometrio, etc.) y los ganglios linfáticos regionales (Estapé, 1992:374) en la mayoría de los casos el carcinoma espinocelular del cérvix tiene su origen en la unión escamocolumnar del canal endocervical y del exocérvix.

La fisiopatología de las células de la capa epidérmica del cérvix tenemos en primer término la célula basal que es pequeña, redondeada, cianofílica y deriva de la capa basal con núcleo central vesicular. La célula basal no se encuentra en especímenes citológicos en condiciones normales. (Barber, 1992:258)

La célula parabasal es pequeña, redonda u ovalada cianofílica con citoplasma denso y núcleo vesicular, en relación a la célula intermedia es poligonal con citoplasma cianofílico, su núcleo es vesicular y tiene un diámetro mayor de 6 μm y por último la célula superficial grande, delgada poligonal con núcleo picnótico de 6 μm o menos, el citoplasma puede ser eosinofílico o cianofílico (Barber, 1992:258).

Células derivadas de lesiones cervicales.

Displasia: Los diversos grados de displasia se diferencian por la extensión en que el grosor total del epitelio está compuesto de células neoplásicas indiferenciadas (Griffiths, 1988:440). En general los tipos celulares más diferenciados corresponden a las formas más leves de displasia y el núcleo siempre está aumentando e hiperchromático (Barber, 1992:259).

Displasia leve: Cuando las células neoplásicas ocupan menos de la tercera parte del grosor del epitelio, en este momento las células aparecen relativamente aumentadas de tamaño con núcleo voluminoso y el patrón de la cromatina se encuentra solo ligeramente alterado (Griffiths, 1988:440).

Displasia moderada: Cuando las células displásicas afectan una o dos terceras partes del grosor del epitelio. En las células moderadamente displásicas los núcleos están notablemente aumentados de tamaño y las alteraciones cromáticas son importantes.

Displasia grave: Cuando más de dos tercios del grosor están afectados por el proceso displásico. Los núcleos en las células surgen de displasia grave cubren la mayoría del área celular, toman una forma irregular y su estructura cromatinica se encuentra claramente alterada.

Carcinoma epidermoide in situ (NIC grado III): Se caracteriza por la presencia de células de epitelio escamosos poco diferenciado que exhiben anomalías muy evidentes nucleares y citoplasmicas. Se encuentra un incremento en la relación núcleo-citoplasma, un aumento del núcleo, hipocromía y una red de cromatina de gránulos gruesos. No se identifican nucleolos y pueden presentarse núcleos dobles o múltiples. El citoplasma de estas células puede mostrar anfifilia y contener vacuolas (Barber, 1992:259).

Pruebas clínicas de diagnostico

Signos y síntomas

No hay síntomas característicos del cáncer del cérvix, ya que se necesita un alto grado de sospecha y en la mayoría de las mujeres es asintomática y se diagnostica por un frotis anormal de papanicolaou. El síntoma más frecuente de enfermedad avanzada es la hemorragia vaginal, en particular después del coito (Weiss, 1997:258), por lo general es rojo brillante y fuera de sus periodos regulares, a veces resulta del contacto con el cérvix por inserción de un tapón o dispositivo para ducha o con el mismo coito y por lo tanto se le denomina sangrado de contacto (Barber, 1992:262). La enfermedad avanzada se puede acompañar de secreciones vaginales persistentes purulentas y de olor fétido, dolor pélvico de tipo ciático, inflamación de miembros inferiores y pérdida de peso. Puede haber quejas de que indiquen anemia, insuficiencia renal (uropatía obstructiva) o fistula pélvica (Weiss, 1997:258).

Es indispensable se examine con cuidado el cérvix con rotación del espejo vaginal para ver todos los fómices así como todo el cérvix, los hallazgos incluyen áreas rojas, erosiones, úlceras, nódulos y una lesión exofítica o endofítica o nódulo ulcerados. El diagnostico diferencial excluye chancros, tuberculosis granulomas inguinal, linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado y escaras debidas al radio, ulceración secundaria a enfermedades venéreas (Barber, 1992:262). Por otro lado el examen pélvico incluye palpación cuidadosa del tejido parametrial para definir la extensión extracervical del tumor; la palpación cuidadosa de la mucosa vaginal para detectar una posible infiltración submucosa con consistencia de caucho o metástasis saltados (Weiss, 1997:258).

Pruebas diagnósticas

Diagnóstico precoz

Se han sugerido con el afán de mejorar los resultados obtenidos en el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino en las cuales se han llevado a la introducción de una variedad de técnicas en el arsenal exploratorio.

La mayoría de las pacientes son asintomáticas por lo que el examen rutinario genital incluye un frotis de papanicolaou (esta prueba corresponde en honor a Jorge N. Papanicolaou, quien en 1883-1962 descubrió que a través de las células de la mucosa o de las secreciones era posible diagnosticar transformaciones malignas (Bonilla, 1978:139) cualquier lesión visible del cérvix es motivo de biopsia ya que a veces una lesión obvia resulta negativa en el frotis de papanicolaou a pesar de la naturaleza de la invasión (Barber, 1992:262).

Clasificación de los frotis cervicales:

- Clase I Frotis normal, no hay células anormales.
- Clase II Se encuentran células atípicas por debajo del nivel de la neoplasia cervical.
- Clase III El frotis contiene células anormales acorde con displasias.
- Clase IV El frotis contiene células anormales acorde con carcinoma in situ.
- Clase V El frotis contiene células anormales acorde con carcinoma invasor originando en células escamosas (Griffiths, 1998:442).

Cuando se encuentra un frotis cervical de clase I no hay problema y obviamente no se indica tratamiento; por el contrario un informe de citología clase II se considera benigno y por lo general se le atribuye a alguna irritación del tejido cervical, cualquier proceso inflamatorio evidente deberá ser tratado y repetirse después el frotis citológico, los frotis de clase III deberán ser considerados para biopsia inmediata, en caso sintomático o repetir el frotis y posteriormente una colposcopia. Los frotis de clase IV y V se manejan con colposcopia, biopsia, legrado y conización (Griffiths, 1998:442).

Colposcopia

Introducida por Hans Hinselmann en 1925 en Hamburgo Alemania como resultado de su esfuerzo por encontrar un método práctico para el examen más minucioso y amplio del cuello uterino (Disaia, 1991:18). Su finalidad es el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino y sus primeros trabajos estaban bajo la influencia del descubrimiento de las leucoplasias y las amplió, porque no solo consideraba como tales todas las placas blancas del cuello si no que añade otros dos tipos: la base (ground) y el mosaico (felderung) identificables solo con el colposcopio y todas ellas relacionadas con el carcinoma (Mateu, 1982:10).

La colposcopia consiste en un microscopio binocular estereoscópico de poco aumento provisto por artefacto de iluminación central y se haya montado sobre un pie ajustable con un transformador en la base.

La colposcopia se basa en el estudio de la zona de transformación, la zona de transformación es el área del cuello y de la vagina que inicialmente estaba cubierta por epitelio cilíndrico y a través de un proceso denominado metaplasia de reemplazo por epitelio pavimentoso (Disaia, 1991:18). La anomalía en el aspecto del epitelio y sus aportes sanguíneos capilar no suelen ser visibles a simple vista pero se observa por la colposcopia después de la aplicación de solución acuosa de ácido acético a 3%. Los datos colposcópicos normales son: 1) Epitelio escamoso original, 2) zona de transformación (epitelio escamoso metaplásico) y 3) epitelio cilíndrico, los indicadores anormales de displasia son: 1) Epitelio blanco, 2) mosaicismo o un patrón de puntillado áspero de los capilares superficiales (Decherney, 1997:1171).

Diagnóstico definitivo.

Biopsia de conización de cuello

El único método de seguridad diagnóstica es la biopsia y la conización está indicada cuando la colposcopia no es concluyente y las indicaciones específicas son:

- * Sospecha de microinvasión o invasión cuestionable en una biopsia dirigida por colposcopia, con el fin de descartar mayor invasión.
- * Lesión de grado alto que se extiende hacia el conducto cervical fuera de la visión del colposcopio.
- * Una lesión de grado alto es focal pero muy extensa (no es absoluta).
- * Sospecha de adenocarcinoma.
- * Hallazgos anormales o no concluyentes descubrimientos en el curetaje endocervical.
- * Estudio citológico repetido anormales que sugieren una lesión significativa en ausencia de lesión colposcópica, especialmente si toda la zona de transformación no es visible.
- * El resultado de la citología sugiere una mayor posibilidad de lesión invasora que la indicada por la biopsia dirigida por colposcopia (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:375).

la conización es satisfactoria cuando se observa una zona de transformación completa en la extensión total de la lesión (Decherney, 1997:1172).

Datos de laboratorio

El diagnóstico y la evaluación de la extensión de la enfermedad se sirven de una historia clínica completa y exámenes de laboratorio básicos que incluyen: Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación, examen general de orina y urocultivo (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:375).

Cuando la enfermedad está avanzada hay anemia secundaria a pérdida de sangre e insuficiencia renal por obstrucción, la hipercalcemia indica metástasis esquelética o un componente de células pequeñas (Weiss, 1997:258).

Estudios radiológicos

Los estudios de imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC) o linfangiografía pélvica pueden revelar afectación de los ganglios linfáticos pélvicos o periaórticos y en estos casos se indican una radiografía torácica (Decherney, 1997:1179). La radiografía de tórax puede mostrar enfermedad metastásica y a menudo nódulos perenquimatosos. El enema de bario y el pielograma intravenoso ayudan a la clasificación por etapas (Weiss, 1997:258).

Definición de las etapas clínicas para el cáncer cervicouterino de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 1995).

- * Etapa 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.
- * Etapa I El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix (debe descartarse la extensión al cuerpo).
- * Etapa IA Cáncer invasor identificado sólo microscópicamente. La invasión está limitada al extremo con un máximo de profundidad de 5mm y no más de 7mm de ancho (la profundidad de la invasión no debe ser mayor de 5mm tomada de la base del epitelio o de la superficie glandular de la cual se origina). La infiltración vascular linfática o venosa no altera la etapificación.
- * Etapa IA1 La invasión al estroma no es mayor de 3mm de profundidad no mayor de 7mm de ancho.
- * Etapa IA2 La invasión al estroma es de 3mm pero menos de 5mm de profundidad y no mayor de 7mm de ancho.
- * Etapa IB La lesión clínica confinada al cérvix o lesión preclínica mayor que IA. Todas las lesiones microscópicas aún con invasión superficial son cánceres en etapas IB.
- * Etapa IB1 Lesión clínica no mayor a 4cm.
- * Etapa IB2 Lesión clínica mayor de 4cm.
- * Etapa II El carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero sin invadir la pared pélvica, afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.
- * Etapa IIA Sin invasión de los paramétrios, dos tercios de la pared superior de la vagina se encuentran comprometidos.
- * Etapa IIB Con invasión de los paramétrios, pero no a la pared pélvica lateral.
- * Etapa III El carcinoma se ha extendido sobre la pared pélvica o el tumor afecta el tercio inferior de la vagina: en el examen rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Todos los casos con hidronefrosis o insuficiencia renal deben de incluirse a menos que se conozca se deba a otra causa.
- * Etapa IIIA No hay invasión de la pared pélvica, pero el tumor se extiende al tercio inferior de la vagina.
- * Etapa IIIB Se extiende sobre la pared pélvica, hay hidronefrosis o insuficiencia renal.
- * Etapa IV Implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o ha invadido clínicamente la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema buloso de la vejiga, como tal, no justifica que el caso sea asignado a la etapa IV.
- * Etapa IVA Extensión a los órganos adyacentes (biopsia positiva de la mucosa de la vagina o del recto).
- * Etapa IVB Extensión a órganos distantes (IMSS, 1998:17)

La clasificación por etapas es clínica aunque puede usarse información obtenida de las radiografías de tórax, enema de bario, pielograma intravenoso, etc., con el propósito de efectuar la clasificación por etapas (Weiss, 1997:259).

Complicaciones

La mayoría de las complicaciones del carcinoma cervicouterino se relaciona con el tamaño o invasión tumoral, necrosis del tumor, infecciones y la más grave la metástasis (Decherney, 1997:1180).

2.2.5 Metástasis.

Entre las propiedades que caracterizan las células de los tumores malignos destacan el crecimiento infiltrante y destructivo y la capacidad de emigrar a sitios distantes, donde se originan nuevos nódulos tumorales; estos nódulos tumorales que crecen a distancia sin continuidad con el tumor original se le denomina METASTASIS, implica por tanto el que haya discontinuidad entre la masa del tumor primario y el nódulo desarrollado secundariamente (Pardo, 1988:29).

- Mecanismo de la metastización.

Se concibe como un proceso activo en el que se consume energía, se requiere receptores específicos en la superficie celular y síntesis proteica; las células tumorales mantienen una adherencia mucho menor que las normales. Cuando van a originar una metástasis se desprenden de la masa tumoral, atraviesan activamente los tejidos hasta que alcanzan un vaso linfático o sanguíneo o una actividad serosa o epitelial (Pardo, 1988:30).

En los vasos sanguíneos, las células tumorales aisladas o en pequeños grupos (émbolos) pueden circular hasta lugares muy alejados, la sangre al igual que la linfa constituye un entorno hostil por lo que la inmensa mayoría de las células tumorales que circulan por los vasos son destruidas y han de realizarse múltiples intentos para que una célula o grupos de células tengan éxito en la tarea de originar una metástasis (Pardo, 1988:31). Las vías que pueden seguir las células tumorales para originar metástasis son: Por vía linfática, vía sanguínea, espacios celómicos, espacios cerebroespinales y conductos revestidos por endotelio (Pardo, 1988:32).

- Metástasis del cáncer cervicouterino.

Para el caso del cáncer cervical tiende a propagarse por extensión directa y a dar metástasis tardía; la propagación a los tejidos circunvecinos pueden afectar la mucosa vaginal o extenderse dentro del miometrio del útero especialmente en las lesiones que se originan en el endocérvix, también se propaga por diseminación linfática a los ganglios regionales en la pelvis (Griffiths, 1988:443-444). Finalmente se produce diseminación hacia las estructuras adyacentes la vejiga y el recto. La extensión de la enfermedad para afectar la vejiga o el recto puede presentarse con o sin producción de una fistula vesicovaginal o rectovaginal y por lo general representa un estado avanzado de la enfermedad (Griffiths, 1988: 444).

2.2.6 Tratamiento Preventivo.

La prevención del cáncer cervicouterino se realizará por medio de la promoción de la salud y de la detección oportuna, orientada a evitar o disminuir los factores de riesgo mediante la educación para la salud por parte del profesional de enfermería, enfocados especialmente a las mujeres y sus parejas sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnóstico y terapéuticas.

El objetivo de los programas de prevención específicamente en la detección, es encontrar de manera oportuna lesiones preinvasoras en las mujeres sintomáticas mediante el tamizaje del papanicolaou. Para ello la Sociedad Americana contra el Cáncer y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en 1998 dictaron en consenso la recomendación de realizarse citologías exfoliativas cervical con tinción de papanicolaou a todas las mujeres con vida sexual activa, sin importar la edad a mujeres mayores de 18 años de edad; además de efectuarse un examen pélvico sistemático como parte del programa de detección (Instituto Nacional de Cancerología, 2000: 364- 365) siendo esta prueba de detección esencial un estudio citológico vaginal o frotis de papanicolaou que constituye uno de los avances de importancia con relación a la medicina preventiva.

Debido a la accesibilidad del cuello uterino y el bajo costo del papanicolaou como método de detección, la neoplasia cervical ha sido modelo de eficacia en las medidas de prevención, teniendo la citología una sensibilidad de 78% y de especificidad de 96 a 99% con un valor predictivo de 79% (Instituto Nacional de Cancerología, 2000:373).

La sensibilidad es la capacidad de una prueba para detectar a todas las personas entre una población sometida a detección y se expresa como la proporción de enfermas en quienes la prueba de un resultado positivo y sus errores son: la incapacidad para identificar las anomalías aun cuando esté presente en la laminilla por impericia o error al tomar la muestra sin obtener el material representativo, por otro lado la especificidad describe la capacidad de una prueba para identificar correctamente a aquellas que no están enfermas y se expresan como la proporción de gente sana en la que la prueba da un resultado negativo y sus fuentes de error son de falsos positivos inadecuados interpretaciones de lesiones metaplasicas, inflamación crónica, por hongos, bacterias, parásitos, virus e incluso efectos de la radiación (Instituto Nacional de Cancerología; 2000:373), y el valor predictivo se define como la proporción de pruebas anormales, debido a la presencia de enfermedad alcanzando un valor predictivo la citología de 79%.

Las recomendaciones por parte del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia son que el estudio citológico cervical se debe de realizar cada 3 años en combinación con un examen pélvico anual y que incluso este lapso puede espaciarse más si la paciente tiene bajo riesgo, por otro lado para México se recomienda cada año a partir del inicio de una vida sexual activa y hasta los 65 años de edad en ausencia de factores de riesgo con antecedentes de frotis previos normales.

Los programas de detección idealmente no deben de incluir mujeres que no están en riesgo quienes nunca han sido sexualmente activas, las mayores de 65 años de edad que

han sido sometidas a detección en el pasado y no tienen atipias así como las mujeres con histerectomía total por enfermedad benigna (Instituto Nacional de Cancerología; 2000:37).

Además del tratamiento preventivo existe el ambulatorio y el de internación los que a continuación se mencionan:

Tratamiento ambulatorio

Electrocoagulación.

Medida terapéutica indicada en los procesos tróficos benignos, secundariamente infectados y en procesos cicatrizales anormales y descartar sospechas de malignidad (Mateu, 1982:273).

Criocirugía.

Consiste en el uso de N₂O como terapéutica de contacto directo, aplicado a temperatura de -50 °C en dos periodos de contacto de tres minutos con un intervalo de reposo de cinco minutos entre cada periodo de congelación, el éxito de este tratamiento en las lesiones precursoras es de 90% en NIC I-II y de 85% en NIC III (Instituto Nacional de Cancerología; 2000:367).

Cirugía con láser.

Láser, siglas de amplificación de la luz por emisión estimulada de la radiación. El rayo láser de dióxido de carbono es invisible y por lo general guiado por un segundo láser que emite luz visible; la energía del láser es absorbida por el agua con un alto grado de eficacia y el tejido es destruido principalmente por vaporización. (Dissaia, 1991:28).

Cuagulación fría.

Se trata de una coagulación a una temperatura de 100 °C menor, es económica, rápida, práctica, indolora y pocos efectos colaterales su eficacia es excelente (Dissaia, 1991:28).

Tratamiento con internación.

Conización del cuello uterino.

Para determinar la presencia de o ausencia de la invasión.

Histerectomía (carcinoma in situ)

Aunque el tratamiento quirúrgico y la radioterapia hasta ahora son los métodos más eficaces en etapas clínicas tempranas, sin embargo en etapas IIB, III y IV tienen limitadas posibilidades de curación y/o de condicionar supervivencias prolongadas.

Quimioterapia.

La quimioterapia como tratamiento previo o neoadyuvante se entiende como el manejo terapéutico previo a la cirugía y a la radio terapia (Annal of Oncology, 1998: 267).

En el Instituto Nacional de Cancerología se utilizan combinaciones de 5-fluorouracilo con ciclofosfamida en pacientes previamente tratados en etapas clínicas IV, los agentes empleados en la quimioterapia son: Cis DD-platino, Doxorubicina, mitomicina, VP16 Epirubicina, Topoisomerasas, agentes naturales, CPT II (irinotecan) aunque el uso de bleomicina y mitomicina en estados clínicos avanzados del cáncer cervicouterino es controvertido y el CIS Ddplatino, es quizás hasta ahora el agente más efectivo cuando se utiliza como monodroga, las dosis han sido diferentes, 50 mg/M² de superficie corporal cada tres semanas, ya que parece ser el régimen más apropiado como tratamiento paliativo.

Medidas generales.

- Erradicar infecciones vaginales urinarias y pélvicas antes de iniciar tratamiento quirúrgico o de radiación.
- Corregir la anemia y mejorar la nutrición.
- Controlar el dolor con aspirina con codeína.
- Para el caso de las diarreas la difenoxilato con atropina (lomotil).
- Duchas simples con agua caliente durante la terapia con Rx después del tratamiento con radio por comodidad e higiene (Decherney, 1997:1181).

Medidas quirúrgicas.

Carcinoma microinvasivo: La histerectomía simple o ampliada sin disección ganglionar uretral o vesical extensa.

Carcinoma invasivo: Radio terapia y cirugía radical, histerectomía extensa sin disección de los ganglios linfáticos de la pelvis abdominal o vaginal.

Extirpación del útero, trompas, ovarios, parte de parametrio y parte alta de la vagina. Histerectomía radical y disección de los ganglios, etc.

2.3 PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL CAMPO DE LA SALUD PUBLICA, ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN.

Introducción.

La profesión de enfermería se le ha denominado una de las más antiguas de las artes y la más joven de las profesiones y que ha venido atravesando por numerosas etapas, en la que ha sido partícipe de una cultura de una época determinada; formando parte de los movimientos sociales que la han ayudado en su desarrollo profesional. Es por esto que resulta importante incorporar en este apartado, uno de los campos en donde más ha trabajado, pero que no ha recibido reconocimiento a su labor, que es el campo de la salud pública.

2.3.1 Breve recorrido histórico

Las Enfermeras Visitadoras.

En los albores de la historia de la enfermería se considera como una forma embrionaria de servicio a la comunidad, concretándose al cuidado del individuo enfermo. Desde un principio la enfermería estuvo comprometida con este movimiento social que posteriormente abarca el servicio a la comunidad y a los individuos que la conforman, incorporándose rápidamente a una concepción básica de la enfermería que incluye tanto la salud como la enfermedad. Se considera estas primeras raíces de la salud pública que se ha convertido en un aspecto prominente en el papel de la enfermería en las que se proporcionaron una gama de servicios comunitarios para alcanzar los objetivos.

Así es como van surgiendo las primeras enfermeras domiciliarias, escolares, las enfermeras en salud pública y otras facetas del servicio a la comunidad que nacieron para convertirse de por vida en un componente vital e imprescindible de la enfermería.

“Se considera a las Diaconisas apostólicas como las antecesoras directas de las actuales enfermeras domiciliarias; las hermanas de la caridad visitaban a los enfermos en sus hogares, quienes eran conocidas por su loable esfuerzo. Algunos periodos de la historia registran las visitas a domicilio como la principal actividad de la enfermería, hasta que se desarrollaron los modernos hospitales municipales. (Donahue, 1985:342)

Así con el paso del tiempo en Gran Bretaña se creó una estructura formal de enfermeras domiciliarias gracias al empeño de William Rathbone un acaudalado ciudadano de Liverpool, quien fundó la escuela de la “Royal Infirmary”, esta iniciativa fue seguida por la aparición de otras asociaciones de enfermería domiciliaria(Donahue, 1985:342)

Instituciones de Enfermería Domiciliaria.

La comunidad como objeto de intervención y evaluación dentro del campo de la enfermería tiene raíces antiguas y nuevas en la enfermería de la salud pública.

“Lillian D. Wald tomó acción política y social para cambiar las condiciones de los barrios del sureste de Nueva York durante la primera mitad de este siglo” (Donahue, 1985: 343)

Las instituciones de enfermería fueron uno de los factores que ayudaron a expandir el alcance de la enfermería domiciliaria hasta el campo más amplio de la enfermería en salud pública.

La primera institución fue la mundialmente famosa de la calle Henry, su fundadora Lillian D. Wald(Donahue, 1985:343). Esta enfermera nacida en Cincinnati Ohio y criada en Rochester, Nueva York, era de ascendencia polaco-germano-judío; joven adinerada y con ideales quien se interesa por la necesidad de la enfermería y los servicios sociales entre los pobres. Poco después de graduarse en la New York Hospital School of Nursing en 1891, pasó un año ejerciendo la enfermería en el New York Juvenile Asylum; y después ingresó en el Women's Medical College de Nueva York (Donahue, 1985:343).

Mientras estaba en la Facultad de Medicina; se le pidió que fuera a la zona sureste de Nueva York para enseñar a las mujeres inmigrantes el cuidado de los enfermos; donde quedó profundamente impresionada por lo que encontró allí, grupos de inmigrantes de esos barrios que vivían grandes penurias físicas y económicas, pues los índices de morbilidad eran extremadamente elevados (Donahue, 1985:343-344).

A raíz de sus experiencias vividas, Miss Wald en 1893 decide invitar a una compañera de clase, Mary Brewster, para que fuera a vivir y trabajar con ella en un suburbio. Las dos enfermeras alquilaron el piso superior de un edificio de vivienda en la calle Jefferson y comenzaron a llevar a cabo cualquier tarea de enfermería o labor social que tuvieron en sus manos. Al ver que aumentaba la cantidad de trabajo, compraron la casa del número 265 de la calle Henry, con la ayuda, entre otros de Jacobo H. Schiff, banquero y filántropo (Donahue, 1985:343-344). Esta "Casa de la calle Henry" se convirtió en el servicio de enfermeras visitadoras de la calle Henry que con el tiempo abarcó su centro de enfermería la labor social y un programa organizado de actividades sociales, culturales, educativas y que tenía por objeto modificar las causas responsables de la pobreza y la miseria en sí; por ello Lillian Wald es considerada como la fundadora de lo que actualmente se denomina Salud Pública o Enfermería Comunitaria. También acuña el término Enfermería de Salud Pública y transformó a las enfermeras visitadoras estereotipadas de sus tiempos en los movimientos comunitarios que acabaría por ampliar los horizontes de la enfermería moderna (Donahue, 1985:344-345).

Creó el sistema por el cual los pacientes tenían acceso directo a las enfermeras y ellas acceso directo a los pacientes, ya que las enfermeras debían de estar a la disposición de la gente que las necesitaba sin la intervención de un médico; salvo en los casos justificados, el paciente sería enviado al médico de uno de los dispensarios gratuitos donde el servicio estaba a la disposición de quien los buscara (Donahue, 1985:344-345). La formación era una función esencial del cuidado domiciliario en los pacientes en donde se les enseñaba los principios de higiene y saneamiento, además de aspectos específicos de la salud y la enfermedad, de ahí que el profesional de enfermería deba de ser educado en el mejor sentido de la palabra en este campo.

2.3.2 Vinculaciones orgánicas de la enfermería con la sociedad mexicana y modelos de ejercicio profesional como un conjunto de elementos que orientan y definen la práctica de la profesión.

La profesión de enfermería se articula orgánicamente con el sistema de salud, ya que colabora en el mantenimiento, restauración y reproducción de la fuerza de trabajo; apoya según lo dicten las políticas del sistema de salud en cada época, determinados modelos de atención más adecuados para asegurar el desarrollo eficiente del proceso productivo; participar en la expropiación de la salud de la clase trabajadora; colaborar en los propósitos del estado de utilizar la salud como medio para prevenir o apaciguar conflictos sociales; participa y refuerza la ideologización que de la salud hace la clase capitalista. (Martínez, 1985:54).

La carrera y profesión de enfermería se considera trincheras que protege al estado del desmoronamiento de la base económica, en ellas se afianza la hegemonía de la clase

dominante, pero en ellas también se expresa el conflicto social en forma de lucha política (Martínez, 1985: 44).

La carrera de enfermería se ha propuesto mantenerla como una unidad académica, dadas las características del mercado de trabajo, las afinidades intrínsecas entre sus diversas modalidades y sus legítimos intereses gremiales: los modelos propuestos para la práctica profesional de enfermería las funciones se clasifican en técnicas, organizativas, educativas y de investigación las que a continuación se mencionan (Martínez, 1985:264).

- **Modelo Profesional de Enfermera(o) – Partera(o)**

Tiene como objetivo prestar un servicio materno- infantil de calidad en las zonas rurales y urbanas que se encuentran marginadas de los servicios básicos de salud; su perfil profesional para realizar funciones técnicas es la atención de partos de bajo riesgo y cuidados del recién nacido, atención de problemas obstétricos intermedios, así como detección de problemas mayores para referirlos a los centros adecuados, prestando la atención inmediata que requiera en cada caso. (Martínez, 1985:266).

Dentro de las funciones organizativas tendrá la capacidad de organizar, programar, dirigir, y evaluar los servicios materno - infantil en comunidades marginadas así como promover la participación de madres de familia y de la comunidad, en actividades de atención materno – infantil y coordinar las parteras empíricas.

Reforzar la capacidad de la comunidad para prestar con sus propios recursos la atención materno - infantil con relación al campo educativo, educará a las parteras empíricas así como capacitarlas y educar a la población en general en servicios relacionados con la fecundidad. Para las funciones de la investigación, podrá investigar sistemáticamente la problemática sociocultural de la atención materno infantil y a través de esas investigaciones enriquecer la práctica y adecuar mejor servicio a la población y de dar a conocer los resultados de su investigación a otras enfermeras y a los - responsables de las políticas de salud en el ramo materno- infantil. (Martínez,1985:267).

- **Modelo profesional de Enfermera (o) Sanitaria.**

El enfoque curativo hospitalario ha impedido de alguna manera que se vengam desarrollando adecuadamente acciones de salud práctica principalmente de tipo preventivo, de promoción arraigados en la comunidad; aquí se abre otro campo de acción en la cual puede extenderse la presencia de la enfermera en el campo sanitario con una gran trascendencia; en donde se puede actuar con mayor autonomía del médico (Martínez,1985:268).

Dentro del objetivo de este segundo modelo profesional de enfermera será el de prestar un servicio de calidad que mejore las condiciones de salud de la comunidad, principalmente en las poblaciones rurales y urbanas marginadas; con relación a las funciones técnicas estará capacitada para conocer, prevenir y atender los problemas de salud más frecuentes en la comunidad en las áreas del cuidado del niño como son; el

desarrollo del niño sano, administración de inmunizaciones, atención del niño desnutrido así como detección y canalización de los defectos y malformaciones del niño tanto físicas como mentales. Destacan la atención de las enfermedades del niño más frecuentes como son las diarreas, sarampión entre otras y la presentación de servicios de higiene escolar. Otra área de acción de la enfermera sanitaria son la promoción de salud- de la comunidad; como son la vigilancia y prevención de enfermedades transmisibles, la divulgación de información odontológica, atención geriátrica y la atención de salud mental.

En cuanto a las funciones organizativas tendrá la capacidad de organizar, programar, promover y evaluar la movilización de la comunidad para el cuidado de su salud, promoviendo el establecimiento de estructuras comunitarias autogestionadas que aprovechen los recursos de la comunidad para la acción preventiva y sanitaria; servir de enlace entre la comunidad, instituciones y profesiones más especializadas, coordinando la articulación de los servicios de esta última con los de la comunidad” (Martínez, 1985:269).

Dentro de sus funciones educativas estará capacitada tanto para proporcionar educación directa en salud para formar otras personas como educadoras en salud; así como educar a la comunidad para la atención de su salud con relación a nutrición, prevención de enfermedades, planificación familiar, prevención y curación de alcoholismo y la conservación del medio ambiente. Formar y capacitar a los promotores de salud de la misma comunidad ,detectar recursos tradicionales de la comunidad para el cuidado de su salud y aprovecharlos en sus prácticas y relacionarlos con los recursos de la medicina moderna” (Martínez, 1985:270).

Para las funciones de investigación la enfermera sanitaria estará capacitada para realizar tareas de investigación documental y de campo que contribuyan a orientar y enriquecer su práctica profesional efectuando el diagnóstico epidemiológico de la comunidad e identificar los recursos humanos físicos y tecnológicos disponibles en las regiones para atender la salud además de detectar: prácticas nocivas a la salud y sus causas; investigando la problemática social que condiciona a la salud enfermedad, identificando los conocimientos y la práctica tradicional relacionado con la salud, integrándolos con los de medicina moderna y aprovecharlos al máximo (Martínez, 1985:270).

Modelo Profesional de la Enfermera(o) Hospitalaria.

La ubicación del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, la relación con el equipo multidisciplinario que en él trabaja, sus funciones que realizar la carga de trabajo entre otros aspectos; presentan un conjunto de problemas que es necesario ir superando para modificar las articulaciones orgánicas de la profesión con el actual sistema social y que se hará en la medida en que se logre corregir las condiciones del ejercicio profesional; implicando un modelo profesional de enfermera hospitalaria distinto del actual (Martínez, 1985:271). El objetivo que pretende este modelo profesional es prestar un servicio de calidad en la atención curativa hospitalaria, que se integre con identidad propia en los diferentes servicios de la institución específicamente en las áreas clínicas básicas como: gineco - obstetricia, pediatría, medicina interna y

cirugía general. El perfil profesional que se pretende es que funcionen técnicas en las que estará capacitada para realizar la atención curativa del enfermo, administrando los medicamentos prescritos por el médico, detección oportuna de signos y síntomas que modifiquen el diagnóstico, participando en su revisión, así como en los estudios del caso y otras investigaciones.

Colaborando con las acciones de tipo preventivo orientadas a evitar las complicaciones con relación al cuidado del ambiente; tendrá que mantener un ambiente agradable, ordenado y limpio para propiciar la tranquilidad y el bienestar de los pacientes y colaborando a que se mantenga un ambiente psicosocial sano con todo el personal multidisciplinario del hospital (Martínez, 1985:272).

Según sus diversas atribuciones estará capacitada para participar en las organizaciones de los servicios hospitalarios y en su adecuado funcionamiento participando en la planeación, organización, programación y evaluación de la institución, así como en la organización, programación y evaluación del personal de enfermería; organizar y controlar la documentación clínica de los pacientes y administrar el equipo medicamentos y materiales de la institución. (Martínez, 1985:272-273).

Para las funciones educativas es importante que la enfermera hospitalaria por tener mayor cercanía con el paciente y con sus familiares, contribuirá a las tareas educativas implícitas en la atención hospitalaria, proporcionando al paciente la educación necesaria para entender y seguir su tratamiento durante su estancia en el hospital y prepararlo para las conductas necesarias al salir de él, interactuando con los familiares del paciente de manera que esto contribuya con sus actitudes y comportamiento a su recuperación, además de proporcionarles a los pacientes y a sus familiares el apoyo emocional necesario para enfrentar constructivamente la enfermedad y el régimen hospitalario; y sobretodo participar en la enseñanza de los estudiantes de enfermería relacionadas con los hospitales (Martínez, 1985:273).

Al proponer los modelos del ejercicio profesional de enfermería la revisión de la carrera supone una participación muy intensa por parte de directivos, docentes y estudiantes para darle a la profesión el lugar que se merece y así formar todos juntos "La ciencia de los cuidados."

2.3.3 Perfil Académico Profesional del Egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

La profesión de enfermería ha tenido grandes cambios que con el tiempo se han basado en estrategias, nuevos modelos de lineamientos para el ejercicio profesional y que han servido para que cada escuela modifique sus planes y programas de estudio, de manera que responda a las características particulares del proceso salud - enfermedad de la región o lugar en la que se ubique.

Por lo que la Universidad Nacional Autónoma de México tiene como propósito la formación de profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que vinculados a la necesidad del país participen con una

perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad (Plan de Estudios de la E.N.E.O, 1992).

Conforme con los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica, los egresados de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U. N. A. M. se han distinguido por un "desempeño meramente profesional que contribuye de alguna manera a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a las grandes mayorías, proponiendo e impulsando las transformaciones que vayan derivando en una sociedad más sana, justa y democrática."(Plan de Estudios de la E.N.E.O., 1992).

Para cumplir adecuadamente con sus responsabilidades profesionales el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, se caracteriza por su capacidad para lo siguiente:

- Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.

- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud – enfermedad, a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del sector salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.

- Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los tres niveles de atención y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.

- Participar, multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución posible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodología simplificadas a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

- Aplicar los métodos clínico y epidemiológico con enfoque social, para conocer y delimitar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos; así mismo considerar programas integrales pendientes al mejoramiento del nivel de salud y del bienestar.

- Aplicar acciones preventivas- terapéuticas de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base a un criterio anticipatorio al daño potencial a la salud, en función de revertir o limitar la evolución de los procesos patológico en el ámbito hospitalario y comunitario de asistencia social.

-Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementan el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

-Sistematizar el estudio clínico integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración organica-funcional, durante las diversas etapas de la vida.

-Elaborar juicios clínicos que permitan la toma de decisiones acerca de la atención específica de enfermería que debe proporcionarse al paciente, para contribuir con las cuatro ramas troncales de la medicina y las diversas especialidades en los procesos hospitalarios de restablecimiento de la salud.

-Proporcionar atención de Obstetricia a la paciente de bajo riesgo perinatal considerando los métodos clínicos y epidemiológicos para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio, madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.

-Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración - al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de la salud.

-Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico y educativo para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, a fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud.

-Aplicar los conocimientos de la docencia, participando en la formación, actualización y capacitación de los recursos humanos.

-Distinguir los aspectos legales relacionados con la práctica de enfermería, tanto en las instituciones como en el ejercicio libre de la profesión.

-Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos,

-Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional.

El perfil académico del egresado de la Licenciatura en Enfermería en los puntos antes mencionados, se logrará siempre y cuando el alumno tenga identidad propia con la profesión, un carácter propio para llevarla adelante para darle en el terreno laboral una atención de calidad, tanto científica como humanística y así mismo ir dignificando la Profesión de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

2.3.4 Revaloración de la profesión de Enfermería.

Para quienes ejercemos la profesión de enfermería, la valoramos de acuerdo a como nos ha servido en el terreno laboral, pero Martínez, 1985 en su libro Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermera, da a conocer que la profesión de enfermería se revela con una gran potencialidad, el análisis descubre las siguientes razones que fundamentan su potencialidad:

-Es una profesión muy numerosa.

-Sus servicios son indispensables para la atención de la salud

-Sus servicios atañen el nervio mismo del sistema productivo, ya que de ellos dependen el mantenimiento, la restauración y la reproducción de la fuerza de trabajo.

-Su campo profesional es extraordinariamente amplio, y está abierto a nuevas modalidades que hagan posible la tecnología de la salud.

- La diversidad de niveles que comprenden, auxiliares, generales, técnicos y licenciatura, plantean la posibilidad de integración vertical entre ellos, lo que redundará en una mayor cohesión interna de la profesión.

-La mayor parte de sus miembros demuestran una gran dedicación a su trabajo y un notable esfuerzo por mejorar su calidad.

-Su condición de profesión cautiva, facilita la identificación, comunicación y cohesión entre sus miembros.

-Políticamente sus servicios afectan muy directamente las bases de legitimación del estado. La reciente elevación del derecho a la salud a rango constitucional, pone de manifiesto que el estado identifica la salud como beneficio relevante en el sustento práctico de su poder. Estos hechos indican la potencialidad de la enfermería, aunque se requiere de parte de todos los miembros de la profesión y muy particularmente de sus dirigentes gremiales y académicos un esfuerzo para revalorar la profesión.

2.3.5 Ideología de la profesión.

Dentro de las profesiones se elaboran ideologías propias que cumplen con diversas funciones como la identidad profesional, la cual cuenta de 2 clases de elementos:

Unas residuales, que son recogidas de la tradición histórica y otras añadidas en etapas más recientes. Entre los primeros figuran los siguientes aspecto:

- Una ética laboral propia de los gremios medievales que atribuían un valor intrínseco al trabajo y se considera la realización de una vocación personal.
- Un ideal de servicio universal, en donde el profesional debe estar al servicio de todas las clases sociales sin distinción y solidarizarse con todas ellas. (Martínez, 1985:37)
- Una jerarquía entre el trabajo culto y el trabajo manual o servil.

El prestigio de la profesión, basada en la nobleza, en donde el individuo es el propietario de sus facultades y habilidades; ya que lo que logra es por sus esfuerzos y méritos y quien no debe nada a la sociedad; y que todo lo que adquiere lo

convierte en un atributo de su persona y que en la competencia del terreno laboral solo vence el mejor.

- La competencia profesional es considerada así misma como propiedad individual.
- El ideal de servicio traducido, es una obligación moral y se considera un Código ético
- El concepto de mercado libre de necesidades y servicios en donde solo triunfa el mejor.
- La autonomía de la profesión como tal; dada la capacidad para autorregularse y la responsabilidad moral de las profesiones; forman todas las profesiones y les da una identidad. (Martínez, 1985: 38-39).

Legitimación Profesional.

La ideología sirve para legitimar la profesión ante la sociedad: Legitima el estatus e ingreso del profesional, la nobleza, por el ideal de servicio, el carácter universal y la bondad de la ciencia, una autonomía laboral ante la sociedad y responsabilidad moral, validez de la relación individual entre el profesional y su cliente, la existencia de una institución corporativa del grupo profesional, pues los une a todos una misma ideología.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO DE
REFERENCIA

3.1 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD DE CUITZITÁN MUNICIPIO DE SALVADOR ESCALANTE, MICHOACÁN.

3.1.1 Localización. (Medio físico y geográfico)

La comunidad de Cuitzítán se localiza en el centro del estado de Michoacán, a una altura de 2100 metros sobre el nivel del mar aproximadamente; limita al norte con Salvador Escalante y al este con Huiramba y Tacámbaro, al sur con Ario de Rosales y al oeste con Zitacuaro respectivamente, dicha comunidad pertenece al municipio de Salvador Escalante(Santa Clara).

3.1.2 Perfil histórico cultural.

Cuitzítán es una comunidad cuyo nombre es de origen Purépecha, sus primeros habitantes dedicados a trabajar con los grandes hacendados de la época del Porfiriato que ahí habitaban. Durante la jornada de trabajo desde tempranas horas de la madrugada se disponían a realizar sus actividades que consistían básicamente en ordeñar todo un cargamento del ganado vacuno, para posteriormente realizar la venta de la leche y sus derivados en la ciudad de Pátzcuaro, transportándose en burro o muchas veces a pie; otros productos que se comercializaban eran las cosechas de maíz, frijol, duraznos entre otros.

Por su parte las señoras se disponían hacer tortillas que también las vendían en Pátzcuaro y el ingreso que obtenían lo ocupaban para algunos víveres para sus familias. Después de una larga jornada de trabajo, las señoras recibían a sus esposos con una fogata y un buen rico atole blanco.

Así con el paso del tiempo los grandes hacendados fueron desapareciendo y las tierras que ocupaban, pasaron a formar parte del ejido, y de ahí a las familias que trabajaban con los grandes hacendados conformando así lo que hoy es la comunidad de Cuitzítán.

3.1.3 Población.

Dentro de la comunidad de Cuitzítán en 1995 la población representaba 711 habitantes con una distribución proporcional de hombres y mujeres, según el censo de población y vivienda de 1995 del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, pero actualmente cuenta con un alto porcentaje de emigrantes a los Estados Unidos de Norteamérica.

3.1.4 Educación, Recreación y Deporte.

La comunidad cuenta con un centro educativo de preescolar, una primaria, una telesecundaria, además de recibir los servicios del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos por temporadas.

Cuenta con una cancha deportiva de fútbol acondicionada a sus posibilidades al igual que una especie de rodeo y una parte del cerro donde se organizan excursiones y reuniones para la recreación y esparcimiento de sus habitantes.

3.1.5 Servicios de Salud.

En cuanto a los servicios de salud, única y exclusivamente cuentan con un auxiliar de salud por parte de la Secretaría de Salud de la jurisdicción sanitaria número 4 de Pátzcuaro, Michoacán quien la capacita, aportándole los conocimientos básicos de primeros auxilios para atender la demanda de su población. Por otro lado cuentan con los programas temporales de salud que se les brinda por la misma institución, como es la brigada de salud de la unidad móvil del programa de "Salud Rural."

3.1.6 Vivienda.

Las construcciones de la comunidad son en su mayoría por orden de aparición de madera, les siguen las de adobe, por último las de tabicon y otros materiales. Cuentan con agua potable que se distribuye desde un manantial con una pequeña bomba que ellos compraron y pozos subterráneos, además de contar con letrinas y los servicios básicos de luz eléctrica.

3.1.7 Hidrografía.

Su hidrografía le constituye el lago de Cuitzítán y manantiales de agua fría como el baño, el pocito y el tapamo.

3.1.8 Clima.

Su clima es templado y tropical con lluvias en verano con temperaturas que oscilan de 5.4 a 24.1 oC.

3.1.9 Orografía.

Su relieve lo constituye el Cerro del Renoval, Cerro Grande y el Cerro de la Rosa.

3.1.10 Suelo.

Predomina la piedra laja.

3.1.11 Transporte.

Se llega por la carretera federal en microbuses que viajan de la capital de Morelia a Ario de Rosales atravesando la comunidad de Cuitzítán y por taxi se llega de Pátzcuaro pasando por el municipio de Salvador Escalante hasta la población.

3.1.12 Actividades Económicas.

Principalmente se dedican a jornaleros, a la agricultura y a la cosecha del aguacate.

3.1.13 Agricultura y Ganadería.

Se cultivan por orden de aparición maíz, frijol, habas, papas. Se dedican a la cría de aves de corral, como gallinas, patos, guajolotes, cerdos, conejos y solamente unos cuentan con ganado vacuno en mínima cantidad.

3.1.14 Flora y fauna.

En la comunidad predomina el bosque mixto con pinos y encinos, la parata, ceiba, oyamel, así como árboles frutales como son el aguacate, la granada, la cordelina, el peral, membrillo, ciruela amarilla y roja, durazno, tejocote, capulín, mandarina agria y zarzamoras silvestres.

Su fauna la conforma él tlacuache, cacomixtle, coyotes, zorros, liebres, conejos, mapaches, comadreas, ardillas, patos silvestres, en la laguna se encuentran las Carpas, Chapos y durante el verano predominan una gran variedad de Golondrinas.

3.1.15 Fiestas Populares.

En la comunidad de cuitzítán festejan al santo patrono San José Carpintero el día 19 de marzo, con una berbena popular, el 12 de Diciembre mañanitas a la virgen de Guadalupe, la celebración del año nuevo, en semana santa la representación de la pasión de Cristo, en viernes santo se realiza la procesión con imágenes religiosas, el día de muertos llevan las ofrendas al panteón en donde velan a sus difuntos. Durante las posadas se organizan con las catequistas todas las familias para la elaboración de piñatas, ponche, aguinaldos, etc. y las personas que no pueden aportar la cooperación por falta de recursos económicos solo cumplen con llevar una vela a la iglesia a la virgen de Guadalupe.

3.1.16 Alimentos, Dulces y bebidas Típicas.

Se acostumbra a cocinar la raíz del chayote en diferentes formas, el atole blanco sin azúcar, atole de pinol, nacatamales una especie de tamales con carne adentro, los huachepos, mole y el pescado de carpa frito.

Dentro de la variedad de dulces destacan el de leche, membrillo, arroz, dulce de durazno y de manzanilla(tejocote).

La bebida típica es el agua hecha a base de zarzamoras silvestres de temporada.

3.1.17 Trajes típicos.

El traje regional en el caso de las mujeres casi ha desaparecido pero aun conservan el uso del rebozo negro con blanco y gris, con sus blusas bordadas o lisas, rollo, mandil; por lo regular pocos usan los huaraches, para el caso de los hombres sus vestimentas ya son con material industrializado, ya que anteriormente ellos confeccionaban sus trajes.

CAPITULO IV

ESTRUCTURA DE LA

INVESTIGACIÓN.

4.1 VARIABLES E INDICADORES.

4.1.1 Variable Independiente: Educación para la salud en la prevención del cáncer cervicouterino.

. Indicadores:

- Información errónea.
- Desconocimiento que exista la prueba.
- Analfabetismo.
- Nivel económico bajo.
- Ignorancia.
- Temor al tamizaje del papanicolaou.
- Nivel de estudios.
- Miedo a la exploración.
- Hábitos higiénicos.
- Orientación nutricional.

4.1.2 Variable dependiente: Cáncer cervicouterino.

. Indicadores.

- Edad.
- Mujeres con vida sexual activa.
- Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino.
- Demostración del procedimiento.
- Interés por su salud.
- Cambio de conducta.

- Obtención y comprensión del conocimiento.
- Edad reproductiva.

4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.

4.2.1 Tipo.

Esta investigación es de tipo descriptiva y transversal.

- Es descriptiva, porque se van a describir todos los fenómenos que ocurren en torno a la educación para la salud en cuanto a la prevención del cáncer cervicouterino y que determinan en cierta medida el comportamiento para la toma del papanicolaou en la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.
- Es transversal, porque el estudio se va a realizar en dos tiempos: la primera en donde se aplicará a las mujeres un cuestionario en torno a los conceptos básicos de la educación para la salud, conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y lo relacionado a la higiene, costumbres, religión, etc., con el objeto de saber que tanto conocen sobre la prevención del cáncer cervicouterino y si desean practicarse el tamizaje del papanicolaou y en segundo lugar, se va a dar educación para la salud con las técnicas y recursos didácticos con relación a la prevención del cáncer cervicouterino de una manera clara y entendible y evaluar qué tanto las mujeres, desean realizarse la prueba del papanicolaou.

4.3 METODOLOGIA.

La metodología de la investigación es con relación a los siguientes aspectos:

- Conocer las poblaciones asignadas del módulo Pátzcuaro II correspondientes a los Municipios de Salvador Escalante, Erongaricuaró y Pátzcuaro, Michoacán.
- Planteamiento de un problema de investigación con relación al campo de enfermería enfocado al primer nivel de atención, partiendo de lluvia de ideas por parte del investigador y desarrollar un listado de posibles problemas con sus respectivos títulos.
- Documentarse acerca del problema a investigar y la bibliografía relacionada al proceso de la investigación científica tanto general como de la misma enfermería.
- Asistencia a las bibliotecas del CREFAL, ENEO, IMSS, UNAM, y otras instituciones a fin de consultar las referencias bibliográficas necesarias para la construcción del marco teórico de las variables en estudio.
- Elaborar fichas de trabajo y bibliográficas.
- Elaboración de un borrador en donde se incluyen planteamiento del problema, justificación, objetivos, hipótesis y variables entre otros.

- Elaborar los recursos didácticos, como rotafolios y periódico mural con sus respectivos guiones, así como propaganda, acetatos y diapositivas, todas relacionadas a la prevención del cáncer cervicouterino enfocadas a la comunidad.
- Con previa asesoría, elaboración de los instrumentos de recolección de datos como es el cuestionario para aplicarlos a las mujeres en estudio, antes y después de haber recibido educación para la salud.
- Con base a la Información dada a las mujeres en la prevención del cáncer cervicouterino, preguntar quién de la población comunitaria quiere realizarse el tamizaje del papanicolaou visitándolas en su domicilio.
- Capturar, clasificar y analizar los datos para su tabulación en cuadros .
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones finales.
- Glosario de términos, anexos, apéndices y referencias bibliográficas.
- Entrega de información avanzada cada mes con el asesor de tesis.
- Registro del protocolo de investigación en la E.N.E.O. de la U.N.A.M.

4.3.1 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

- Para la elaboración de los criterios de inclusión se tiene a todas las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de San Salvador Escalante, Michoacán.
- Respecto a los criterios de exclusión se encuentran todas las mujeres que no tengan vida sexual activa.
- En cuanto a los criterios de eliminación se encuentran niñas, hombres, ancianos y mujeres.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

En las técnicas de investigación que se pretenden utilizar para la investigación están:

4.4.1 Fichas de trabajo.

A través de las fichas de trabajo será posible la recolección de toda la información que fundamentará el problema y las hipótesis además del marco teórico y conceptual, que es la evidencia empírica base de la investigación.

4.4.2 Observación.

Mediante la observación se podrán plasmar las experiencias obtenidas en el terreno laboral como es el comportamiento; además del tipo de información que se obtenga.

4.4.3 Entrevista.

Esta se realizará a todas las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

4.4.4 Cuestionario.

Este es el principal instrumento para recolectar los datos y se aplicará a todas las mujeres con vida sexual activa de la misma comunidad.

4.5 UNIVERSO Y POBLACIÓN

- El universo lo constituyen el 100 % del fenómeno del estudio que para la comunidad de Cuitzítán la habitan mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa y sin vida sexual activa.

- La población son exclusivamente mujeres con vida sexual activa con un total de 59 respectivamente y que son de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, pertenecientes al módulo de Pátzcuaro II de la Jurisdicción Sanitaria No 4 de Pátzcuaro Michoacán.

- Muestra no se requirió ya que se trabajó únicamente con la población

Prueba Estadística: Se analizarán las variables a través de: distribución de frecuencia simple y porcentajes.

4.6 LÍMITES:

- Tiempo: Del 6 de marzo de 1999 al 31 de marzo de 2000.
- Lugar: Comunidad de cuitzítán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

4.7 RECURSOS HUMANOS.

- Asesora de tesis.
- Auxiliar de salud.
- Mujeres de la comunidad con vida sexual activa.
- Personal de la unidad móvil.
- Líderes de la comunidad.
- Capturista de datos.
- Pasante del servicio social encargado de la investigación.

4.8 RECURSOS FÍSICOS:

- Casa del auxiliar de salud.
- Casa de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad.
- Bibliotecas del CREFAL, ENEO, UNAM, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL EN SALUD DEL I.M.S.S. Y S.S.A., entre otros.
- Jurisdicción sanitaria No. 4 de Pátzcuaro Michoacán.

4.9 RECURSOS MATERIALES

Hojas blancas, maquina de escribir, cinta para máquina, corrector, plumas, lápices, goma, colores, cartulinas, papel manila, fichas de trabajo, rotafolios, diapositivas, trípticos, video del cáncer cervicouterino, pizarrón, computadora, para el equipo de la toma de citologías vaginales están: espejos vaginales, guantes estériles y desechables, lampara de mano, laminillas porta objetos, espátula de ayde, cinta testigo, crey, cloro, jabón, cubetas, papelería para el registro de datos, maletín porta laminillas, papel carbón, cito spray.

4.10 RECURSOS ECONÓMICOS

\$5, 900.00 M/N

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUADRO No 1

Edad de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Edad.	Fo	%
16 - 25	13	22.0
26 - 35	23	39.0
36 - 45	9	15.3
46 - 55	8	13.6
56 - 65	3	5.0
66 y más	3	5.1
TOTAL	59	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, perteneciente al módulo II de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de Pátzcuaro, Michoacán, del 1 al 20 de julio de 1999.

DESCRIPCIÓN : De la población encuestada, se observa que el 39 % de ésta son mujeres de 26 a 35 años de edad, seguidas del 22 % de mujeres en edad de 16 a 25 años respectivamente; esto indica que la población que se encuentra con vida sexual activa es del 61 % sumando las dos edades.

CUADRO No. 2

Estado civil de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán
Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Estado civil.	Fo	%
- Casadas.	53	89.9
- Unión libre.	3	5.1
- Madres solteras.	2	3.3
- Viudas	1	1.7
TOTAL.	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.1

DESCRIPCIÓN: Para el estado civil el 89.9 % es el grupo blanco a quien hay que prevenir mediante la información del tamizaje del papanicolaou, mientras que el 3.3 % y 1.7 % presentan una incidencia más baja que entre las de unión libre con un 5.1 %

CUADRO No. 3

Número de hijos de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Numero de hijos	Fo	%
1 - 4	37	62.7
5 - 8	13	22.0
9 -12	8	13.6
Ninguno	1	1.7
TOTAL.	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.1

DESCRIPCIÓN: Para el número de hijos el 62.7 % presenta un factor de riesgo junto con el 22 % que sumando las dos nos dan el 84 % de riesgo a padecer cáncer cervical, el 13.6 % presenta una alta paridad con un riesgo mayor a la neoplasia cervical, en comparación con 1.7 % con una baja incidencia a padecerlo.

CUADRO No 4

Actividades ocupacionales de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzitán Municipio de Salvador Escalante Michoacán

1999

Ocupación	Fo	%
- Ama de casa	58	98.3
- Comerciante	1	1.7
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para las actividades que desempeñan observamos que el 98.3 % se dedica al cuidado del hogar y la familia refiriendo que tienen un sin número de ocupaciones en el hogar dejando su salud en segundo termino

CUADRO No. 5

Religión que practican las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de
Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Religión	Fo	%
- Católica	57	96.6
- Evangelista	1	1.7
- Testigos de Jehová	1	1.7
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.1

DESCRIPCIÓN: La religión que predomina en la comunidad es la católica con un 96.6 % la cual hasta el momento no impide realizarse cualquier examen diagnóstico a diferencia de los testigos de jehová con 1.7 %

CUADRO No. 6

Grado de estudios de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de
cuitzitán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán

1999

Grado de estudio	Fo	%
- Primaria completa	13	22.0
- Primaria incompleta	29	49.2
- Secundaria completa	8	13.6
- Secundaria incompleta	6	10.2
- No fue a la escuela	3	5.0
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 49.2 % cuenta con la primaria incompleta, en comparación con el 13.6% con secundaria completa a diferencia del 5 % que son analfabetas limitando la interpretación de la información sobre el cáncer cervicouterino.

CUADRO No. 7

Edad en que contrajeron matrimonio las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Edad en que se caso.	Fo	%
13 – 16 Años	12	20.3
17 – 20 Años	35	59.3
21 – 24 Años	8	13.6
25 – 28 Años	2	3.4
29 y más	2	3.4
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para la edad destaca el 59.3 % que presenta un riesgo a padecer una Neoplasia cervical, seguidas de un 20.3 % que iniciaron antes de los 16 años de edad en comparación de un 3.4 % .

CUADRO No. 8

Ingresos económicos semanal de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

INGRESOS	Fo	%
100 - 150 Pesos.	36	61.0
160 - 200 Pesos.	13	22.0
210 - 250 Pesos.	7	11.9
260 - 300 Pesos	2	3.4
310 y más	1	1.7
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.1

DESCRIPCIÓN: Para los ingresos a la semana destaca el 61% que sus recursos económicos son extremadamente deficientes teniendo una deficiente calidad de vida.

CUADRO No.9

Conocimientos que tienen las mujeres con vida sexual activa acerca de la prevención del cáncer del cuello de la matriz de la comunidad de cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino.	Fo	%
SÍ	3	5.1
NO	56	94.9
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el 94.9 % vive sin saber acerca de la prevención del cáncer Cervicouterino mientras que el 5.1 % presenta un conocimiento superficial sobre la prevención.

CUADRO No. 10

Conocimientos que tienen las mujeres con vida sexual activa sobre el concepto del cáncer cervicouterino de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Concepto de cáncer cervicouterino.	Fo	%
- Crecimiento de células en las cervicales.	10	16.9
- Crecimiento de células en el cuello del útero.	16	27.1
- Crecimiento de células anormales que afectan el músculo liso del cuello de la matriz.	6	10.2
- Tumor malo que crece en el cuello.	8	13.6
- Crecimiento y tumor de células en las cervicales provocadas por tomar anticonceptivos.	19	32.2
TOTAL.	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Del total de la población el 32 % relaciona el concepto del cáncer cervicouterino con la toma de anticonceptivos.

CUADRO No. 11

Conocimiento que cuentan las mujeres con vida sexual activa sobre el método existente para la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1999

Método para detectar el cáncer cervicouterino.	Fo	%
SI	23	39.0
NO	36	61.0
TOTAL	59	100.0

Fuente: misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el 61% refiere no saber que existe un método de detección oportuna del cáncer cervicouterino, mientras que el 39 % si lo conoce.

CUADRO No. 12

Mujeres con vida sexual activa que se han realizado el tamizaje del papanicolaou para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, de la comunidad de cuitzitán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Se ha realizado el papanicolaou.	Fo	%
SÍ	7	11.9
NO	52	88.1
TOTAL	59	100.0

Fuente: misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Del total de la población un 88.1 % refiere que no se han realizado la prueba del papanicolaou.

CUADRO No. 13

Mujeres con vida sexual activa que conocen como se realiza la prueba del papanicolaou de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Sabe usted en que consiste la prueba del papanicolaou.	Fo	%
SÍ	2	3.4
NO	57	96.6
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Sobre los conocimientos de como se realiza la técnica del tamizaje del papanicolaou un 96.6 % lo ignora y solo el 3.4 % refiere tener solo una idea.

CUADRO No. 14

Causas por las cuales las mujeres con vida sexual activa no se ha realizado el Tamizaje del papanicolaou de la comunidad de Cuitzitán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Causas	Fo	%
- Por miedo a que resulte positiva la prueba.	16	27.0
- Por pena o vergüenza.	13	22.0
- Miedo a la exploración y al dolor.	11	18.7
- Porque no tengo dinero para ir al centro de salud.	7	12.0
- No tengo tiempo y no sé que es eso.	12	20.3
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 27 % refiere el factor miedo por lo cual no se ha realizado alguna vez el tamizaje del papanicolaou, seguida del 22 % que les da pena.

CUADRO No. 15

Conocimiento con los que cuentan las mujeres con vida sexual activa acerca del concepto de la Educación para la Salud de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Conocimiento	Fo	%
- Ir al médico cuando uno esta enfermo.	10	16.9
-Oír platicas de enfermedades en el centro de salud.	22	37.3
- Orientación sobre como prevenir enfermedades y cambios de conducta hacia la salud.	7	11.9
- Que nos den medicamentos y saber como tomarlos para curarnos.	5	8.5
- No lo sabe.	15	25.4
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el concepto de la educación para la salud el 37.3 % menciona que para ellos es solamente oír platicas de enfermedades sin que entiendan.

CUADRO No. 16

Personal de salud que proporciona educación para la salud a las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Personal de Salud	Fo	%
- Por parte de Enfermeros y Enfermeras.	25	42.4
- Por parte de Maestros, Sacerdotes, Vecinos u otros.	2	3.4
- Por parte de la Auxiliar de Salud.	18	30.5
- Por parte de revistas y folletos que nos dan.	1	1.7
- Por parte del Médico.	13	22.0
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para quienes proporcionan educación para la salud tenemos a un 42.4 % que es por parte del personal de enfermería sin llevar un adecuado proceso de educar mientras que un 22 % da la información con términos científicos sin promover el aprendizaje.

CUADRO No. 17

Acceso a los servicios de salud como derechohabientes con los que cuentan las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Acceso a los servicios de salud	Fo	%
SÍ	4	6.8
NO	55	93.2
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Del total de la población encuestada solo el 6.8 % cuenta con los servicios básicos de salud como derechohabiente y el 93.2 % sin atención medica.

CUADRO No. 18

Servicios de salud con los que acuden, cuando se encuentran enfermas, las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Servicios de salud	Fo	%
- Auxiliar de Salud, curandero o hierbero.	1	1.7
- Personal de enfermería.	0	0
- Médico particular.	7	11.9
- Programa de "salud rural" de la S.S.A.	40	67.8
- No se atiende y toma cualquier cosa o té hasta que se le pasa.	11	18.6
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Del total de la población destaca el 67.8 % que acuden al programa de Salud rural por ser servicios meramente gratuitos pero no permanentes en su comunidad.

CUADRO No. 19

Influencia de la religión para la toma de decisión para realizarse oportunamente la prueba del papanicolaou, de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Influencia de la Religión	Fo	%
SÍ	0	0
NO	59	100.0
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para la influencia de la religión para la toma del papanicolaou el 100% coincide que su religión no es un factor para que se realicen la prueba.

CUADRO No. 20

Influencia de las costumbres y los valores morales para decidir la realización del papanicolaou de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Influencia de costumbres	Fo	%
SÍ	2	3.4
NO	57	96.6
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: En relación a la influencia de las costumbres y valores morales el 3.4 % se encuentra influenciado para no realizarse la prueba del papanicolaou.

CUADRO No. 21

Higiene personal de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de
Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán

1999

Higiene Personal	Fo	%
- Diario	2	2.4
- Cada tercer día	48	81.3
- Cada 5 días.	6	10.2
- De vez en cuando.	1	1.7
- Cuando hay agua	2	3.4
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: De las mujeres encuestadas destaca el 81.3 % quien acostumbra la higiene cada tercer día, seguida del 10.2 % que lo realiza cada 5 días.

CUADRO No. 22

Infecciones vaginales que padecen las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Infecciones vaginales	Fo	%
SÍ	15	25.4
NO	44	74.6
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Las infecciones vaginales refirieron padecerlas un 25.4 % de la población encuestada .

CUADRO No. 23

Características de las secreciones vaginales que padecen las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Características	Fo	%
- Color blanco olor a leche cortada	13	86.7
- Flujo amarillo, olor ácido.	2	13.3
- Amarillo verdoso espumoso con olor a pescado.	0	0
- Revuelto con sangre sin que este reglando o menstruando.	0	0
TOTAL	15	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 86.7 % de las mujeres refieren secreciones vaginales de características color blanco.

CUADRO No. 24

Higiene del área genital que realizan las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de
cuitzitán Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Forma de aseo del área genital	Fo	%-
- De atrás para adelante.	33	55.9
- De adelante para atrás.	15	25.4
- En forma circular.	1	1.7
- Siempre hacia arriba	6	10.2
- Me aseo con agua y jabón	4	6.8
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No1

DESCRIPCIÓN: El 55.9 % de la población encuestada presentan deficientes hábitos de higiene perianal y genital, siendo propensas a infecciones vaginales.

CUADRO No. 25

Consumo de verduras de las mujeres con vida sexual activa de la
Comunidad de Cuitzitán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Consumo de verduras	Fo	%
SÍ	42	71.2
NO	17	28.8
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el aspecto nutricional encabeza el gusto por las verduras un 71.2 % mientras que el 28.8 % no las prefieren a pesar de que algunas verduras las encuentran en su comunidad.

CUADRO No. 26

Verduras que más consumen las mujeres con vida sexual activa de la
Comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Consumo de verduras	Fo	%	Fo	%	TOTAL
	SÍ		NO		
Papas.	56	95.0	3	5.0	59
Calabacitas.	50	84.7	9	15.3	59
Zanahorias.	49	83.0	10	17.0	59
Nopales.	43	72.9	16	27.1	59
Col.	30	50.8	29	49.2	59

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: las preferencias por las verduras que consumen más seguido se encuentra las papas con 95 % y las que menos consumen se encuentra la col con un 49.2%.

CUADRO No. 27

Verduras que menos consumen las mujeres con vida sexual activa de la Comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Verduras que menos consumen	Fo Sí	%	Fo NO	%	TOTAL
- Quelite	1	1.7	58	98.3	59
- Espinacas	1	1.7	58	98.3	59
- Ejotes	2	3.4	57	96.6	59
- Pepinos	3	5.0	56	95.0	59
- Rábanos	4	6.8	55	93.2	59

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Las verduras que menos consumen de 59 mujeres encuestadas solo de 1.7 a 6.8 % las consumen a pesar de que son accesibles.

CUADRO No. 28

Frutas que más consumen las mujeres con vida sexual activa de la Comunidad de Cuitzitán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Consumo de frutas	Fo SÍ	%	Fo NO	%	TOTAL
Plátano	47	79.7	12	20.3	59
Naranja	35	59.3	24	40.7	59
Manzana	28	47.5	31	52.5	59
Durazno	17	28.8	42	71.2	59
Pera	15	25.4	44	74.6	59

Fuente: Misma del cuadro No.1

DESCRIPCIÓN: Para las preferencias por las frutas el 79.7 % consumen el plátano y el 74.6 % no consumen la pera.

CUADRO No. 29

Fruta que menos consumen las mujeres con vida sexual activa de la Comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Frutas que menos consumen	Fo SÍ	%	Fo NO	%	TOTAL
Cirucla	1	1.7	58	98.3	59
Mandarina	1	1.7	58	98.3	59
Guayaba	2	3.4	57	96.6	59
Piña	2	3.4	57	96.6	59
Melón	2	3.4	57	96.6	59

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Las frutas que menos consumen 98.3 % mientras que el 3.4 % las consumen.

CUADRO No.30

Interés que tiene las mujeres con vida sexual activa de aumentar más Información con relación al cáncer cervicouterino de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Interés por saber más del cáncer cervicouterino	Fo	%
SÍ	54	91.5
NO	5	8.5
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 91.5 % tienen interés por que se difunda la información sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

CUADRO No. 31

Interés que tiene las mujeres con vida sexual activa en saber más acerca de la
Prevención del cáncer cervicouterino de la comunidad de
Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Interés por prevenir el cáncer cervicouterino	Fo	%
SI	54	91.5
NO	5	8.5
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el 91.5% tienen interés en saber más acerca de la prevención sobre el cáncer cervicouterino y como evitarlo.

**RESULTADOS DEL SEGUNDO CUESTIONARIO APLICADO A LAS MUJERES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA COMUNIDAD DE CUITZITÁN,
MUNICIPIO DE SALVADOR ESCALANTE, MICHOACÁN.**

CUADRO No. 1

Conocimiento que adquirieron las mujeres con vida sexual activa acerca de la prevención del cáncer del cuello de la matriz de la comunidad de Cuitzitán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino	Fo	%
SÍ	52	88.1
NO	7	11.9
TOTAL	59	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzitán, municipio de Salvador Escalante, perteneciente al módulo II de la Jurisdicción No. 4 de Pátzcuaro Michoacán del 1 al 10 de agosto de 1999, después de haber recibido educación para la salud acerca de la prevención del cáncer cervicouterino

DESCRIPCIÓN: El 88.1 % conoce con precisión acerca de la prevención del cáncer Cervicouterino después de implementar el curso de educación para la salud y el 11.9 % se le olvidó.

CUADRO No. 2

Conocimiento que adquirieron las mujeres con vida sexual activa sobre el concepto del cáncer cervicouterino de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

Concepto de cáncer cervicouterino	Fo	%
- Crecimiento de células en las cervicales.	2	3.4
- Crecimiento de células en el cuello del útero.	7	11.9
- Crecimiento de células anormales que afectan el músculo liso del cuello de la matriz.	46	77.9
- Tumor malo que crece en el cuello.	4	6.8
- Crecimiento y tumor de células en las cervicales provocadas por tomar anticonceptivos.	0	0
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: En relación al concepto sobre el cáncer cervicouterino un 77.9 % adquirió el conocimiento que al principio lo relacionaba con la ingesta de anticonceptivos.

CUADRO No. 3

Conocimiento que adquirieron las mujeres con vida sexual activa sobre el método para prevenir el cáncer cervicouterino de la comunidad de Cuitzítán, municipio de Salvador Escalante, Michoacán.

1999

	Fo	%
SÍ	55	93.2
NO	4	6.8
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el 93.2 % conoce ya con precisión el método existente para Prevenir el cáncer cervicouterino como es el papanicolaou en – Tanto que el 6.8 % refiere que se les ha olvidado.

CUADRO No. 4

Conocimiento que adquirieron las mujeres con vida sexual activa sobre como se realiza la prueba del papanicolaou de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Conocimientos de cómo se realiza la prueba de papanicolaou	Fo	%
SÍ	49	83.1
NO	10	16.9
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: De la población informada el 83.1 % aprendió como se realiza la técnica sobre la toma de la citología vaginal, mientras que el 16.9 % no lo supo con precisión paso a paso.

CUADRO No. 5

Conocimiento que adquirieron las mujeres con vida sexual activa sobre el concepto de la educación para la salud de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Conocimiento sobre el concepto de la educación para la salud.	Fo	%
- Ir al médico cuando uno esta enfermo.	2	3.4
- Oír platicas de enfermedades en el centro de salud.	3	5.1
- Orientación sobre como prevenir enfermedades y cambio de conducta hacia la salud.	51	86.4
- Que nos den medicamentos y saber como tomarlos para curarnos.	0	0
- No lo sabe.	3	5.1
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: Para el 86.4 % adquirió el conocimiento sobre el concepto de la Educación para la Salud y para que utilizarla mientras que el - 5.1 % no lo interpreto.

CUADRO No. 6

Personal de salud quien proporciona Educación para la salud a las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzitán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999

Personal que proporciona educación para la salud	Fo	%
- Por parte de Enfermeros y Enfermeras.	48	81.3
- Por parte de Maestros, Sacerdotes, vecinos u otros.	0	0
- Por parte de la Auxiliar de Salud.	7	11.9
- Revistas y folletos que nos dan.	0	0
- Por parte del Médico	4	6.8
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

DESCRIPCIÓN: El 81.3 % identifica que reciben educación para la salud por parte del personal de enfermería en tanto que el 6.8 % sigue pensando que lo que el médico les comenta es educación para la salud.

CUADRO No. 7

Mujeres con vida sexual activa que aceptaron realizarse la prueba del papanicolaou, después de haber recibido Educación para Salud de la comunidad de Cuitzítán, Municipio de Salvador Escalante Michoacán.

1999		
Aceptación de realizarse el tamizaje del papanicolaou	Fo	%
SÍ	36	61.1
NO	23	38.9
TOTAL	59	100.0

Fuente: Misma del cuadro No.

DESCRIPCIÓN: Del total de la población el 61.1 % aceptó realizarse el tamizaje del papanicolaou después de recibir educación para la salud – mientras que un 38.9 % se mostró con decidía por ser un – Hombre quién lo realizaría por lo que se canalizó con una – Enfermera.

5.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De los datos obtenidos los resultados son los siguientes:

CUADRO No 1

De la población encuestada, se observa que el 39 % de ésta son mujeres de 26 a 35 años de edad, seguidas del 22.0 % de mujeres en edad de 16 a 25 años de edad; esto indica que la población que se encuentra con vida sexual activa es del 61 % sumando las dos edades. Por lo tanto este grupo de edad es quien debe de conocer las medidas preventivas con relación al cáncer cervicouterino ya que son edades de mayor riesgo a padecerlo.

CUADRO No. 2

Para el estado civil el 89.9% es el grupo blanco a quien hay que prevenir mediante la información del tamizaje del papanicolaou, ya que presentan un riesgo mayor de adquirir un cáncer de cuello uterino, mientras que un 3.3% y el 1.7% presentan una incidencia más baja que entre las de unión libre con un 5.1%

CUADRO No. 3

En el siguiente cuadro para el número de hijos el 62.7 % presenta un factor de riesgo junto con el 22 % que sumando las dos nos da el 84 % de padecer cáncer cervical en tanto que el 13.6 % presenta una alta paridad aunada a un riesgo mayor a la neoplasia cervical, en comparación con el 1.7 % que presenta una baja incidencia a padecerlo, ya que el trauma cervical en el momento del parto promueve la carcinogénesis.

CUADRO No 4

Para las actividades observamos que el 98.3 % se dedica al cuidado del hogar y la familia con un sin número de actividades que según ellas la falta de tiempo las imposibilitan a realizarse la prueba del papanicolaou, teniendo un alto riesgo de enfermarse, ya que su salud la tienen en segundo término

CUADRO No 5

La religión que predomina en la comunidad es la católica con un 96.6 % la cual hasta el momento no impide realizarse cualquier examen diagnóstico a diferencia de los testigos de Jehová con 1.7 % que en algunos casos prohíbe estudios de salud.

CUADRO No 6

Para el 49.2 % cuenta con la primaria incompleta, esto es una limitación para interpretar la información básica sobre el cáncer cervicouterino y realizarse el papanicolaou, tal vez por la terminología, teniendo alto riesgo de padecerlo, en comparación con el 13.6 % con secundaria completa que tienen nociones básicas sobre este mal, teniendo un riesgo menor, a diferencia del 5.0 % que son analfabetas y no tienen ningún conocimiento presentando un riesgo mayor, pues se ha visto que las neoplasias es cuatro veces más en parejas de campesinos.

CUADRO No 7

En el presente cuadro observamos que destaca el 59.3 % que presenta un riesgo de padecer una neoplasia cervical con una actividad sexual a edades tempranas, seguidas de un 20.3 % que iniciaron antes de los 16 años de edad, en comparación con un 3.4 % que su incidencia es baja ya que en la adolescencia se produce la migración de la unión escamocolumnar hacia el endocervix mediante el proceso de metaplasia epitelial en que el epitelio cilíndrico es reemplazado por epitelio plano estratificado dando origen a la zona de transición en donde se localiza las neoplasias cervicales.

CUADRO No 8

Para este cuadro observamos que el 61.0 % el ingreso económico es extremadamente deficiente teniendo como consecuencia una vivienda inadecuada y una mala nutrición, con relación al 1.7 % que cuenta con las mínimas posibilidades de tener acceso a las rutinas básicas de salud ya que en cuanto más bajo es el nivel económico más alto es la morbi-mortalidad producida por cáncer cervicouterino.

CUADRO No 9

En el presente cuadro observamos que el 94.9 % vive sin saber acerca de la prevención del cáncer cervicouterino mientras que el 5.1 % tiene un conocimiento superficial sobre la prevención, por lo tanto a mayor ignorancia sobre este tema, menor será la toma de decisión para realizarse la prueba del papanicolaou y mayor número de mujeres que pueden presentar este problema.

CUADRO No 10

Del total de la población encuestada respondieron un 32.2 % que para ellas el concepto del cáncer cervicouterino lo relacionan con tomar anticonceptivos teniendo una nula información al respecto seguida del 27.1% consideran que es el crecimiento de células en el cuello del útero sin relacionarlas que es un caso grave, mientras que solo un 10.2% respondieron a la respuesta correcta, dándonos cuenta que la población aun sigue ignorando los conocimientos básicos sobre este padecimiento.

CUADRO No 11

En el presente cuadro observamos que el 61 % no sabe que existen métodos de detección oportuna del cáncer cervicouterino, en tanto el 39. % si lo sabe, sin embargo, no podemos decir que a pesar de que este porcentaje de mujeres lo sabe se realice el papanicolaou; pues estadísticas con resultado demuestran que la falta de información conduce a un alto porcentaje de mujeres que fallecen por este problema.

CUADRO No 12

Resulta interesante saber que la mayoría de la población encuestada no se ha realizado la prueba del papanicolaou con un 88.1 % mientras que solo un 11.9 % refiere haberse realizado el tamizaje en alguna ocasión

CUADRO No 13

En el siguiente cuadro destaca el 96.6 % de la población que no se le ha dado una educación adecuada con relación a la técnica básica del frotis quedándose en la ignorancia al respecto y por ende a no acudir a realizarse la prueba del papanicolaou, mientras que solo el 3.4 % menciona que tiene la idea de cómo se realiza la prueba siendo este un factor de riesgo para que se presente este problema.

CUADRO No 14

En el presente cuadro destaca el factor miedo con un 27 % quedándose siempre con esa idea sin que se les informe que hay una detección y un tratamiento oportuno en caso de encontrarse algún problema, teniendo mayor incidencia, mientras que un 22 % les da pena realizarse la prueba prefiriendo su pudor ya que ven al personal como una persona más y no como profesional de salud, principalmente el personal masculino, resulta interesante el hecho de que el 20.3 % no tiene tiempo de atender su salud ya que la dejan en segundo termino o al último.

CUADRO No 15

En este cuadro observamos que el 37.3 % mencionan que la educación para la salud es solamente oír platicas de enfermedades sin que ellas entiendan, mientras que para el 25.4 % se concretan en decir que no lo saben, en tanto 16.9 % aseguran que solo cuando se enferman y pueden ir al médico les da educación para la salud, en comparación con un 8.5 % insisten en que los educan para saber como tomarse los medicamentos y solo el 11.9 % tiene la idea de que los educan para prevenirse de las enfermedades, todo esto porque el personal de salud no les hace incapie en el proceso que realizan al educarlos y solo trasmiten el conocimiento sin que se de un aprendizaje quedandose en la ignorancia con relación al proceso de la educación para la salud.

CUADRO No 16

Para quienes proporcionan educación para la salud tenemos a un 42.4 % que es por parte del personal de enfermería que no está llevando un adecuado proceso de educar y no esta dando una información adecuada de la real, dando la información sin promover el aprendizaje, seguido de un 30.5 % por parte de las auxiliares de salud a quien no se les ha capacitado para promover la salud y saber transmitir un conocimiento adecuado como se debiera, en comparación con un 22.0 % que cuenta con la información pero dan terminología científica sin que las personas lo comprendan quedandose con un aprendizaje superficial quizá porque los médicos manejan términos más técnicos o simplemente no les interesa realizar actividades de promoción a la salud.

CUADRO 17

Del total de la población encuestada solo el 6.8 % cuenta con los servicios de salud como derechohabientes, mientras que el 93.2 % no cuentan con el acceso a los servicios de salud, teniendo como consecuencia una alta incidencia de padecer enfermedades sin que las orienten para prevenirlas sobre todo para realizarse la prueba del papanicolaou.

CUADRO 18

Del total de la población destaca el 67.8 % en donde acuden para atenderse ya que son servicios meramente gratuitos, pero solo cuentan con ellos una o dos veces al mes ya que estos no son permanentes, teniendo la opción un 18.6 % que por cuestiones económicas o falta de tiempo independientemente de no tener cerca los servicios de salud o no están cuando se requiere recurren a la medicina tradicional hasta que ven mejoría sin saber su padecimiento, en tanto que solo el 11.9 % cuenta con las posibilidades de atenderse oportunamente.

CUADRO No 19

El 100 % de la población coinciden en que la religión no es un factor determinante para que ellas se realicen el papanicolaou y que es independiente de todo y solo de ellas depende esa decisión.

CUADRO No 20

Resulta interesante saber que el 3.4 % está influenciado por costumbres familiares argumentando que si sus padres o abuelos no se realizaban un papanicolaou y no les pasó nada, entonces ellas porque se lo van a realizar, prefiriendo mantenerse sin atención oportuna en comparación con el 96.6 % que refieren que nada tiene que ver sus familiares para que ellas se lo realicen

CUADRO No 21

De la población encuestada destaca el 81.3 % quien acostumbra la higiene cada tercer día, seguida del 10.2 % que solo lo realiza cada 5 días teniendo una deficiente higiene personal y el 3.4% se justifica que solo cuando hay agua, teniendo una deficiente higiene y por consiguiente la influencia de la cultura de otros países de la cultura de las mujeres de religión Amish sus normas sobre el matrimonio y la higiene sexual son muy estrictas teniendo una incidencia menor a padecer carcinomas cervicales.

CUADRO No22

Las infecciones vaginales afectan al 25.4 % de la población encuestada, mientras que el 74.6% se mantiene asintomática, siendo un factor de riesgo en las primeras, pues se sabe que algunos patógenos ocasionan cambios en el epitelio cervical, muy semejantes a las alteraciones displásicas.

CUADRO No 23

Del total de la población encuestada solo 15 mujeres refieren secreciones vaginales siendo un 86.7 % que refieren características de color blanco, mientras que el 13.3 % refiere que su flujo es de color amarillo siendo la frecuencia de flujo un riesgo para un cáncer cervicouterino, aunado a las costumbres higiénicas que tiene influencia la higiene rigurosa del pene, unido al nivel socioeconómico más bajo.

CUADRO No 24

El 55.9 % de la población encuestada presentan deficiente hábitos de higiene perianal y genital, siendo propensas a infecciones vaginales, por una mala técnica de limpieza, mientras que el 6.8 % se realiza una higiene general con agua y jabón al igual que el 25.4 % que presenta la técnica ideal para la higiene de genitales, por lo que al primer grupo es a quien se le debe de educar con relación a la técnica, ya que se ha admitido que el cáncer del cérvix es más frecuente en mujeres de baja condición económica lo que estaría en relación con las condiciones de vida y los hábitos de higiene y coitales.

CUADRO No 25

Para el aspecto nutricional encabeza el gusto por las verduras un 71.2 %, mientras que el 28.8 % no las prefieren a pesar que algunas verduras las encuentran en su comunidad, siendo un factor de riesgo el no consumir vitaminas y minerales ya que si estas se les asocian a las lesiones precursoras de displasias y cáncer.

CUADRO No 26

Las preferencias por las verduras que consumen más seguido se encuentran las papas que de 59 personas solo 95% la consumen seguidas de las Calabacitas que las consumen un 84.7%, quedando las zanahorias con un 83%, y la col con un 49.2% no las consumen, a pesar que la col contiene vitaminas A, C ya que a falta de las vitaminas A, C, E y Acido fólico pueden dar lugar a una susceptibilidad de los tejidos del cuello uterino en la formación del cáncer.

CUADRO No 27

Las verduras que menos consumen de 59 mujeres encuestadas solo de 1.7% a 6.8% la consumen siendo una mayoría que no las prefieren a pesar de que son accesibles y que se encuentran en la misma comunidad, ya que estas son ricas en vitaminas C y E que pueden evitar la formación y reducir los niveles de ciertas sustancias carcinogénicas en el aparato digestivo.

CUADRO No 28

Para las preferencias por las frutas de las 59 mujeres encuestadas 79.7 % consumen el plátano por ser una fruta económica, seguidas de las naranjas con 59.3 % que la consumen, dejando las manzanas con 52.5 % que no consumen este fruto refiriendo que se encuentra bastante cara, seguida de que no consumen el durazno 71.2 % y 74.6 % que no consumen las peras a pesar de que estos dos últimos frutos se cosechan en la misma comunidad, siendo ricas en vitaminas A, C y E que estimulan el sistema de defensa del organismo que a su vez pueden acabar con las células cancerosas recién formadas.

CUADRO No 29

Resulta interesante saber que las frutas que menos consumen de 59 mujeres solo de 1.7% a 3.4% las consumen refiriendo que son caras en muchas ocasiones, siendo ricas en vitaminas A y C conteniendo estas vitaminas en las frutas inhiben los efectos carcinogénicos de los promotores e iniciadores de tumores.

CUADRO No30

El interés por que se difunda más información sobre la prevención del cáncer cervicouterino lo prefieren el 91.5 % mientras que el 8.5 % se muestran apáticas por la difusión de este problema quedándose en la ignorancia total y teniendo como consecuencia que no se prevenga sobre el cáncer cervicouterino.

CUADRO 31

Para el 91.5 % se interesa en saber más acerca de la prevención sobre el cáncer cervicouterino y como evitarlo, mientras que el 8.5 % contesto que no le interesa saber refiriendo que en caso de tenerlo de todas formas se van a morir quedándose con la idea errónea y en la ignorancia total, teniendo el riesgo de padecer algún problema relacionado con cáncer cervicouterino si no se detecta a tiempo.

RESULTADOS DEL SEGUNDO CUESTIONARIO

CUADRO No 1

Después de recibir educación para la salud con relación al cáncer cervicouterino del total de la población educada y encuestada el 88.1 % conoce con precisión sobre este padecimiento en relación a que previo a implementar el programa de educación para la salud un 94.9 % ignoraba todo lo relacionado acerca de la prevención del cáncer cervicouterino ya que solamente un 5.1 % contaba con un conocimiento superficial, cabe destacar que el 11.9 % se le olvidó, este resultado ha parecido muy interesante ya que el grupo en riesgo se encuentra con un conjunto de conocimientos adquiridos que en el proceso enseñanza aprendizaje mejoró y con ello el impacto que tiene la educación para la salud implementada por parte del profesional de Enfermería en este campo de acción como es la comunidad en el cual se extiende con gran autonomía teniendo gran trascendencia al educar organizando programas, promover y evaluar para prevenir y atender los problemas de salud más frecuentes en la comunidad.

CUADRO No 2

En relación al concepto sobre el cáncer cervicouterino el 77.9 % adquirió el conocimiento básico en comparación con un 32.2 % que al principio lo relacionaba con un concepto que era el crecimiento y tumor de células en las cervicales provocadas por tomar anticonceptivos, en tanto que el 11.9 % todavía lo relaciona con el crecimiento de células en el cuello del útero, mientras que el 6.8 % y el 3.4 % no lo relacionaron claramente, transmitiendo así los conocimientos de acciones preventivas al individuo en riesgo.

CUADRO No 3

Para el 93.2 % conoce ya con precisión el método existente para prevenir el cáncer cervicouterino como es el papanicolaou en tanto que el 6.8% refiere que se les ha olvidado, teniendo importancia la educación para la salud la cual se dirigió a los individuos de la misma comunidad con estrategias de aprendizaje que de alguna manera modificaron sus conocimientos sobre éste padecimiento, ya que resulta importante que el profesional de enfermería con el perfil que tiene para diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mientras que mediante estrategias de aprendizaje y que modifiquen hábitos y estilos de vida que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia de su cuidado.

CUADRO No 4

De la población educada el 83.1 % aprendió como se realiza la técnica sobre la citología vaginal y conoce el material que se utiliza así como las condiciones en que deben estar para la realización del papanicolaou mientras que el 16.9% no lo supo con precisión paso a paso. Llevando a cabo uno de los puntos que marca el perfil del Licenciado de Enfermería y Obstetricia como es el aplicar las acciones preventivas, terapéuticas de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base a un criterio anticipatorio al daño potencial a la salud, en función de revestir o limitar la evolución de los procesos patológicos en el individuo y la comunidad de asistencia social.

CUADRO No 5

Para el 86.4 % adquirió el conocimiento sobre el concepto de la educación para la salud y para que utilizarla, en comparación que al principio solamente el 11.9 % refería saberlo quedando el 5.1 % que no lo interpreto a diferencia del 5.1% que todavía piensan que es oír las platicas de enfermedades en el centro de salud, pero mejoro ya que era un 37.3 % que así lo interpretaba seguida del 3.4 % refiere que solo cuando se enferma y tiene la posibilidad de ir al centro de salud le dan información sobre enfermedades sin tener ningún beneficio refiriendo que al darles la plática tenían que contar con algunas cosas que la verdad ellas no contaban, pero sin tener la idea clara para que se les está educando por lo que hace pensar que el personal de salud no implementa sus métodos de educación para la salud y sobre todo que no especifica que el hecho de dar una plática es un proceso del término educación para la salud mejorando sus conocimientos y cambios de conducta.

CUADRO No 6

El 81.3% identifican que reciben la educación para la salud el personal de enfermería cuando los visitan o cuando van algunas veces al centro de salud pero hacen la diferencia de que unos le entienden más que a otros y el 11.9% afirma que la Auxiliar de salud si les da la educación cuando platican con ella las orienta pero que ignoraban que eso era la educación para la salud, en tanto que el 6.8% el medico los educa en como tomar a veces los medicamentos pero no los previene y hablan en términos que ellas no interpretan disminuyendo el porcentaje del 22 % a 6.8 % y que al principio creían que solamente lo que el médico les comentaba era educación para la salud.

CUADRO No 7

Del total de la población el 61.1% aceptó realizarse la prueba del papanicolaou después de haber recibido educación para la salud con relación a la prevención del cáncer cervicouterino, en donde anteriormente solo un 11.9 % refirió habercelo realizado y el 88.1 % no se lo había practicado, mientras que el 38.9 % se mostró con decidia por ser un hombre quien lo realizaría, refiriendo que posteriormente se lo harían con una enfermera o doctora, viendo al personal masculino como una persona más y no como personal de salud, mejorando así la decisión de tomarse un papanicolaou con previa información acerca de la prevención sobre este padecimiento en comparación que anteriormente nadie se lo quería realizar y aunque es alto el porcentaje de mujeres que no se realizaron el tamizaje después de haber recibido educación para la salud pero mejoró. Aplicando así uno de los modelos que la profesión de enfermería en relación a la educación sanitaria que menciona que estará capacitado para prevenir y proporcionar educación directa en salud para formar otras personas como educadores, así como educar a la misma comunidad para la atención de su salud con relación a la prevención de enfermedades específicas; es obvio que la población nacional muestre una gran variedad de necesidades en las que se refiere a los problemas de salud, en consecuencia se requiere de la educación para la salud y llenar los espacios existentes en información acerca de las actitudes y conductas más apropiadas para la promoción de la salud a nivel individual y colectivo, luego entonces el profesional de enfermería tiene una participación activa en el terreno de la educación de la salud, específicamente en el área rural.

CONCLUSIONES.

Del estudio realizado se puede inferir que se lograron los objetivos planteados al analizar que es escasa y casi nula la información con que cuentan sobre la prevención del cáncer cervicouterino de las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán Municipio de Salvador Escalante, Michoacán, pero después de llevarse el programa de educación para la salud en un porcentaje significativo de la población haciendo cambios de conducta con relación a este problema.

La evidencia de esta afirmación se puede reconocer mediante la respuesta de las mismas mujeres sobre sus conocimientos, además de los factores básicos por los cuales no se han realizado el tamizaje del papanicolaou ya que en los resultados obtenidos, las mujeres en estudio coinciden que tienen miedo a que resulte positiva la prueba, mientras que otras se inclinan por la pena o la vergüenza, resultando interesante que el 20.3% no tiene idea de lo que es el tamizaje del papanicolaou ni de su prevención.

De igual forma son también grupo de riesgo la edad donde más del 50% se casaron a temprana edad presentando con una alta paridad, así mismo el 61% desconoce el método existente para detectar un cáncer cervical y por consiguiente no se habían realizado la prueba del papanicolaou, aunado a sus bajos recursos económicos para la atención médica y para trasladarse a un centro de salud cercano por cuestiones en muchas veces para pagar sus pasajes, por otro lado se encontró que la técnica sobre la higiene de la región genital es deficiente, así como el aseo personal que en su mayoría coinciden en cada tercer día, influyendo en cierta forma en la aparición de secreciones vaginales que refirieron como flujo vaginal. Mejorando la técnica y los hábitos de higiene así como su conducta después de recibir todos los pormenores sobre la prevención del cáncer cervicouterino ya que se les enseñó la técnica básica y se despejaron todas las dudas al respecto.

Por su parte para el conocimiento sobre el término educación para la salud, refirieron que sólo era oír pláticas sobre enfermedades sin tener ningún beneficio refiriendo que al darles la plática tenían que tener o contar con algunas cosas que la verdad ellas no contaban, pero sin tener la idea clara para que se les está educando, por lo que hace pensar que el personal de salud no implementa sus métodos de educación para la salud y sobre todo que no especifican que el hecho de dar una plática es un proceso del término educación para la salud, mejorando de alguna forma sus cambios de conducta y conocimientos después de haber recibido educación para la salud como método didáctico.

En forma honesta y veraz externaron que el personal de enfermería en ocasiones es quien les dan a conocer la plática de una forma rápida y por su parte con respecto al médico pocas

veces le entienden cuando les proporciona la plática ya que para ellas hablan en términos científicos; por lo que no se esta llevando acabo el proceso de educar y no se da la información adecuada de la real proporcionando la información sin promover el aprendizaje quedandose en muchas ocasiones con la idea de un aprendizaje superficial y casi nulo; por el contrario mejoraron los conocimientos en relación al tema después de implementar el proceso de la educación para la salud.

En relación a la prevención del cáncer cervicouterino, sin embargo se puede considerar que las mujeres de la comunidad, cuentan con costumbres, valores morales y una cultura propia, refirieron en su mayoría que nada tiene que ver con que se practiquen el tamizaje del papanicolaou, pero resulta interesante saber que el 3.4 % sí se consideran influenciadas por sus costumbres y valores para no tomarse el tamizaje; para el caso de la religión todas coinciden que la religión no influye en que ellas tomen la decisión para realizarse el tamizaje del papanicolaou.

En relación al gusto y consumo por las frutas y verduras que les aporta elementos anticancerígenos pocas veces las consumen y en otras no las prefieren, argumentando que unas frutas son caras y en otras no las acostumbran a consumir, a pesar de que en algunas temporadas algunas frutas y verduras se dan en la comunidad, siendo ricas en vitamina A, C, E y Acido fólico.

El interés que tienen por aprender todo lo relacionado a la prevención del cáncer cervicouterino el 91.5% se muestra interesada, mientras que el 8.5% de ellas se muestran apáticas quedandose en la ignorancia total.

Merece especial atención el hecho de que al implementarse el programa de educación para la salud sobre la prevención del cáncer cervicouterino después de que al principio se les invitó a practicase la prueba del papanicolaou nadie acepto siendo un 88.1 % ya que el 11.9 % refirio que ya se lo habia practicado y al ser educadas de un total de 59 mujeres con vida sexual activa 61.1 % de ellas decidieron realizarse el tamizaje y solo 38.9 % de mujeres se mostraron con decidia por ser un hombre quién lo realizaría por lo que se canalizaron con una profesional de enfermería y una medico que posteriormente se lo realizaron; viendo al personal masculino como una persona común y no como profesional de salud.

De igual manera y en cumplimiento de los objetivos específicos se logro capacitar a la población, lideres de la comunidad, incluyendo a la auxiliar de salud, promoviendo la importancia de la prevención del cáncer cervicouterino.

Aplicando así los conocimientos adquiridos en el terreno laboral que como profesional de Enfermería esta formado para diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos al individuos y grupos sociales en riesgo mediante estrategias de aprendizaje y que modifiquen hábitos y estilos de vida que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud propiciandoles la autosuficiencia de su cuidado, así como proporcionar educación directa en salud para formar otras personas como educadores para mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje y con ello el conocimiento adquirido de la misma comunidad.

Es obvio que la población nacional muestre una gran variedad de necesidades en las que se refiere a los problemas de salud y llenar los espacios existentes en información acerca de las actitudes y conductas más apropiadas para la promoción de la salud a nivel individual y colectivo, luego entonces el profesional de Enfermería tiene una gran participación activa en el terreno de la Educación para la Salud, específicamente en el área rural y así evitar las elevadas tasas de morbi-mortalidad.

GLOSARIO

ADENOCARCINOMA.	Epitelio cilíndrico que forma tubos pseudoglandulares que recuerdan las glándulas mucosas.
ANASTOMOSIS.	Comunicación entre dos órganos tubulares.
ATROFIA.	Disminución del volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.
BALANOPREPUCIAL.	Relativo al glande y al prepucio.
BIOPSIA.	Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.
CÁNCER.	Tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte.
CANCERÍGENO.	Que provoca el desarrollo de un cáncer.
CARCINOMA.	Tumor o neoplasia maligna formadas por células epiteliales neoformadas, con aplasia en mayor o menor grado con capacidad de provocar metástasis a distancia.
CARCINOMA IN SITU.	De acuerdo con la definición de la O.M.S. es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma, no hay invasión del estroma subyacente.
CARCINOMA MICRO INVASOR.	1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm. 1 a 2 invasión al estroma menor de 5 mm y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.
CITOLOGÍA CÉRVICAL.	Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix y uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino, conocido como Papanicolaou.

COLPOSCOPIA	Procedimiento exploratorio instrumentado en el que se emplea un aparato con través sistema óptico de aumento a del cual se observa la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose con tinción las condiciones de epitelio de Orientación diagnostica.
CONIZACION.	Resección de una lesión de la zona de transformación del Cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm. Denominada también cilindro o cono diagnóstico.
CORNIFICACION.	Conversión en tejido córneo.
CRIOCIRUGIA.	Aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados que alcanza el punto de congelación en las células Produciendo la muerte celular.
DISPLASIA.	Anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus Componentes celulares.
EPIDEMIOLOGIA.	Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad En una población, lugar y tiempo determinado.
EPITELIO.	Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de morfología y disposición variable, sin sustancia intercelular ni vasos.
EVERSION.	Versión hacia fuera, especialmente de la mucosa que rodea un orificio natural.
FUSIFORME.	En forma de huso.
HIPERCROMIA.	Pigmentación excesiva.
HISTERECTOMIA.	Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal u abdominal.
INCIDENCIA	Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.

MESÉNQUIMA.	Tejido conjuntivo embrionario que forma la mayor parte del mesodermo y del que derivan el tejido conjuntivo adulto y los vasos sanguíneos y linfáticos.
METAPLASIA.	Producción por las células de una especie de tejido distinto del que producen normalmente, cambio de un tejido en otro.
MORBILIDAD.	Medida de frecuencia de la presentación de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.
MORTALIDAD.	Medida de frecuencia de las defunciones que ocurren en una población, lugar y tiempo determinado.
NEOPLASIA.	Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.
PARIDAD.	Igualdad, similitud,
PLEOMORFISMO.	Presentación de varias formas en un individuo o especie, bacterias especialmente bajo condiciones determinadas.
TAMIZAJE.	Es un estudio que se practica a personas sintomáticas a una enfermedad específica, con el propósito de clasificarlas en positivas y negativas a un determinado padecimiento que permite hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.
TUMOR.	Neoformación del tejido en que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que puede tener un carácter progresivo.

BIBLIOGRAFIA

_ ALCARAZ, Ignacio. Elementos de Anatomía Humana. . Méndez, 14° Ed. México, 1992. 210 p.p.

_ ALVAREZ, Alba Rafael. Educación para la Salud. . Manual Moderno. México. M1995, 123 p.p.

_ ALVAREZ, Alba Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. . Manual Moderno. 2° ed. México, 1998.432 p.p.

_ ANNALS OF ONCOLOGY: Revista Oficial de la Sociedad Europea de Cancerología Médica, Edición Español.Cáncer cervicouterino. Volumen7, Suplemento 4, 276 p.p.

_ ANTÓN, Nardiz María Victoria. Enfermería y Atención primaria de la Salud. . Díaz de Santos. Madrid, 1989. 168 p.p.

_ ASOCIACIÓN DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, No 3 DEL IMSS, A. C. Ginecología y Obstetricia. . Méndez. 3ª. Ed. México, 1995. 1029 p.p.

_ BARBER. Hugh R. Manual de Oncología Ginecológica. . Interamericana.2ª . Ed. México, 1992. 455 p.p.

_ BONILLA, F. El cuello uterino y sus enfermedades .Jims. Barcelona, 1978. Pp.632

_ CAPELAND, J: Larry, et al. Ginecología. . Panamericana. Buenos Aires, 1994. 1197 p.p.

_ DANFORTH. David. Et al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Interamericana, México, 1987. Pp. 1287

_ DE CHERNEY Alan, Pernoll. Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetrico. . Manual Moderno.7ª . Ed. México 1997. 1535 p.p.

_ DISAIA, Philip Creasman. Ginecología Oncológica. . Panamericana. 3ª ed. Buenos Aires, 1991. 519 p.p.

_ DOLL, Richard Peto. Las Causas del Cáncer. . Salvat. Barcelona, 1989. 231 p.p.

_ DONAHUE, M. Patricia. Historia de la Enfermería. . Doyma. España, 1985. 506 p.p.

- _ ELIZONDO, Leticia. Cuidemos Nuestra Salud.. Limusa. México, 1994. 213 p.p.
- ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la . ENEO – UNAM. México, 1992.
- _ ESCUREDO, Bibiana, et al. Estructura y Función del Cuerpo Humano. . Interamericana. Madrid, 1995. 546 p.p.
- _ ESTAPÉ, Jordi, María Doménech. Enfermería y Cáncer . Doyma, Barcelona, 1992. 428 p.p.
- _ EVANS, Robert, et al. ¿Porqué Alguna Gente Está Sana y Otra No. Díaz Santos, Madrid, 1994. 441 p.p.
- _ FERRINI, María Rita. Bases Didácticas. . Progreso. 7ª Ed. México, 1985. 127 p.p.
- _ FRENK, Julio, et al. Salud : de la Investigación a la Acción. Biblioteca de la Salud. México 1990. 128 p.p.
- _ GANT, Norman, Gary F. Manual de Ginecoobstetricia. . Manual Moderno. México, 1995.608 p.p.
- _ GARY, et al. Williams. Obstetricia. . Massón. 4ª ed. Barcelona, 1996. 1420 p.p.
- _ GONZALEZ, Dagnino, Alfonso, et al. Calidad total en Atención Primaria de la Salud.. Díaz de Santos. Madrid, 1994. 115 p.p.
- _ GONZALEZ, J. Merlo del Sol. Obstetricia.. Massón - Salvat. Barcelona,1994. 825 p.p.
- _ GOSLING, et al. Anatomía Humana. Interamericana. 2ª ed. México, 1992. 816 p.p.
- _ GOVAN, A. Et al. Ginecología Ilustrada.. Interamericana.4ª ed. Méxic, 1995. 502 p.p.
- _ GRIFFITHS, Margaret, et al. Oncología Básica, Fisiopatología. Evolución y Tratamiento. La Prensa Medica. México, 1988. 510 p.p.
- _ GUIA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PRACTCA MEDICA, informe del V. S. Preventive Task Force, . Díaz de Santos. Madrid, 1992. 589 p.p.
- _ HIGASHIDA, Bertha, Educación Para la Salud. . Interamericana. México 1995.302 p.p.
- _ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Manual de Oncología procedimientos Médicos Quirúrgicos. . Interamericana. México, 2000 774 p.p.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL .Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino . México, 1998.

_ KROEGER, Axel, Ronaldo Luna. Atención Primaria de Salud. Principios métodos. . Pax 2ª. Ed. México, 1992. 639 p.p.

- LEY GENERAL DE SALUD. Porrua, 12ª Ed.. México, 1995. 1177 pp.

_ MARTINEZ, B. María Matilde, Latapi, et al. Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería. . Nuevo Mar. México, 1985. 302 p.p.

_ MARTIN. Zurro. A. Cano Pérez J. F. Atención Primaria. . Mosby/ Doyma.3ª. Ed. Madrid, 1995. 1158 p.p.

_ MATEU, Aragonés José. Cáncer de Útero, Diagnóstico precoz del Carcinoma Cervical y endometrial. . Jims, Barcelona, 1982. 516 p.p.

_ MUIR GRAY, Godfrey Flower. Fundamentos de Medicina Preventiva. . Díaz Santos. Madrid, 1990,226 p.p.

_ NASSIT, Ricardo. Pedagogía General. . Kapelusz. Buenos Aires , 1974. 305 p.p.

_ NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO. S.S.A. Diario Oficial de la Federación. México 1998. 29- 38 p.p.

_ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El Desarrollo de la Epidemiología. Publicaciones Científicas, No. 505 Washington, 1994.104. pp

_ PARDO, Minda F. Anatomía Patológica General y Especial de la Neoplasias. . Científica Médica. Barcelona, 1988. 355 p.p.

_ POWELL, Don R. Un Año de Consejos para la Salud. . Patria. México, 1992. 437 p.p.

_ PRASAD. N. Kedar. Vitaminas Contra el cáncer. . Árbol, México, 1992. 92 p.p.

_ PROMOCION DE LA SALUD. Una Antología. Organización Panamericana de la Salud, No. 557, Washington, DC. E.U.A: 1996. 403 p.p.

_ REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Vol. 44 No. 1 Enero-marzo México 1998 43 p.p.

_ REVISTA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. Factores en el Tamizaje del cáncer cervical Vol. 41, No. 4 Julio – Agosto. México 1999. 358 p.p.

_ ROCHON, Alain. Educación para la Salud. . Massón. Barcelona, 1992. 380 p.p.

_ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. No. 8 Vol. 4 1995. 36 p.p.

_ SALLERAS, Sanmanti Luis. Educacion Sanitaria (principios métodos y aplicaciones). . Díaz de Santos. 2ª. Ed. Madrid, 1990. 268 p.p.

_ SANCHEZ, Rosado Manuel. Elementos de Salud Pública. . Méndez. 2ª. Ed. México, 1994. 308 p.p.

_ VARGAS, Domiguez Armando, Verónica Patricia P. Educación para la Salud. . Interamericana. México, 1993. 286 p.p.

_ VEGA, F. Leopoldo, García M. Hector. Bases Esenciales de la Salud Pública. . La Prensa Medica. 14ª. Reimpresión. México, 1995. 99 p.p.

_ VIAMANTE, Manuel. Al Encuentro con la Salud, Felicidad y Longevidad. . Trillas, México, 1993. 439 p.p.

_ VILATA, J. J. Enfermedades de Transmisión Sexual. . Prodisa, Barcelona, 1993. 599 p.p.

- www.ssa.gob.com.mx

_ WEISS, Geoffrey R. Oncología Clínica. . Manual Moderno. México 1997. 542 p.p.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

INTRODUCCION:

El presente cuestionario tiene como propósito saber qué tanto las mujeres con vida sexual activa de la comunidad de Cuitzítán, municipio de Salvador Escalante, Michoacán, conocen sobre el cáncer del cérvix y que método existe para detectar y prevenirlo; pero además a través de este instrumento poder evaluar el impacto que logra el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en esta población para realizarse el tamizaje después de haber recibido educación para la salud sobre el tema.

INSTRUCCIONES:

Después de haber anotado sus datos personales, le pedimos por favor marque con una (x) la respuesta que considere correcta.

I.- DATOS GENERALES

1. - Datos personales:

Nombre completo: _____

Años cumplidos: _____ Estado civil: _____ Numero de hijos: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

2. - ¿Hasta que año estudio?

- a) Primaria completa.
- b) Primaria incompleta.
- c) Secundaria completa.
- d) Secundaria incompleta
- e) No fue a la escuela

3. - ¿A los cuantos años se casó (tuvo vida sexual activa)?

- a) 13 a 16 años de edad
- b) 17 a 20 años de edad
- c) 21 a 24 años de edad
- d) 25 a 28 años de edad
- e) 29 o más años de edad

4. - ¿Cuánto dinero ingresa en su casa a la semana

- a) 100 a 150 pesos
- b) 160 a 200 pesos
- c) 210 a 250 pesos
- d) 260 a 300 pesos
- e) 310 o más. Especifique _____

II CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER CERVICOUTERINO.

5. - ¿Sabe usted acerca de la prevención del cáncer del cérvix o cuello de la matriz?

- a) Sí
- b) No

6. - Si usted contesto que sí, diga que es el cáncer de la matriz.

7. -¿Sabe usted que hay métodos para detectar a tiempo el cáncer del cuello de la matriz y como se llama la prueba?

- a) Sí ¿cuál? _____
- b) No

8. -¿Alguna vez se ha realizado la prueba del papanicolaou y cada que tiempo se lo realiza?

- a) Sí
- b) No ¿Por qué? : _____ Tiempo _____

9. -¿Sabe usted en que consiste la prueba del papanicolaou?

- a) Sí
- b) No

10. -¿Por qué nunca se ha realizado la prueba del papanicolaou?

- a) Por miedo a que resulte positiva la prueba
- b) Por pena o vergüenza
- c) Miedo a la exploración y al dolor
- d) Porque no tengo dinero para ir al centro de salud
- e) No tengo tiempo y no sé que es eso

11. -¿Para usted que es la educación para la salud?

- a) Ir al médico cuando uno está enfermo
- b) Oír pláticas de enfermedades en el centro de salud
- c) Orientación sobre como prevenir enfermedades y cambios de conducta hacia la salud
- d) Que nos den medicamentos y saber como tomarlos para curarlos
- e) No lo sabe

12. - ¿Por lo regular de quién recibe educación para la salud (pláticas)?

- a) Por parte de enfermeros y enfermeras
- b) Por parte de maestros, sacerdotes, vecinos u otros
- c) Por parte de la auxiliar de salud
- d) Por parte de revistas y folletos que nos dan
- e) Por parte del médico

13. -¿Tiene Seguro Social, I.S.S.S.T.E. u otros?

- a) Sí
- b) No

14. -¿Cuándo se encuentra enferma a donde acude para su atención?

- a) Auxiliar de salud, curandero, hierbero, etc.
- b) Con personal de enfermería.
- c) Médico particular
- d) Al I.M.S.S. de Ario de Rosales o a la Secretaría de Salud de Salvador Escalante
- e) No se atiende y toma cualquier cosa o té, hasta que se le pase

15. -¿Cree usted que su religión tenga que ver en su decisión para tomarse la prueba del papanicolaou?

- a) Sí
- b) No ¿Por qué? _____

16. -¿Cree usted que sus costumbres y valores morales que le han inculcado sus familiares tenga que ver en que se tome la prueba del papanicolaou?

- a) Sí
- b) No ¿Por qué? _____

III.- HIGIENE PERSONAL

17. - ¿Cada cuanto se baña o realiza higiene de genitales?

- a) Diario
- b) Cada tercer día
- c) Cada 5 días
- d) De vez en cuando
- e) Cuando hay agua

18. -¿Padece con frecuencia de flujos e infecciones vaginales seguido?

- a) Sí
- b) No

19. - En caso de contestar sí, diga como es el flujo:

- a) De color blanco sin olor, como leche cortada
- b) Flujo amarillo olor ácido
- c) Amarillo verdoso, espeso con olor a pescado
- d) Revuelto con sangre sin que este reglando o menstruando
- e) Especifique: _____

20. -¿Cómo se realiza la higiene de sus genitales después de ir al baño?

- a) De atrás para adelante
- b) De adelante para atrás
- c) En forma circular
- d) Me aseo con agua y jabón

IV.- ASPECTO NUTRICIONAL

21. -¿Le gustan las verduras de todo tipo?

- a) Sí
- b) No ¿Por qué? _____

22. - De las siguientes verduras tache la que cocine mas seguido:

Zanahoria	Papas	Camote	Pimiento Verde	Nabo	Chayote
Calabacitas	Repollo	Coliflor	Chicharos	Nopales	Acclgas
Espinacas	Lechuga	Brocoli	Perejil	Raiz del Chayote	Rábanos

Especifique: _____

23. - Diga que fruta consume mas seguido y ¿Por qué?

24. -¿Cree usted que se deba aumentar mas información acerca del cáncer cervicouterino en su comunidad y en los medios de comunicación?

a) Sí

b) No ¿Por qué?

25. -¿Le interesaría saber mas acerca de la prevención y que es lo que provoca el cáncer cervicouterino y como evitarlo además de que ustedes entiendan de manera clara para el bien de su salud?

a) Sí

b) No ¿Por qué?

COMENTARIOS:

GRACIAS POR SU COLABORACION

FECHA _____

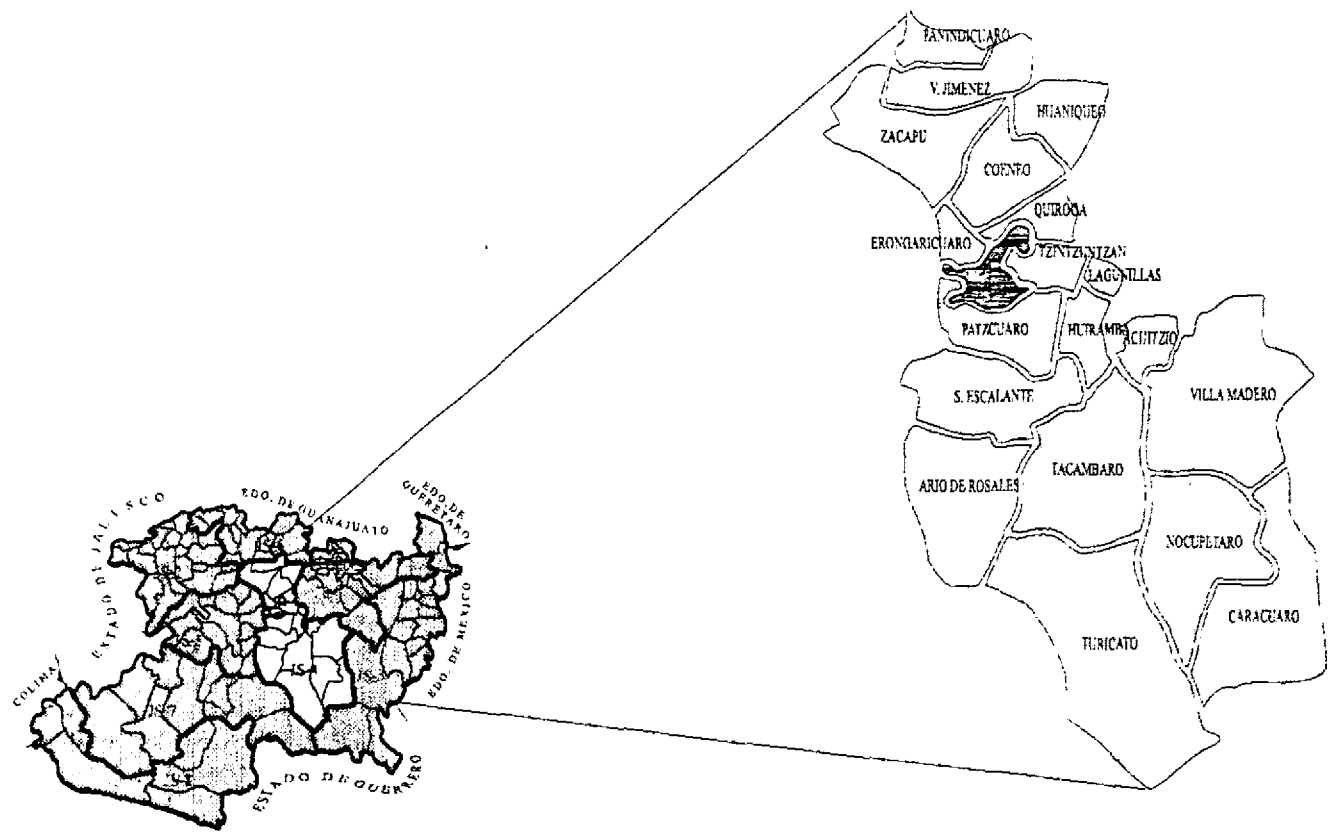
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

**CUESTIONARIO APLICADO A LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA
COMUNIDAD DE CUITZITÁN MUNICIPIO DE SALVADOR ESCALANTE, MICHOACÁN.
DESPUES DE HABER REALIZADO EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

1. -¿Sabe usted que es la prevención del cáncer del cérvix o cuello de la matriz?
 - a) Sí
 - b) No
2. - Si usted contestó que sí, señale cual es la respuesta correcta
 - a) Crecimiento de células en las cervicales
 - b) Crecimiento de células en el cuello de í útero
 - c) Crecimiento de células anormales que afecto el músculo liso del cuello de la matriz
 - d) Tumor malo que crece en el cuello
 - e) Crecimiento y tumor de células en las cervicales provocadas por tomar anticonceptivos
3. - ¿Sabe usted que hay métodos para prevenir el cáncer del cuello de la matriz y como se llama la prueba?
 - a) Sí
 - b) No ¿Cuál? _____
4. -¿Sabe usted en que consiste la prueba del papanicolaou?
 - a) Sí
 - b) No
5. - ¿Para usted que es la educación para la salud?
 - a) Ir al médico cuando uno esta enfermo
 - b) Oír pláticas de enfermedades en el centro de salud
 - c) Orientación sobre como prevenir enfermedades y cambios de conducta hacia la salud
 - d) Que den medicamentos y saber como tomarlos para curarnos
 - e) No lo sé
6. - ¿Por lo regular de quien recibe educación para salud? :

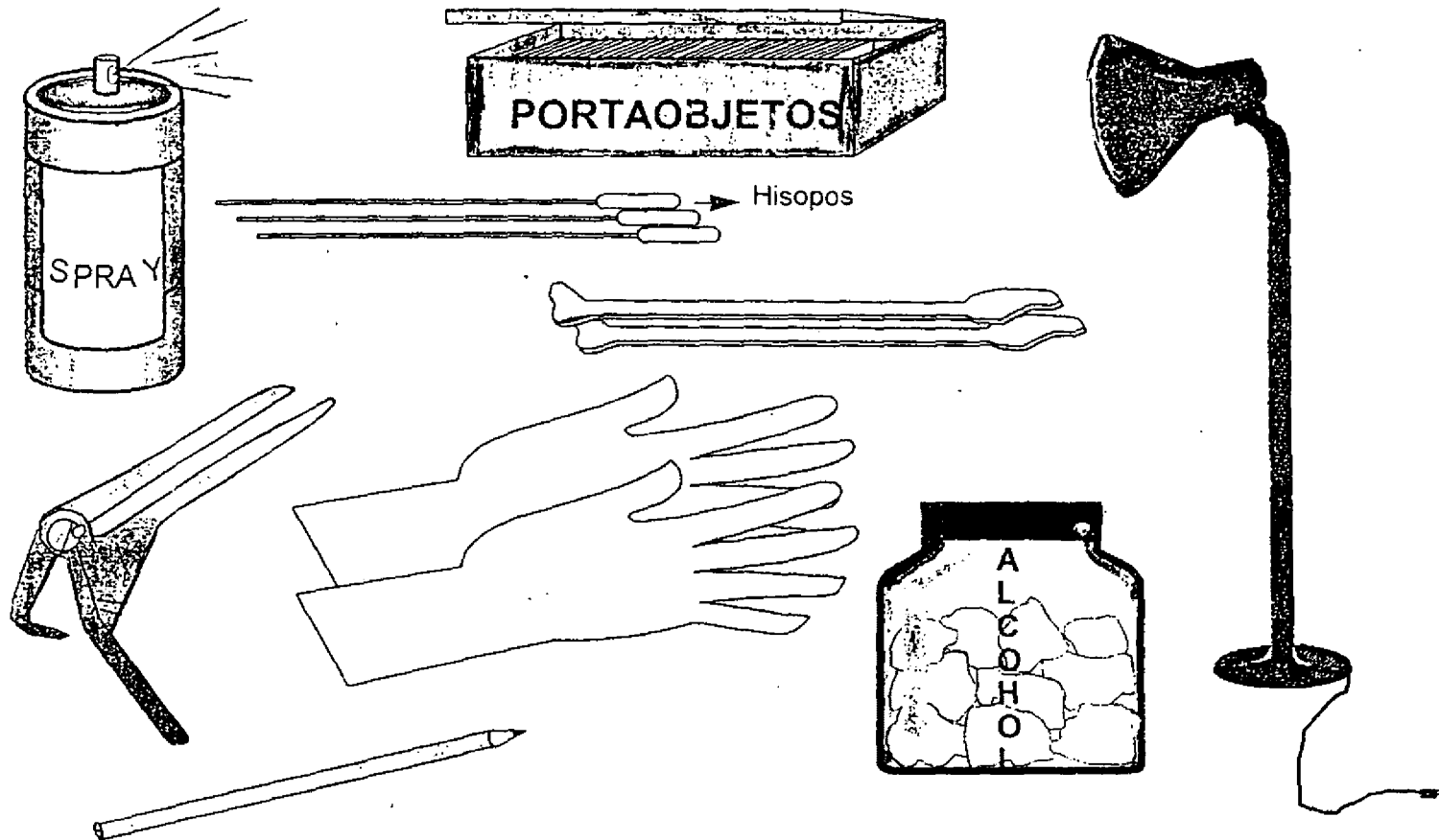
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

JURISDICCION SANITARIA No.IV





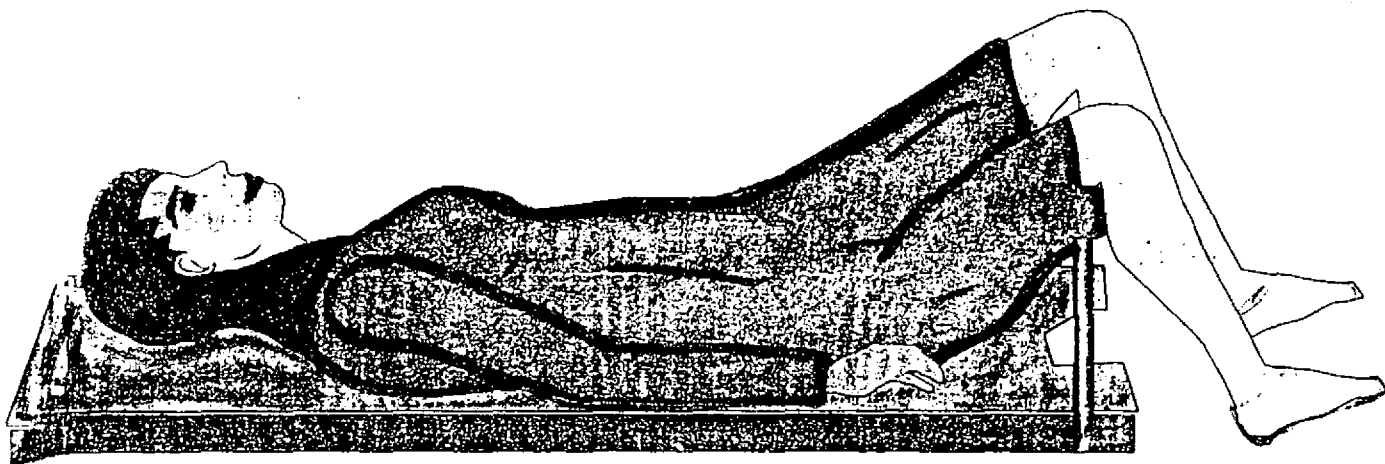
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICU TERINO

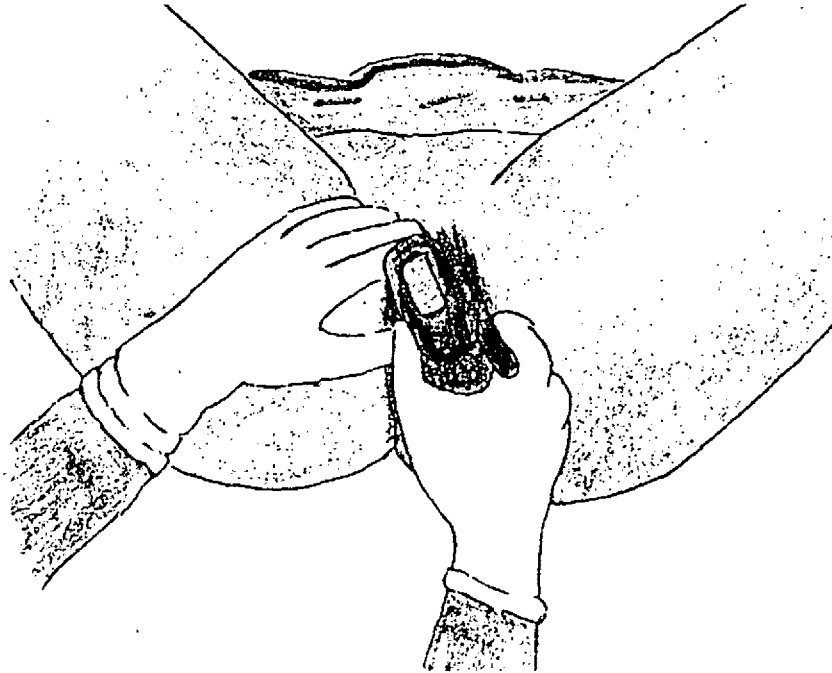
TOMA DE LA MUESTRA





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

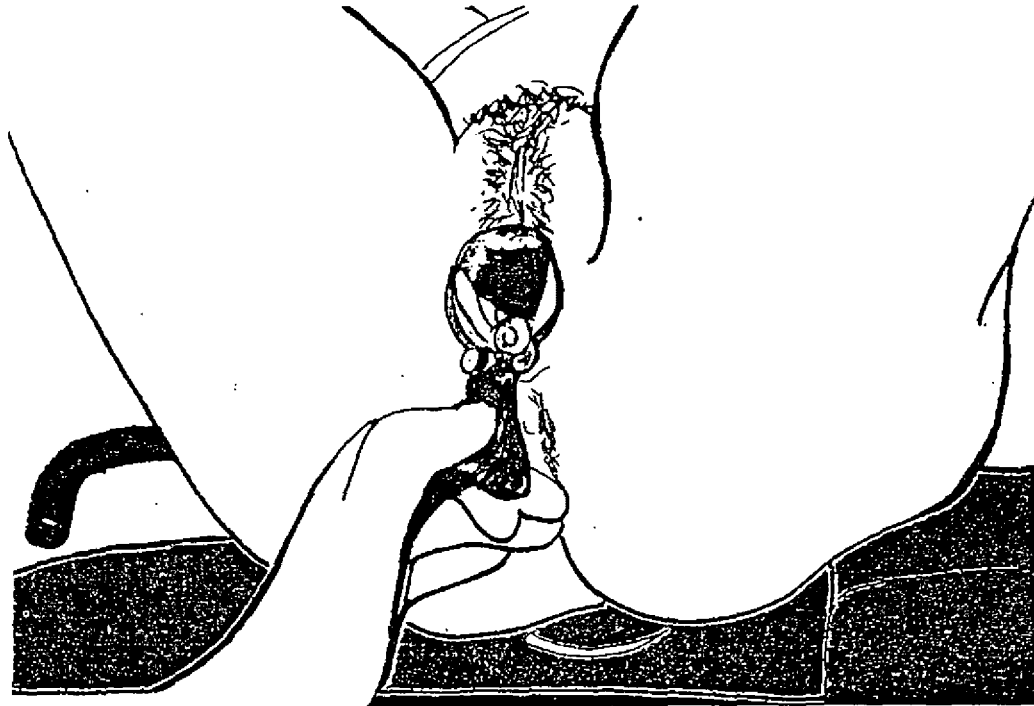
COLOCACION DEL ESPEJO VAGINAL





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

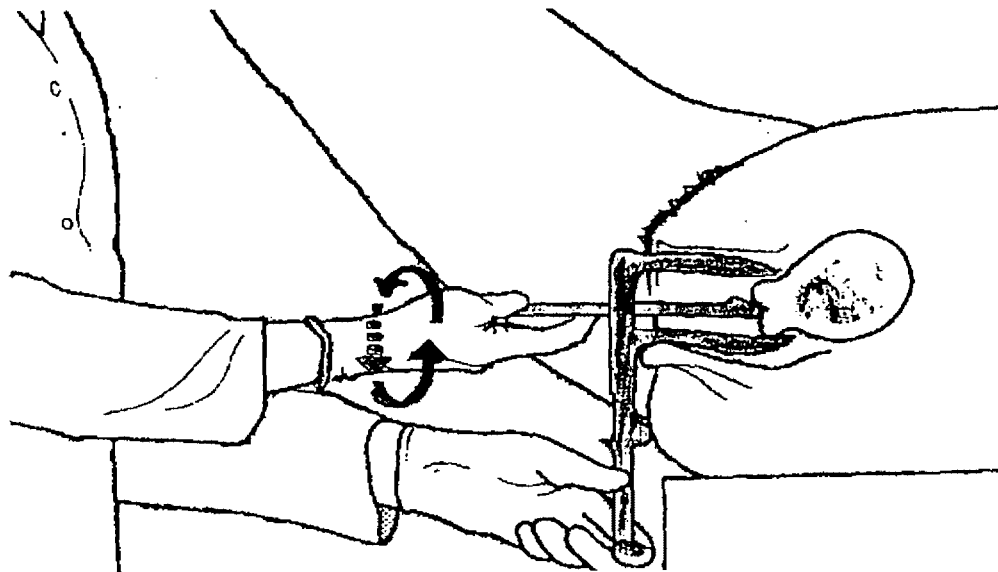
FIJACION DEL ESPEJO





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

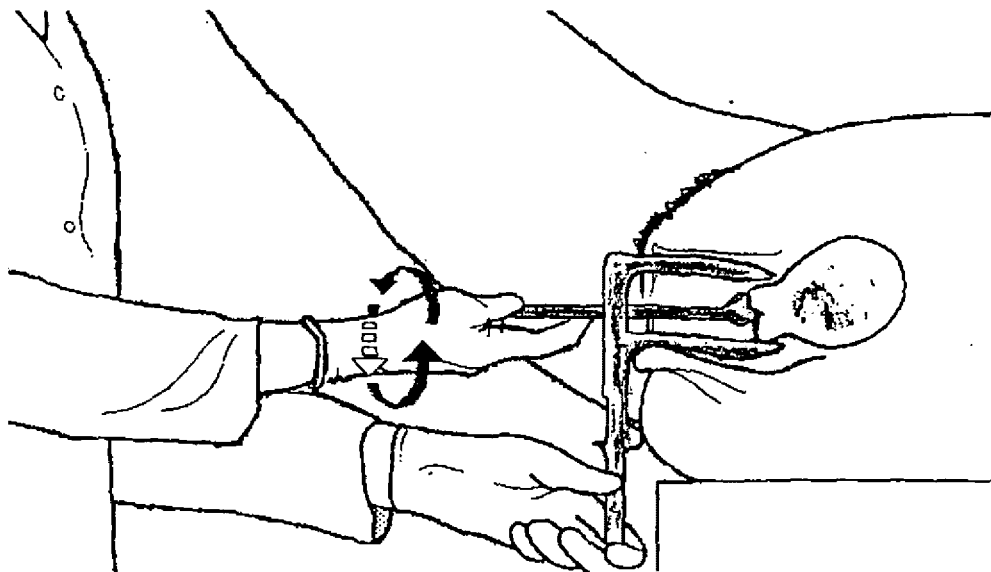
ENDOCERVIX





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

EXOCERVIX



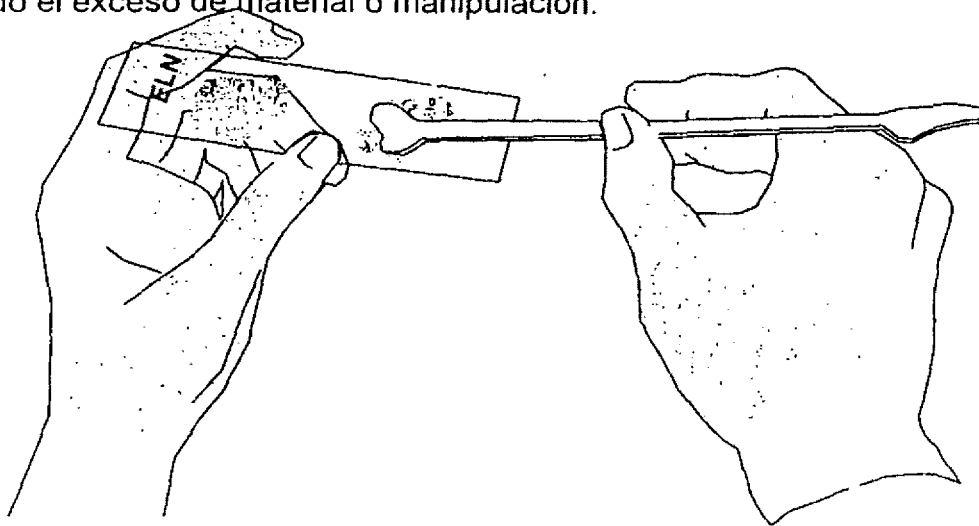


PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

EXTENDIDO DE LA MUESTRA

La primera toma se obtiene del canal endocervical y se extiende en la parte proximal de la laminilla.

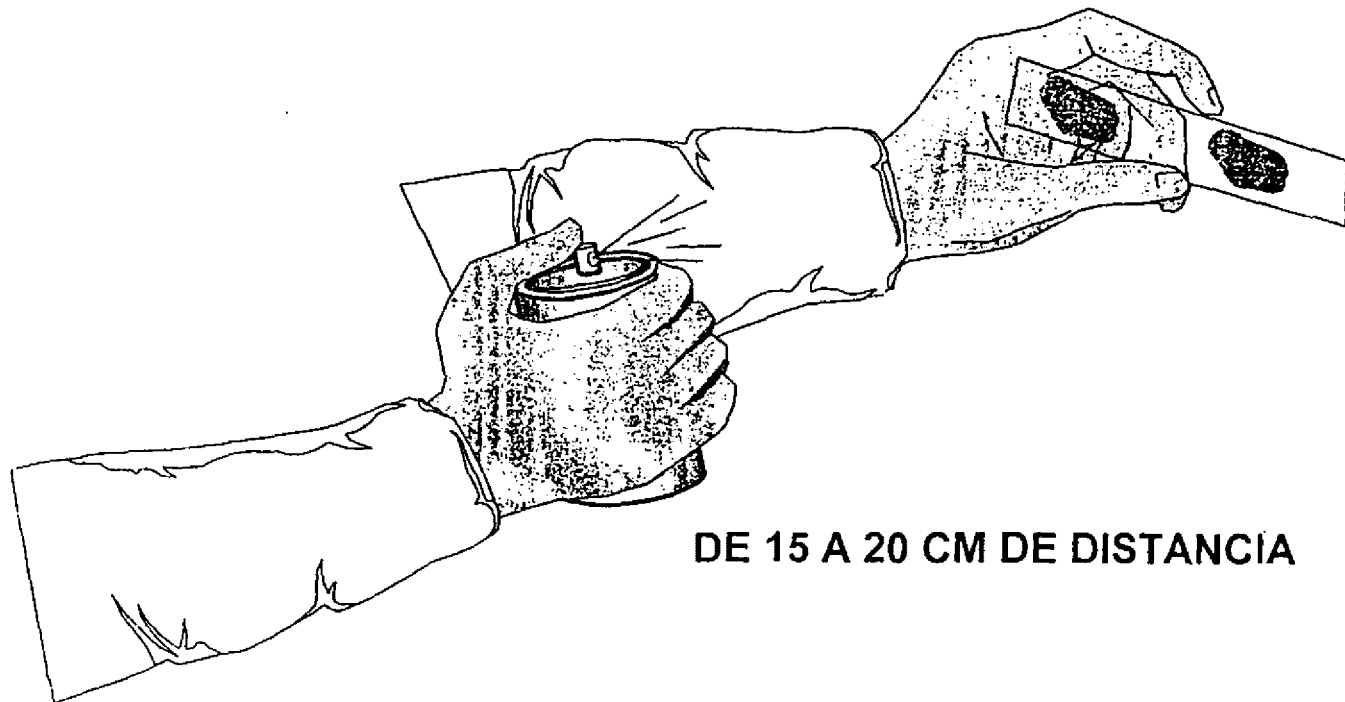
La segunda muestra obtenida del exocérnix, y se coloca en la parte proximal, se realizan movimientos circulares del centro a la periferia haciendo un extendido lo más uniforme posible, evitando el exceso de material o manipulación.





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

FIJACIÓN DE LA MUESTRA

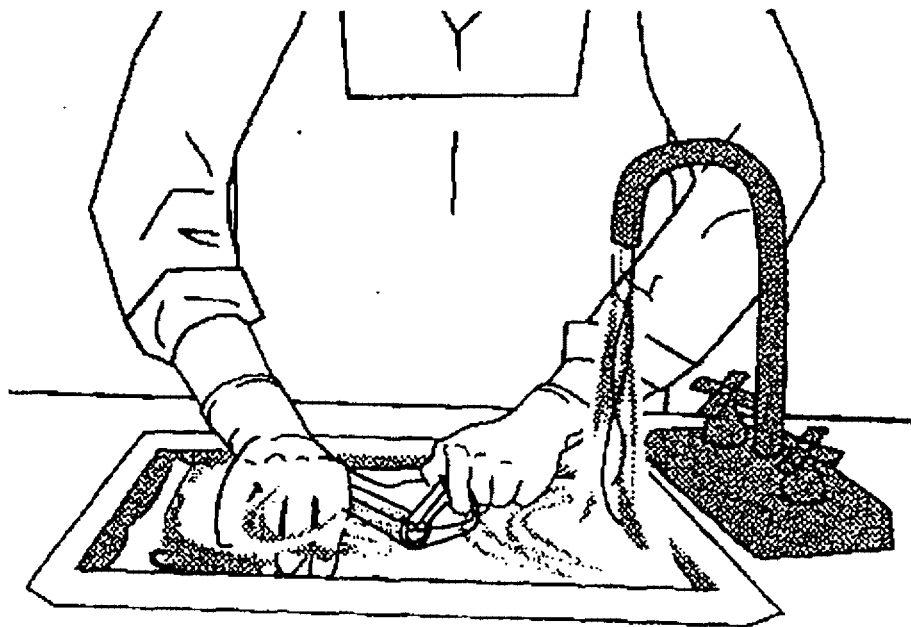


DE 15 A 20 CM DE DISTANCIA



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

LAVADO DE LOS ESPEJOS





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

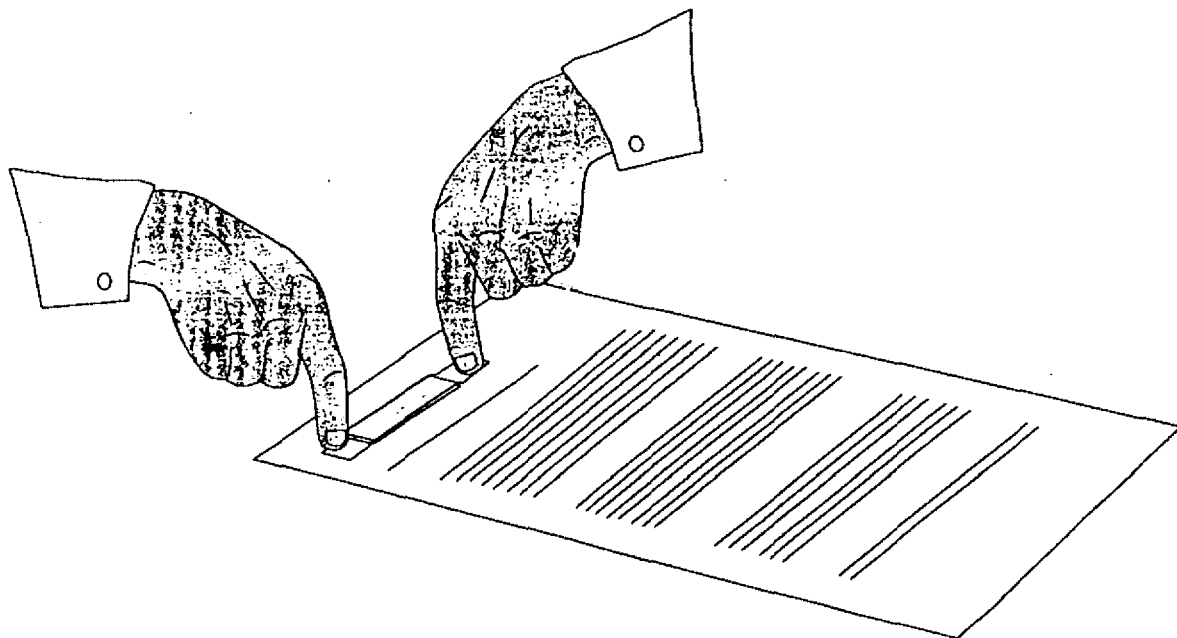
DESINFECCIÓN





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

ENVÍO DE LA MUESTRA AL LABORATORIO





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

ENTREGA DE RESULTADO
(EN MENOS DE 30 DÍAS)

