

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

TESIS:

**“FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA
ACEPTACIÓN DEL PAPANICOLAU EN DERECHOHABIENTES
DE LA UMF No. 10 DE AGUASCALIENTES“**

PRESENTADO POR:

MEDICO CIRUJANO HEIDY MAGAÑA QUIROZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

Aguascalientes, Ags., Agosto del 2010

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



DRA. HEIDY MAGAÑA QUIROZ
PASANTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

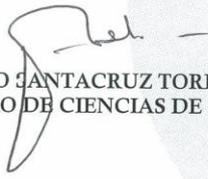
Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“ FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA ACEPTACIÓN
DEL PAPANICOLAOU EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF 10 DE
AGUASCALIENTES ”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Especialidad en Medicina Familiar.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., Julio 20 del 2010


DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez
Jefa del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Dr. Agustín Cruz Zavala
Asesor
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION

Aguascalientes, Ags a 19 de JULIO del 2010

Dr. Armando Santacruz Torres
DEDANO DE CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la delegación Aguascalientes

HEIDY MAGAÑA QUIROZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF10 DE AGUASCALIENTES

No. Registro: R- 2010- 101- 5

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El residente Heidy Magaña Quiroz asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegados al plan de trabajo por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Agustín Cruz Zavala



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION

Aguascalientes, Ags a 19 de JULIO del 2010

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos
JEFE DE INVESTIGACION MÉDICA
COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DELEGACION IMSS AGS.

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la delegación Aguascalientes

HEIDY MAGAÑA QUIROZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF10 DE AGUASCALIENTES

No. Registro: R- 2010- 101- 5

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El residente Heidy Magaña Quiroz asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegados al plan de trabajo por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Agustín Cruz Zavala

Recibí copia
Melo
19072010

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, pareja e hijos, por la paciencia y apoyo en estos años de formación.

A nuestros asesores, por ser tan flexibles y compartiros un poco de su tiempo, su gran conocimiento y experiencia.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes y al IMSS, por impulsarnos a prepararnos y entender nuestras necesidades.

A los docentes que contribuyeron, directa o indirectamente, a la elaboración de este trabajo de investigación.

DEDICATORIAS**A DIOS:**

A ti te agradezco por darme una madre tan maravillosa que siempre me ha apoyado en todo, por todos sus sacrificios, desvelos y sin sabores que tuviste que pasar para hacer de mi una persona de bien y aunque se que en ocasiones no soy tu persona favorita, jamás dudes que te amo y que siempre estaré cuando me necesites, tal vez mis planes no encajan en los tuyos pero tu siempre encajaras en mi vida.

*No he venido a este mundo a cumplir tus expectativas
No has venido a este mundo a cumplir mis expectativas
Yo hago lo que hago
Tú haces lo que haces
Yo soy un ser completo aun con mis carencias
Tu eres tu un ser completo aun con tus carencias
Si nos encontramos y nos aceptamos
Si nos aceptamos y nos respetamos
Si somos capaces
De no cuestionar nuestras diferencias
Y de celebrar juntas nuestros misterios
Podremos caminar una junto a la otra
En nuestro camino
En sagrada y amorosa compañía
Si eso es posible puede ser maravilloso
Si no no tiene remedio*

Sergio Shay

A MI PADRE:

Por ser aquel amigo, mi confidente, el cual siempre me enseñó lo bueno y lo malo de la vida y que tengo toda la capacidad para superar todo lo malo que me suceda en la vida, a aceptarme tal y como soy y que tengo todo el derecho a ser feliz.

A MIS HIJOS CARLOS Y MIRANDA:

Por permitirme robarles parte de su tiempo, sacarlos de su mundo para acompañarme en esta experiencia, que este logro mío lo sientan como propio y les sirva de estímulo en la vida para continuar con fuerza progresando y luchando por los valores recibidos.

A MI MAMÁ PINA:

Tu ausencia es tu presencia en mi vida que aunque en el cielo estás siempre tu recuerdo estará presente en mi mente y corazón dándome fortaleza y motivos para seguir adelante.

A MI AMOR:

Mi pareja, mi mejor amigo, mi persona favorita te agradezco por amarme como lo haces, por estar siempre para mí, por ser parte de una nueva etapa en mi vida.

A MIS AMIGOS:

Gracias por ser cómplices en mis aventuras y desventuras.

A MIS ENEMIGOS:

Por darme la fuerza para no rendirme a pesar de la negatividad de sus deseos.

HEIDY MAGAÑA QUIROZ

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CARTAS DE LIBERACIÓN



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESUMEN

Introducción. El Papanicolaou a partir de las aportaciones que realizó George, ha sido reconocido como uno de los mayores triunfos de la medicina para salvar vidas, por su sensibilidad, especificidad y la capacidad de detectar lesiones premalignas en las etapas más susceptibles al tratamiento. El concepto de la familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones, por lo cual, resulta importante descubrir si la pareja conyugal influye en la realización de sus detecciones específicamente la citología vaginal o Papanicolaou.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, a través de una encuesta sociodemográfica y un cuestionario de la Funcionalidad en el Subsistema Conyugal, en una población de estudio en mujeres entre 15 y 75 años de edad, con vida sexual activa, que sean derechohabientes del IMSS, durante los meses de marzo-agosto del 2009 se diagnosticaron aprox. 160 pacientes con Papanicolau, por lo que la muestra fue por conveniencia, no probabilístico, aleatorio encuestando a 163 mujeres, en marzo del 2010.

Resultados. Se eliminaron 29 encuestas por no tener una relación conyugal, analizando un total de 134. La edad promedio fue de 40 años, el 61.9% fue el tipo de familia nuclear, la escolaridad predominante fue la secundaria seguida de la primaria, el 56.7% se dedicaba al hogar, el 67.9% eran casadas y el 62.7% tenían en promedio de 2 a 4 hijos. El 19.4% nunca se realizó el Papanicolau. El 49.3% tuvieron una relación conyugal funcional seguida de la disfunción moderada. No hubo diferencia significativa entre la funcionalidad conyugal y la aceptación/rechazo del Papanicolau. En la edad, el tipo de familia y el no. de hijos sí la hubo.

Conclusiones. La mayoría de nuestros resultados no fueron, estadísticamente, significativos. Esto nos indica que son otros factores los que influyen en el rechazo del Papanicolau como pudor o vergüenza, malestares y dolor, temor ante el posible diagnóstico de CACU, sólo por mencionar algunos.

Palabras claves: factores familiares, aceptación del Papanicolau.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Agradecimientos	i
Dedicatorias	ii
Cartas de liberación	iv
Resumen	v
Índice	vi
Índice de gráficas	viii
Índice de cuadros	x
Índice de anexos	xii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
2.1. <i>Antecedentes científicos</i>	12
III. Justificación	15
IV. Planteamiento del problema	16
4.1. <i>Pregunta de investigación</i>	17
V. Objetivos	19
5.1. <i>Objetivo general</i>	19
5.2. <i>Objetivos específicos</i>	19
VI. Metodología	20
6.1. <i>Diseño experimental</i>	20
6.1.1. Diseño y tipo de estudio	20
6.1.2. Definición del universo	20
6.1.3. Criterios de inclusión	20
6.1.4. Criterios de exclusión	20
6.1.5. Criterios de eliminación	21
6.1.6. Métodos de selección de la muestra	21
6.1.7. Definición de variables	21
6.2. <i>Material y métodos</i>	21
6.3. <i>Análisis de datos</i>	23
VII. Resultados	24

7.1. <i>Datos de variables sociodemográficas</i>	24
7.2. <i>Aceptación/Rechazo de Papanicolau y Funcionalidad en el Subsistema Conyugal</i>	25
VIII. <i>Discusión</i>	32
IX. <i>Conclusiones</i>	34
X. <i>Recomendaciones y perspectivas</i>	35
XI. <i>Anexos</i>	36
XII. <i>Referencias bibliográficas</i>	57



ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICAS	PÁGINA
Gráfica 1. Distribución porcentual de las mujeres derechohabientes que se han realizado el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	25
Gráfica 2. Distribución porcentual de las mujeres derechohabientes que las apoya su familia para el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	46
Gráfica 3. Distribución porcentual de las mujeres derechohabientes que les ha creado conflictos con su pareja para el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	46
Gráfica 4. Distribución porcentual por funcionalidad en el subsistema conyugal de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	26
Gráfica 5. Distribución porcentual por rangos de edad respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	47
Gráfica 6. Distribución porcentual por escolaridad respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	48
Gráfica 7. Distribución porcentual por ocupación respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	49

Gráfica 8. Distribución porcentual por religión respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	50
Gráfica 9. Distribución porcentual por estado civil respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	51
Gráfica 10. Distribución porcentual por no. compañeros sexuales respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	52
Gráfica 11. Distribución porcentual por familiares con CACU respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	53
Gráfica 12. Distribución porcentual por apoyo de la familia para la realización del Papanicolau con respecto a las mujeres derechohabientes que ya se lo realizaron del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	54
Gráfica 13. Distribución porcentual por conflicto con la pareja al realizarse el Papanicolau con respecto a las mujeres derechohabientes que ya se lo realizaron del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	55

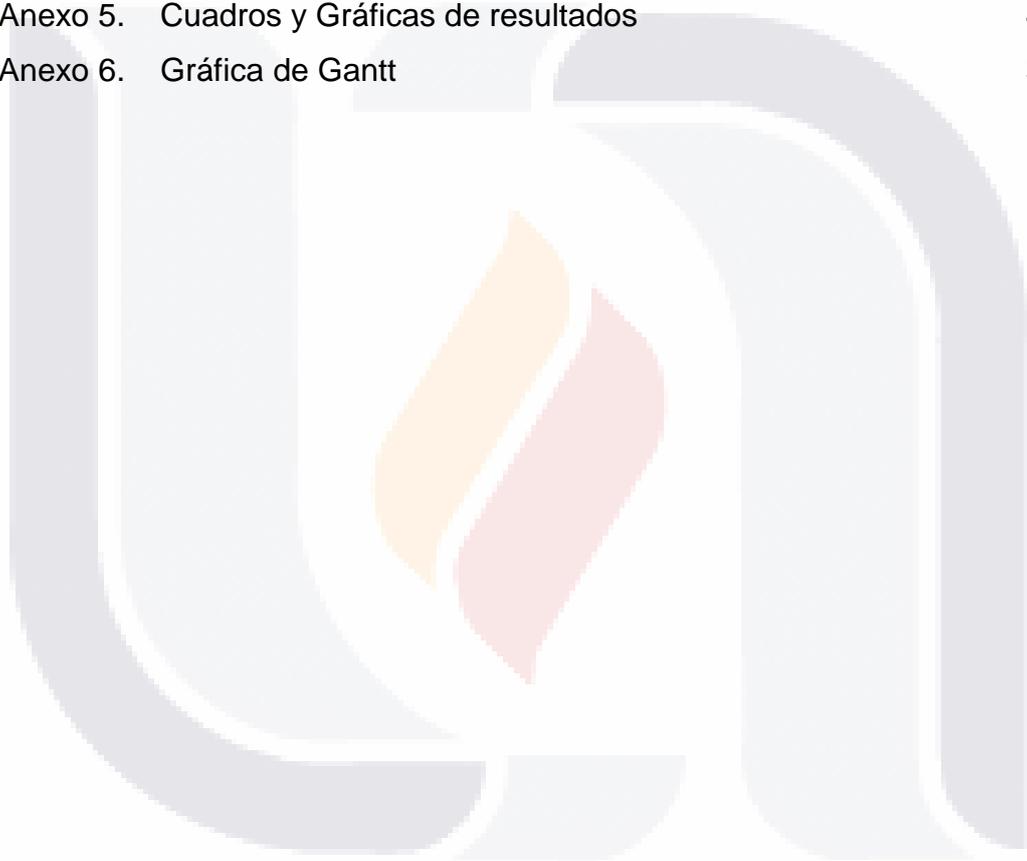
ÍNDICE DE CUADROS

CUADROS	PÁGINA
Cuadro 1. Distribución por frecuencia y porcentaje de edad de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	41
Cuadro 2. Distribución por frecuencia y porcentaje por tipo de familia de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	41
Cuadro 3. Distribución por frecuencia y porcentaje de escolaridad de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	42
Cuadro 4. Distribución por frecuencia y porcentaje de ocupación de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	42
Cuadro 5. Distribución por frecuencia y porcentaje de religión de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	43
Cuadro 6. Distribución por frecuencia y porcentaje de estado civil de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	43
Cuadro 7. Distribución por frecuencia y porcentaje de nº de hijos de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	44
Cuadro 8. Distribución por frecuencia y porcentaje de nº de compañeros sexuales de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	44
Cuadro 9. Distribución por frecuencia y porcentaje de familiares con CACU de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	45

Cuadro 10. Distribución por frecuencia y porcentaje de regularidad de realización de papanicolau de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	45
Cuadro 11. Distribución por frecuencia y porcentaje de funcionalidad en el subsistema conyugal respecto a aceptación realización papanicolau de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	27
Cuadro 12-A Análisis de Chi cuadrada de aceptación de realización de papanicolau respecto a las variables sociodemográficas de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	28
Cuadro 12-B Análisis de Chi cuadrada de aceptación de realización de papanicolau respecto a las variables sociodemográficas de las mujeres derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	29
Cuadro 13. Distribución por frecuencia y porcentaje de tipo de familia respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	30
Cuadro 14. Distribución por frecuencia y porcentaje de no. hijos respecto a las mujeres derechohabientes que se realizaron el Papanicolau del IMSS de la UMF No. 10 en marzo del 2010.	31

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	PÁGINA
Anexo 1. Operacionalización de variables.	36
Anexo 2. Carta de consentimiento informado.	37
Anexo 3. Encuesta sociodemográfica.	38
Anexo 4. Funcionalidad en el Subsistema Conyugal.	40
Anexo 5. Cuadros y Gráficas de resultados	41
Anexo 6. Gráfica de Gantt	56



I. INTRODUCCIÓN

La prueba del Papanicolaou consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cervix uterino y examinarlas en el microscopio, para determinar la presencia y extensión de las células anormales; la prueba suele realizarse como parte del examen pélvico (1).

El Papanicolaou a partir de las aportaciones que realizó George, ha sido reconocido como uno de los mayores triunfos de la medicina para salvar vidas, por su sensibilidad, especificidad y la capacidad de detectar lesiones premalignas en las etapas más susceptibles al tratamiento (1).

En estudios actuales, se ha comprobado la participación del virus del papiloma humano, en cáncer cervicouterino como la causa principal; en México es muy pobre la difusión suficiente sobre la importancia de este virus como enfermedad de transmisión sexual.

En la actualidad el término familia puede incluir varias definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto que tenga un carácter universal.

El concepto de la familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones, es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

Por lo cual, resulta importante descubrir si la pareja conyugal influye en la realización de sus detecciones específicamente la citología vaginal o Papanicolaou.

II. ANTECEDENTES

Resulta interesante saber, que el Papanicolaou es descubierto al tratar de realizarse un estudio sobre los cromosomas que determina el género en un producto.

En 1913 llega a América George N. Papanicolaou, originario de Atenas, el cual realizó un doctorado en la Universidad de Munich; posterior a su estudios de genética fue invitado a formar parte del equipo que realizaba estudios de los cromosomas en la determinación del sexo e inicia los frotis en hembras de mamíferos, los cuales revelan una impresionante riqueza de diversas formas celulares y una secuencia de diversos patrones citológicos.

En 1925 inicia los frotis en mujeres voluntarias, trabajadoras de un hospital de Nueva York, donde una de estas mujeres es portadora de cáncer de cuello uterino, confirmando sus observaciones.

En 1939 comienza un estudio sobre frotis vaginal a todas las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología del Medical Collage y realiza las primeras descripciones cito histológicas con el método Papanicolaou.

El Papanicolaou, a partir de las aportaciones que realizó George, ha sido reconocido como uno de los mayores triunfos de la medicina para salvar vidas, por su sensibilidad, especificidad y la capacidad de detectar lesiones premalignas en las etapas más susceptibles al tratamiento (1).

La aplicación del programa de detección de los grupos de riesgo ha podido demostrar la posibilidad de disminuir la incidencia y la mortalidad de cáncer cervicouterino, sin embargo, el resultado citológico sospechoso de Papanicolaou, representa un reto para su interpretación diagnóstica por parte del ginecólogo, como consecuencia de la variabilidad del diagnóstico histopatológico que incluye desde lesiones benignas hasta cáncer invasor (2).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En estudios actuales, se ha comprobado la participación del Virus del Papiloma Humano (VPH) en Cáncer Cervicouterino (CACU) como la causa principal.

En México es muy pobre la difusión suficiente sobre la importancia de este virus como enfermedad de transmisión sexual.

El VPH pertenece a virus de DNA, caracterizado por su tropismo hacia células epiteliales, se presenta en un 51.4 % de hombres heterosexuales asintomático, a lo cual se debe su alto porcentaje de desconocimiento por parte de ellos y a la nula prevención; además de que un 58% en mujeres con presencia de síntomas no definidos o mal conocidos, a los cuales las mujeres no dan importancia y algunas lo consideran normal, no hay prevención ni conocimiento del virus por parte de las mujeres aun que en menor porcentaje (3).

Se presentan otros factores como los higiénicos, la importancia de la historia sexual de la pareja, sobre las enfermedades de transmisión sexual, la baja promoción de la prevención primaria en el ámbito nacional, el poco acceso a los servicios de salud, la calidad de la información, la fuente de la misma, personal con suficiente capacidad de servicio que brinde la información de forma clara, precisa y con lenguaje de acuerdo al paciente.

Está demostrado que la escolaridad no es un factor que limite a la aceptación del Papanicolaou ya que en estudios previos no se ha encontrado una significancia importante en la aceptación de la realización del Papanicolaou (4).

La prueba del Papanicolaou consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cervix uterino y examinarlas en el microscopio, para determinar la presencia y extensión de las células anormales; la prueba suele realizarse como parte del examen pélvico.

El procedimiento para obtener dicha muestra es el siguiente:

- a) La mujer debe quitarse la ropa de la cintura para abajo.
- b) Reclinarse en la camilla con sus piernas levantadas y separadas.
- c) El médico o la enfermera la cubren con un lienzo.
- d) El médico inserta un espejo vaginal y abre para facilitar el acceso hacia el cervix.
- e) Enseguida se extraen unas células del cervix con espátula.
- f) La muestra se deposita en un portaobjetos que se rocía con una sustancia fijadora y se envía al laboratorio.

Ya en el laboratorio son examinadas al microscopio, donde los resultados son clasificados de la siguiente manera:

- 1. Resultado normal.
- 2. Existe presencia de células atípicas, pero no hay evidencia de cáncer, estas células probablemente se deban a un proceso inflamatorio cervical.
- 3. Células anormales que sugieren la presencia de cáncer.
- 4. La cantidad de células anormales encontradas sugiere la presencia de cáncer.
- 5. Las células anormales demuestran definitivamente la existencia de cáncer.

Se recomienda que una mujer con vida sexual iniciada, se realice el Papanicolaou cada 3 años, después de resultados normales durante 2 años, consecutivos. A mujeres con antecedentes familiares o personales que den alto riesgo de cáncer en los órganos reproductores, se les aconseja realizar su prueba cada 6 meses (5).

El CACU es una enfermedad seria que puede amenazar la vida de la mujer, cuando se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello

uterino; se trata de una patología sintomática de crecimiento lento en un periodo de tiempo, sin embargo, en algunos casos puede avanzar en un año a órganos a distancia; el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer siendo la primera el Papanicolaou.

Una vez detectado el CACU se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo; este proceso se conoce como clasificación por etapas (6).

En México el CACU ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte en mujeres de 45 a 64 años y una de las principales causas en las que las mujeres acuden al servicio de consulta, y una baja cobertura en el servicio de Medicina Preventiva (7).

Con frecuencia en sus etapas iniciales no cursa con síntomas, por lo que su detección se realiza en etapas severas.

El factor de riesgo más común es la exposición al VPH, se trata de una infección de transmisión sexual que en la mayoría de los casos es sintomática, por lo que puede transcurrir mucho tiempo desde el contacto hasta que se detecta (8).

Otros de los factores de riesgo de contraer dicho cáncer, de acuerdo a la OMS, son:

1. El resultado de su Papanicolaou es anormal.
2. Inicio sus relaciones sexuales durante la adolescencia.
3. Cuentan con varias parejas sexuales.
4. Tiene compañeros sexuales con presencia de verrugas.
5. Fumador, si su compañero sexual tiene o tuvo cáncer en el pene.
6. Si la compañera sexual anterior a su pareja actual tiene cáncer cervical o células cervicales anormales (9).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El VPH pertenece a una familia de virus de DNA, caracterizado por su tropismo hacia células epiteliales, produce crecimientos epiteliales benignos como verrugas, papilomas y condilomas; en condiciones normales permanece latente y si no se trata puede producir tumores malignos en cervix o pene.

El tipo 16 es identificado en biopsias de tumores de vejiga en varones y el tipo 18 en el total de mujeres con presencia de alteraciones en el resultado de la prueba del Papanicolaou, debido a la estrecha relación del VPH con el CACU, la información ha estado dirigida hacia las mujeres (10).

La infección por el VPH es frecuente en la especie humana, en la actualidad, el tratamiento subclínico es controversial si se considera su elevada recurrencia de regresión espontánea y la falta de fármacos antivirales específicos, muchos autores sugieren un esquema conservador tratando sólo las lesiones neoplásicas intraepiteliales cervicales (11).

La aplicación del ácido tricloroacético causa destrucción física del tejido afectado por el VPH, sin detectarse daño al DNA (12).

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el CACU, representando desafíos importantes para las mujeres: no tienen dinero para pagar los análisis, no le dan prioridad a la salud propia en la cultura mexicana, dan prioridad a la salud de su familia, el temor a su pareja, la falta de información sobre el procedimiento, las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud; en general, pueden contribuir a la negativa por parte de estas mujeres a realizarse su Papanicolaou.

El mensaje sobre el CACU debería darle prioridad a los aspectos de prevención y no al tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias (13).

La familia es el ambiente más importante en el que ha evolucionado el hombre, es la más antigua de las instituciones sociales humanas.

La palabra familia se deriva de la raíz latina *fámulos*, que significa siervo o esclavo doméstico.

En la era del Nomadismo, con el término familia se designaba a todo un grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro.

En la Roma antigua, el nombre familia se daba al conjunto formado por esposa, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del *Pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos (14).

En la actualidad, el término familia puede incluir varias definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto que tenga un carácter universal.

El concepto de la familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones ya que es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

Las fases del ciclo familiar por las que se encuentra una familia en determinado tiempo de su evolución fueron clasificadas por J. Geyman en 1980, dividiendo a la familia en 4 fases:

1.- Matrimonio: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

2.- Expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata o se expande.

3.- Dispersión: Esta fase indica claramente el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela.

4.- Independencia: Al inicio de esta fase aproximadamente son de 20 a 30. La pareja debe de aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias.

5.- Retiro o Muerte: Se caracteriza por la incapacidad de laborar, Desempleo. Agotamiento de Recursos económicos. En esta fase se caracteriza por la presencia del nido vacío (10).

La familia como grupo social debe de cumplir 3 funciones básicas que son la función económica, biológica y educativa y es precisamente este, uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, se cree la necesidad de verlo como una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros, actuando como un sistema de apoyo. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia con toda la familia.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos deducirla a la suma de características de sus miembros, por eso, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales se han visto tradicionalmente de una manera lineal, que se conoce como causa-efecto, lo cual es un enfoque a las deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

El funcionamiento familiar debe de verse de una manera no lineal, sino circular, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y, por lo tanto, a las causas de disfunción familiar.

A la hora de hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único o indicador que lo mida, algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir los cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse hacia su propio ciclo y desarrollo de sus miembros, otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Se tiene que hacer un énfasis especial de que no se puede hablar de disfuncionalidad familiar como algo estable y fijo sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente; si la familia establece estrategias disfuncionales ante situaciones de cambio como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y, por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros (15, 21).

Por lo tanto, la principal característica que debe de tener una familia funcional es que promueva el desarrollo favorable a la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga jerarquías claras, límites claros, roles claros y bien definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

La funcionalidad familiar no debe de ser entendida como un elemento estático sino por el contrario debe de ser evaluada por su dinamismo, no se trata de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá bajo un tiempo indefinido, en realidad la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nivel individual como familiar y hecha a mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables (15, 21).

Como premisa tenemos que todas las funciones familiares están en la base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, el desarrollo normal así como el equilibrio emocional que facilita el enfrentamiento a los hechos de la vida.

En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis del proceso salud-enfermedad, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal familiar, así como la posición social y la dinámica relacional, es de gran importancia (15, 21).

La familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia nunca permanece estacionaria sino que pasa de una forma inferior a una superior, evolucionando la sociedad como consecuencia del desarrollo y la economía (15).

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, en ella, sus miembros mantienen una forma común y unitaria, relaciones directas con un vínculo mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza; este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas organizados por generaciones, género, intereses y funciones (16).

Los principales subsistemas en la estructura de una familia nuclear son: Subsistema Conyugal, Subsistema Paterno – Filial y Subsistema Fraterno.

El Subsistema Conyugal, estudia la funcionalidad familiar entre los cónyuges:

- ⇒ En la *fase de recién casados*, la disfunción puede presentarse por la incapacidad de la pareja para establecer un compromiso marital o por la existencia de expectativas poco realistas en cada uno de ellos, se les dificulta adaptarse al proceso de acomodación mutua y a la reorganización que implica el vivir en unión.
- ⇒ En la *etapa de procreación*, los problemas pueden presentarse por la inadecuada preparación de la pareja para adaptarse al nuevo rol de padres y la dificultad para enfrentar nuevos compromisos emocionales y sociales.
- ⇒ En la *etapa de dispersión*, la disfunción se debe a la diferenciación de roles y a los problemas por la separación de los hijos.
- ⇒ En la *etapa de independencia*, los problemas se pueden presentar por la dificultad de los padres por desligarse de los hijos y posteriormente restablecer su equilibrio marital y prepararse para el reencuentro.
- ⇒ En la *etapa de retiro y muerte*, la disfunción puede deberse a la incapacidad para afrontar la ancianidad y la soledad por la muerte de la pareja (17, 18).

En la familia, las acciones de salud en cada uno de los miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, como puede ser el cáncer cervicouterino y el VPH y serotipos principales para presentar CACU (19).

Uno de los problemas más comunes que se viven en la actualidad es la alta morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, secundario a infección por virus del papiloma humano.

De acuerdo a estudios realizados, desde la introducción del método del Papanicolaou, se han salvado muchas vidas, al poder detectar lesiones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pre malignas en etapas de sensibilidad al tratamiento de esta enfermedad; dicho método, además de examinar cambios anormales en las células del cuello uterino, detecta cambios precancerígeno en las células, llamado displasia cervical, infecciones vaginales e información hormonal.

De acuerdo a la Norma internacional de Salud, las mujeres con vida sexual activa, deben realizarlo cada 2 a 3 años, cuando se encuentre en bajo riesgo; en mediano y alto riesgo debe ser cada año ó 6 meses, respectivamente.

La presencia de lesiones pre malignas o de CACU son problemas graves de salud pública, además de una creciente carga económica para la población; siendo un problema que se puede prevenir.

En nuestro país, a pesar de la difusión a la realización del Papanicolaou, es muy baja, considerando que la morbilidad y mortalidad se encuentran altas; también estudios realizados demuestran que la falta de educación, información, y prevención en la población ha contribuido a que las mujeres con vida sexual activa no lleven a cabo esta medida preventiva.

Se han demostrado los beneficios del Papanicolaou, las dificultades para su aceptación, la difusión en todos los medios de la prueba, sin embargo, continúa bajo el porcentaje de mujeres que se realizan la prueba por primera vez y con la regularidad que requiere, por lo que se debe investigar sobre sus factores y el entorno familiar.

2.1. Antecedentes científicos

Valenzuela y Miranda (2001) realizaron un estudio en donde buscaban las barreras psicológicas del por qué no se hacían el Papanicolau, en mujeres

de Santiago, Chile. Mencionando en sus resultados como las principales el miedo, pudor, creencias erróneas y errores de información (24).

Soto *et al.* (2003) describieron los factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica en el Policlínico Docente “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba, fue un estudio analítico de tipo caso-control entre las mujeres negadas a realizarse la prueba (grupo estudio) y las dispuestas a efectuárselas (grupo control) (23).

Se halló un predominio de las edades de 25 a 40 años en ambos grupos: 69,5 % entre las negadas y 66,1 % entre las dispuestas, sobre todo de las que tenían de 36 a 40; así como también del nivel preuniversitario (49,1 % en el primer caso y 47,5 % en el segundo), seguido del secundario, con una ligera primacía de las universitarias entre las no negadas, si bien las cifras de primaria y primaria no vencida fueron menos representativas. Más de 70 % de las integrantes de la casuística eran casadas, pues se trataba de mujeres mayores de 25 años, y en cuanto a la ocupación prevalecieron las trabajadoras entre las negadas al examen. Los resultados obtenidos revelaron un predominio a temor a la prueba, temor ante el posible diagnóstico positivo de CACU y realización del examen en locales inadecuados (23).

En Bolivia, en el Hospital La Paz durante el mes de octubre del 2006, Zenteno y Rivas (2007) realizaron un estudio transversal, descriptivo en mujeres que acudieron a consulta de Ginecología y sala de puerperio, entre 15 y 50 años de edad, el 64% de las encuestadas respondió conocer para que sirve el Papanicolau y el 36% no supo, el 90.2% le han realizado el Papanicolau. El 76.5% respondieron que sí les incomodaba algo cuando le tomaban dicha prueba, siendo el dolor y la vergüenza los motivos sobresalientes. Finalmente el 79% mencionaron que prefieren que sea un médico mujer quien les tome la prueba (22).

Valdés (2004) realizó cuatro estudios con el fin de identificar las variables psico-socio-culturales que explican por qué las mujeres de Chihuahua (México)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

no acuden al examen preventivo del cáncer cervicouterino, específicamente la citología exfoliativa cervicovaginal denominada Papanicolaou (25).

En el primer estudio manifestó la percepción de desventajas como un factor importante, que están asociadas con la realización del Papanicolaou a través de tabúes y creencias (25).

En el segundo estudio identificó que la influencia de la madre es una variable en las mujeres en edad de riesgo, otra desventaja percibida fue el sentir pudor o vergüenza durante la prueba y malestares y dolor después del mismo (25).

En este tercer estudio se demostró que la "influencia social", asociada con "información sobre la enfermedad", origina que las mujeres perciban más ventajas y a su vez tengan más práctica "preventiva eficaz". La influencia social, principalmente de la madre, aumenta la probabilidad de que las mujeres se realicen el Papanicolaou (25).

III. JUSTIFICACIÓN

La familia representa el núcleo básico de todo individuo y la funcionalidad e interacción entre cada uno de ellos, dependerá el desarrollo dentro de la sociedad, el equilibrio interno de cada uno de sus integrantes proporciona sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar individual y social.

Tomando en cuenta la alta prevalencia del cáncer cervicouterino en el UMF No. 10, del estado de Aguascalientes, lo que lleva a un alto costo al sistema de salud, representa un reto la prevención por medio de la prueba del Papanicolaou.

De acuerdo a la baja cobertura en la captación para la aceptación del Papanicolaou, las mujeres derechohabientes del IMSS existen diversos factores familiares y psicosociales que hacen a las pacientes no concientizarse de la importancia de dicho examen para prevenir enfermedades como el VPH y su relación con el CACU, aunado a que existe poca información publicada con respecto a la funcionalidad familiar, el apoyo familiar en la aceptación del Papanicolaou como medio prevenible de CACU; se encuentra que una gran mayoría de población ignora para que sirve esta prueba.

La educación en salud preventiva enfocados a la sexualidad de mujeres con inicio de vida sexual en nuestro país, no se lleva acabo de manera integral en el núcleos social primario llamado familia, y es en la familia donde se deben de llevar estrategias para fomentar la prevención en la salud.

El médico familiar, hoy en día, sabe la importancia de que la familia es el apoyo fundamental para lograr una buena relación con la sociedad, ya que en ésta es donde desarrollamos nuestras potencialidades que se requieren para poder tener un crecimiento adecuado desde el punto de vista social.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, los programas de detección oportuna del CACU no han logrado transmitir la importancia de la prueba del Papanicolaou debido a la falta de información clara a nivel poblacional, además de la actitud y resistencia de las mujeres hacia la práctica de la prueba (2).

Dentro de las razones para la no práctica de la prueba del Papanicolaou en las mujeres sin actividad sexual actual, pero ya iniciada, el no tener pareja, no presentar sintomatología de enfermedades vaginales y la población con vida sexual activa con pareja estable la consideraron, en primer lugar, innecesario (3).

Actualmente, en la República Mexicana, la prevalencia en la realización del Papanicolaou en mujeres de 20 a 50 años de edad, es relativamente baja: el 1.2% se han practicado la prueba por primera vez, en tanto que el 45% nunca ha realizado la prueba del Papanicolaou (3).

En diversos estudios ya realizados se mencionan actitudes y conductas que influyen en las mujeres para no realizarse el Papanicolaou, entre ellos se encuentran preferencia a un médico ginecólogo, no conocen el examen, miedo a descubrir que padecen cáncer, creer que le causará conflictos con su pareja, preferir una mujer para la toma de la muestra, temor al dolor durante la toma de la muestra, falta de comunicación y explicación sobre los pasos a seguir durante la toma del producto, considerarlo una prueba poco importante, ignorancia, dudas sobre la utilidad de la prueba, no presentar síntomas ginecológicos, pudor, falta de tiempo, sólo por mencionar algunos (4).

Como se ha observado, el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad (15).

La familia, acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, el cuidado de la salud, fomentar la prevención de las enfermedades y desaparecer creencias mal infundadas (15).

El cursar con alguna enfermedad repercute en diferentes ángulos de la dinámica familiar desde el punto de vista socioeconómico, psicológico y cultural, siendo mayor cuando se trata de cáncer; principalmente cuando la paciente es la madre, quien es el parte fundamental para la organización de la familia (4).

En la familia donde la madre cursa con CACU pasa por una serie de fases entre las cuales se encuentra la culpa, la frustración, el dolor, la pena, la búsqueda de milagros y la paciente ignora que se trata de una enfermedad que puede ser prevenible y aún curable si se realiza la prueba del Papanicolaou (16).

La mortalidad por CACU ocupa el primer lugar en el estado de Aguascalientes, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), específicamente, en el UMF No 10, la tasa de realización del Papanicolaou, se encontró que en el año 2006 el 20% de la población con vida sexual iniciada se realizó la prueba y el 26.4% fue de muertes a consecuencia de esta patología (17).

4.1. Pregunta de investigación

En el IMSS, existen programas de sensibilización para la realización de dicho examen y prevención de CACU, sin embargo, las mujeres con vida sexual iniciada, no acude a la realización de su prueba cito histológica, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta (17):

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

¿Cuáles son los factores familiares y psicosociales en la aceptación del Papanicolaou en derechohabientes de la UMF 10 del IMSS del estado de Aguascalientes?



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

V. OBJETIVOS

5.1. *Objetivo general*

Describir los factores familiares y psicosociales en la aceptación del Papanicolau.

5.2. *Objetivos específicos*

1. Determinar la estructura familiar de las pacientes que aceptaron la realización del Papanicolau.
2. Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes que se les realizó el Papanicolau.
3. Determinar la funcionalidad conyugal en las parejas que aceptaron la realización del Papanicolau.

VI. METODOLOGÍA

6.1. *Diseño experimental*

6.1.1. *Diseño y tipo de estudio.*

La investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

6.1.2. *Definición del universo.*

La población objetivo fueron las mujeres derechohabientes, entre 15 a 75 años de edad, de los 20 consultorios de la consulta externa de Medicina Familiar del IMSS de la UMF No. 10, turno matutino, del estado de Aguascalientes.

6.1.3. *Criterios de inclusión.*

- Todas las pacientes derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10, turno matutino, entre 15 a 75 años de edad, que acudan personalmente a la consulta externa de los 20 consultorios de Medicina Familiar.

6.1.4. *Criterios de exclusión.*

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no tengan vida sexual activa.
- Pareja que no tengan pareja sexual.
- Pacientes que estén embarazadas.
- Pacientes que tengan alguna enfermedad psiquiátrica, enfermedad crónico degenerativa y cualquier tipo de cáncer.

6.1.5. **Criterios de eliminación.**

- Pacientes que no tengan una relación estable o fija de pareja, al momento de la aplicación de las encuestas.

6.1.6. **Métodos de selección de la muestra.**

El tamaño de la muestra fue por conveniencia no probabilístico aleatorio.

6.1.7. **Definición de variables**

Variables independientes: funcionalidad conyugal.

Variables dependientes: Papanicolau.

Variables sociodemográficas: edad, escolaridad, ocupación, religión, estado civil, número de hijos, familia.

6.2. **Material y métodos**

Se aplicó una encuesta sociodemográfica (Anexo 3), previo la carta de consentimiento informado (Anexo 2), elaborada por quien realizó la investigación, piloteada en una ocasión (noviembre del 2009). Consta de 13 preguntas con respuesta de opción múltiple.

También se utilizó el cuestionario de la Funcionalidad en el Subsistema Conyugal (Anexo 4) de Víctor Chávez, ya validada para su aplicación en México. Consta de 13 ítems, distribuidos y evaluados, de la siguiente manera:

- I. Comunicación.** Abarca 3 preguntas, evaluadas en nunca (0 puntos), ocasional (5 puntos) y siempre (10 puntos).

II. Adjudicación y asunción de roles. Abarca 3 preguntas, evaluadas en nunca (0 puntos), ocasional (2.5 puntos) y siempre (5 puntos).

III. Satisfacción sexual. Abarca 2 preguntas, evaluadas en nunca (0 puntos), ocasional (5 puntos) y siempre (10 puntos).

IV. Afecto. Abarca 4 preguntas, evaluadas en nunca (0 puntos), ocasional (2.5 puntos) y siempre (5 puntos).

V. Toma de decisiones. Abarca sólo 1 pregunta, evaluada en nunca (0 puntos), ocasional (7.5 puntos) y siempre (15 puntos).

De acuerdo al puntaje obtenido, se consideró la funcionalidad conyugal:

- ❖ De 0 a 40 puntos pareja severamente disfuncional.
- ❖ De 41 a 70 puntos pareja con disfunción moderada.
- ❖ De 71 a 100 puntos pareja funcional.

La encuesta sociodemográfica y el cuestionario de Funcionalidad Conyugal fueron aplicados por el investigador y de forma anónima.

El proceso llevado para el llenado de dichas encuestas se realizó en cinco etapas:

PRIMERA ETAPA. El encuestador se presentaba con las pacientes que estaban esperando en la sala de consulta externa y les explicaba el estudio que estaba realizando y si aceptaban.

SEGUNDA ETAPA. De las pacientes que aceptaron participar en el estudio, se les preguntaba datos, de tal forma que se aplicaron los criterios de exclusión.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TERCERA ETAPA. Al resto de las pacientes no excluidas, se procedió a facilitarles la carta de consentimiento informado (Anexo 2) para que la leyeran y al estar de acuerdo firmaran éste.

CUARTA ETAPA. La encuesta sociodemográfica (Anexo 3) y el cuestionario de Funcionalidad en el Subsistema Conyugal (Anexo 4), el encuestador hacía las preguntas a la paciente y anotaba la respuesta.

QUINTA ETAPA. Al completar el tamaño de la muestra, se procedió a la evaluación del cuestionario de Funcionalidad en el Subsistema Conyugal (Anexo 4) y finalmente al vaciado de estas dos encuestas al programa EpiInfo versión 3.4.1.

6.3. *Análisis de datos*

Los datos obtenidos se procesaron estadísticamente con el programa EpiInfo versión 3.4.1. Para las variables cuantitativas se aplicaron las medidas de tendencia central y para las variables cualitativas porcentaje y frecuencia.

VII. RESULTADOS

7.1. *Datos de variables sociodemográficas.*

Se aplicaron 163 encuestas sociodemográficas (Anexo 3) y de Funcionalidad en el Subsistema Conyugal (Anexo 4), de las cuales se eliminaron 29 por no tener una relación estable al momento de la aplicación de éstas. Analizando un total de 134.

Los resultados fueron los siguientes:

La edad promedio de las mujeres derechohabientes encuestadas fue 40.4 ± 12.2 años, una mediana de 37.5 años y una moda de 36 años (Cuadro 1).

El tipo de familia predominante fue la nuclear (Cuadro 2), el nivel de escolaridad con mayor porcentaje fue la secundaria, también hubo mujeres analfabetas con el 6% (Cuadro 3).

La mayoría de las mujeres derechohabientes encuestadas se dedicaban al hogar (Cuadro 4), pertenecían a la religión católica (Cuadro 5) y eran casadas (Cuadro 6).

De las mujeres encuestadas que tenían hijos, en promedio tenían de 2 a 4 (Cuadro 7).

Independientemente del estado civil de las encuestadas, casi la mitad de éstas tuvieron, por lo menos, una pareja o compañero sexual (Cuadro 8).

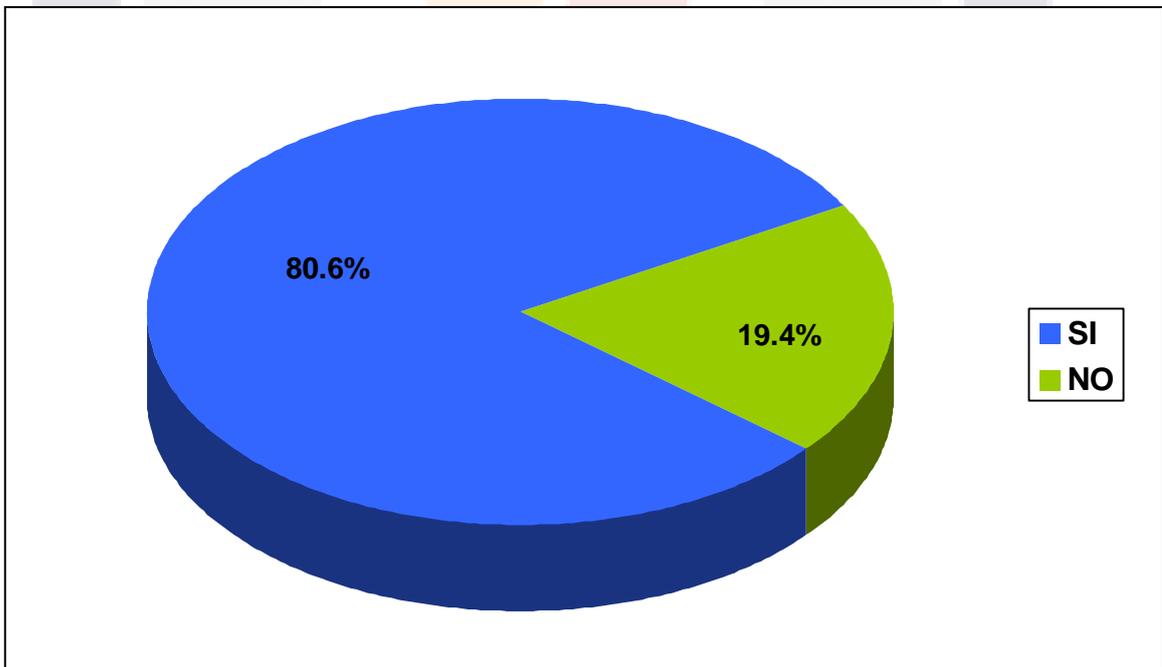
La mayoría de éstas refirieron no haber tenido ningún familiar que haya padecido CACU (Cuadro 9).

7.2. Aceptación/Rechazo de Papanicolau y Funcionalidad en el Subsistema Conyugal.

Aproximadamente una quinta parte de las mujeres encuestadas no se realizaron el Papanicolau (Gráfica 1).

De las que se realizaron el Papanicolau, una cuarta parte no las apoyó su familia para realizarse este examen, por otra parte (Gráfica 2), 3/4 refirieron haberles creado conflictos con su pareja hacerse el Papanicolau (Gráfica 3).

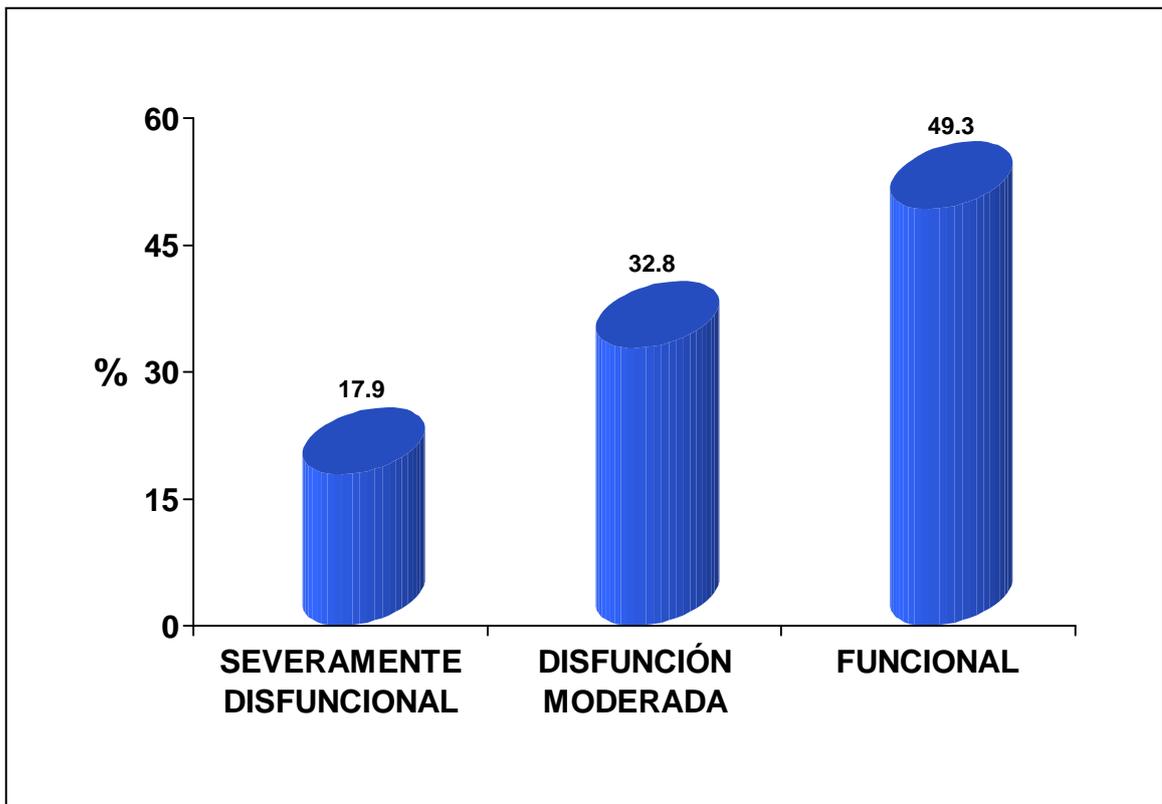
GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

Casi la mitad de las mujeres encuestadas tuvieron una relación conyugal o de pareja funcional, seguida de disfunción moderada (Gráfica 4).

GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL RESPECTO A ACEPTACIÓN REALIZACIÓN PAPANICOLAU DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL	ACEPTACIÓN PAPANICOLAU		TOTAL	X ²	P
	SI	NO			
Funcional	56	10	66	Valor obtenido: 1.5545 Valor crítico con 2 grados de libertad y 0.05 de significatividad: 5.991	0.4997
Row %	84.8	15.2	100.0		
Col %	51.9	38.5	49.3		
Disfunción Moderada	34	10	44		
Row %	77.3	22.7	100.0		
Col %	31.5	38.5	32.8		
Severamente disfuncional	18	6	24		
Row %	75.0	25.0	100.0		
Col %	16.7	23.1	17.9		
TOTAL	108	26	134		
Row %	80.6	19.4	100.0		
Col %	100.0	100.0	100.0		

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

Ya que X² no es mayor que el valor crítico, no existe diferencia significativa, por lo tanto, son variables independientes, sin embargo, cabe mencionar de las mujeres que no aceptaron la realización del Papanicolau, la distribución porcentual en funcionalidad conyugal es muy similar en sus tres modalidades (Cuadro 11).

CUADRO 12-A. ANÁLISIS DE CHI CUADRADA DE ACEPTACIÓN DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU RESPECTO A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	X²	P
Edad	68.5621	0.0171
Tipo de familia	14.9968	0.0047
Escolaridad	2.4102	0.6608
Ocupación	1.4745	0.4784
Religión	0.7903	0.6736
Estado Civil	7.5017	0.1116

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 12-B. ANÁLISIS DE CHI CUADRADA DE ACEPTACIÓN DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU RESPECTO A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	X²	P
Nº de hijos	11.4450	0.0033
Nº de parejas sexuales	0.5643	0.7542
Familiares con CACU	10.0300	0.0744
Apoyo de familia para Papanicolau	2.8434	0.0917
Conflictos con pareja por Papanicolau	0.9310	0.3346

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

Las variables sociodemográficas que estadísticamente tuvieron diferencia significativa fueron el tipo de familia y el Nº de hijos, con respecto a la aceptación o rechazo del Papanicolau (Cuadro 12-A y 12-B).

CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TIPO DE FAMILIA RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

TIPO DE FAMILIA	ACEPTACIÓN PAPANICOLAU		TOTAL	χ ²	P
	SI	NO			
Nuclear	69	14	83	Valor obtenido: 14.9968 Valor crítico con 4 grados de libertad y 0.05 de significatividad: 9.488	0.0047
Row %	83.1	16.9	100.0		
Col %	63.9	53.8	61.9		
Seminuclear	17	4	21		
Row %	81.0	19.0	100.0		
Col %	15.7	15.4	15.7		
Extensa	10	0	10		
Row %	100.0	0.0	100.0		
Col %	9.3	0.0	7.5		
Extensa compuesta	7	8	15		
Row %	46.7	53.3	100.0		
Col %	6.5	30.8	11.2		
Reconstruida	5	0	5		
Row %	100.0	0.0	100.0		
Col %	4.6	0.0	3.7		
TOTAL	108	26	134		
Row %	80.6	19.4	100.0		
Col %	100.0	100.0	100.0		

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

En cuanto al tipo de familia, supondríamos que en la familia nuclear hay mayor comunicación, por lo tanto, el porcentaje debería ser mínimo en las que rechazan el Papanicolau, sin embargo, en nuestros resultados fue al contrario (Cuadro 13).

CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE N° HIJOS RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

N° DE HIJOS	ACEPTACIÓN PAPANICOLAU		TOTAL	X ²	P
	SI	NO			
De 0 a 1	17	12	29	Valor obtenido: 11.4450 Valor crítico con 2 grados de libertad y 0.05 de significatividad: 5.991	0.0033
Row %	58.6	41.4	100.0		
Col %	15.7	46.2	21.6		
De 2 a 4	73	11	84		
Row %	86.9	13.1	100.0		
Col %	67.6	42.3	62.7		
De 5 ó más	18	3	21		
Row %	85.7	14.3	100.0		
Col %	16.7	11.5	15.7		
TOTAL	108	26	134		
Row %	80.6	19.4	100.0		
Col %	100.0	100.0	100.0		

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

En esta gráfica podemos decir que a menor cantidad de hijos mayor es la negación para realizarse el Papanicolau (Cuadro 14).

VIII. DISCUSIÓN

Existen diversos estudios parecidos al nuestro, Zenteno y Rivas (2007), Soto *et al.* (2003), Valenzuela y Miranda (2001) y Valdés (2004), acerca de los factores que influyen en la aceptación o rechazo para el Papanicolau, en la mayoría de ellos, la negación a éste por aspectos de creencias, actitudes y conductas, pero no mencionan si la funcionalidad conyugal es un factor influyente en la decisión de realizarse o no dicho examen.

Según Zenteno y Rivas (2007) y Soto *et al.* (2003), el rango de edad, en ambos grupos (aceptación/rechazo) oscila entre los 25 y 40 años, coincidiendo en nuestro estudio con un 60.5%. De la misma forma predominan las mujeres casadas, con un 67.9%.

En este trabajo el 81% se realizó el Papanicolau y el 19% no se lo realizó, sobre esto no podemos hacer una comparación con dichos autores, ya que sus estudios fueron dirigidos a mujeres que nunca se lo hicieron o mujeres que ya se lo hicieron.

La escolaridad difiere con Soto *et al.* (2003) en donde menciona que el nivel preuniversitario predominó en ambos grupos, en nuestros resultados fueron la secundaria y la primaria con el mismo porcentaje (34.6%, cada uno).

Así como, las mujeres que se dedican al hogar predominando con un 65.4% en la negación al Papanicolau, de lo contrario con Soto *et al.* (2003) que fueron las mujeres trabajadoras.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Otros autores no mencionan que el N° de hijos influye en la aceptación/rechazo para dicho examen, ya que, a menor cantidad de hijos mayor rechazo al Papanicolau.

Tampoco mencionan el tipo de familia, pues la familia nuclear fue la que predominó en ambos grupos, con más del 53%.

A pesar que el tipo de familia si tuvo diferencia significativa no existe una relación como supondríamos que una familia nuclear existe una mejor relación o comunicación comparado con el resto de tipos de familia de manera que incite más de la mitad que rechazaron el Papanicolaou al tipo de familia nuclear.

Y de las encuestadas que tienen una pareja o relación conyugal, el 49.3% de éstas tuvieron una relación funcional.

No existe una relación, estadísticamente significativa, entre funcionalidad conyugal y la aceptación/rechazo del Papanicolau. En el grupo de rechazo, la relación funcional y disfunción moderada tuvieron la misma ponderación (38.5%) y con el 23.1% severamente disfuncional.

IX. CONCLUSIONES

Podemos decir que las variables sociodemográficas ni la funcionalidad conyugal influyeron en la aceptación/rechazo para la realización del Papanicolau, ya que no hubo diferencia significativa.

Esto nos indica, que son otros factores los que influyen en el rechazo del Papanicolau, como lo mencionan Zenteno y Rivas (2007), Soto *et al.* (2003), Valenzuela y Miranda (2001) y Valdés (2004), que pueden ser creencias erróneas sobre el examen, miedo, pudor o vergüenza, malestares y dolor después del mismo, temor ante el posible diagnóstico positivo de CACU, persona quien le va hacer el examen (prefieren una mujer), sólo por mencionar algunos.

X. RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS

De todo lo anterior expuesto, sugiero a:

- Las autoridades de salud del IMSS que deben buscarse las causas o factores *psicosociales* que conducen al comportamiento negativo de algunas mujeres hacia dicho proceder.
- Ya identificados dichos factores, sugiero a residentes en Medicina Familiar, desarrollar estudios cuasi-experimental valorando sus efectos en un grupo de mujeres que nunca se han realizado el Papanicolau.
- También propongo, a los médicos adscritos en Medicina Familiar en conjunto con personal de enfermería en medicina preventiva, la elaboración de un programa educativo y sensibilizar a la población femenina para lograr concordancia entre conocimientos y prácticas encaminadas a obtener una conducta final deseada: realización del Papanicolau en forma temprana, periódica y oportuna. Claro que para esto, debemos sensibilizar primero al personal de salud, tanto médicos como enfermeras.

XI. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPOS DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Cuantitativa de intervalo	Tiempo que ha vivido una persona o que ha durado una cosa.	Número de la edad que la paciente refiera al hacerle la encuesta.	* De 15 a 75 años con intervalos de 10	Encuesta sociodemográfica
Estado civil	Cualitativa ordinal policotómica	Situación social en la que está una persona.	Tipo de unión que tiene la paciente con su pareja.	* Soltera * Casada * Divorciada * Unión libre * Viuda	Encuesta sociodemográfica
Ocupación	Cualitativa nominal policotómica	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa, empleo, oficio o dignidad, etc.	Labor que ejerce cotidianamente la paciente.	* Obrera * Comerciante * Profesional * Ninguno	Encuesta sociodemográfica
Escolaridad	Cualitativa ordinal policotómica	Grado máximo de estudios o cursos hechos	Grado de estudios máximo con que cuenta la persona a estudiar	* Ninguna * Primaria * Secundaria * Preparatoria * Técnico * Profesional	Encuesta sociodemográfica
Religión	Cualitativa ordinal policotómica	Elemento de la actividad humana que se compone de creencias y prácticas existenciales.	Preferencia o inclinación hacia un tipo de religión.	* Católica * Cristiana * Testigo de jehová * Ninguna	Encuesta sociodemográfica
Nº Hijos	Cuantitativa de intervalo	Descendencia proveniente de la procreación.	Cantidad de hijos de la persona a estudiar.	* De 0 a 1 * De 2 a 4 * De 5 ó más	Encuesta sociodemográfica
Familia	Independiente ordinal	Unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y de fracaso de enfermedad y salud, brindando apoyo y seguridad a sus integrantes.	Característica de conformación de una familia.	* Nuclear * Seminuclear * Extensa * Extensa compuesta * Reestructurada	Encuesta sociodemográfica
Funcionalidad conyugal	Independiente ordinal	Funciones familiares por el subsistema conyugal	Característica de relación de pareja.	* Pareja funcional (de 71 a 100 puntos). * Pareja con disfunción moderada (de 41 a 70 puntos). * Pareja severamente disfuncional (de 0 a 40 puntos).	Funcionalidad en el subsistema conyugal

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:” **FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA ACEPTACION DEL PAPANICOLAOU**” que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No 10 de la ciudad de Aguascalientes, registrado ante el comité local de investigación médica con el numero: **(pendiente numero)**

El objetivo de este estudio es Conocer los factores familiares y psicosociales en la aceptación del Papanicolaou de las personas que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No 10 del IMSS Aguascalientes.

Se me ha explicado que y mi participación consistirá en responder con toda honestidad y claridad el cuestionario de los datos personales y la evaluación por medio del cuestionario de datos personales y la evaluación por medio del cuestionario de organización familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: el prestar un poco de mi tiempo para contestar las evaluaciones antes mencionadas, obteniendo como beneficio entender y conocer la funcionalidad de mi familia.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como para responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se me plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que reservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo del IMSS. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y matricula del investigador

Testigo.

Testigo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Anexo 3. Encuesta sociodemográfica

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES EN LA ACEPTACION DEL
PAPANICOLAOU

FECHA: _____ LUGAR _____

La información obtenida será confidencial:

1.-EDAD: _____

2.- TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE:

- A.- Nuclear ()
- B.- Seminucleat ()
- C.- Extensa ()
- D.- Extensa Compuesta ()
- E.- Reconstruida ()

3.-ESCOLARIDAD:

- A.- Analfabeta ()
- B.- Primaria ()
- C.- Secundaria ()
- D.- Preparatoria ()
- E.- Profesional o Licenciatura ()

4.-OCUPACION:

- A.- Ama de casa ()
- B.- Empleada ()
- C.- Obrera ()

5.-RELIGION:

- A.- Católica ()
- B.- Cristiana ()
- C.- Testigo de Jehová ()

6.-ESTADO CIVIL:

- A.- Casada ()
- B.- Unión libre ()
- C.- Divorciada ()
- D.- Soltera ()
- E.- Viuda ()

7.- NUMERO DE HIJOS:

- A.- DE 0 A 1 ()
- B.- DE 2 A 4 ()
- C.- DE 5 ó MAS ()

8.- NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES:

- A.- 1 ()
- B.- 2-4 ()
- C.- 5 y más ()

9.-FAMILIARES QUE HALLAN PADECIDO CANCER DE CUELLO UTERINO:

- A.- Madre ()
- B.- Hermana ()
- C.- Abuelas ()
- D.- Primas ()

10.-SE HA REALIZADO SU PAPANICOLAOU:

- A.- Si ()
- B.- No ()

11.-SI LO HA REALIZADO CADA CUANTO SE REPITE LA PRUEBA:

- A.- 1 año ()
- B.- 2-4 años ()
- C.- 5 años ó más. ()

12.-SU FAMILIA APOYA PARA QUE USTED SE REALICE SU PAPANICOLAOU:

- A.- Si ()
- B.- No ()

13.-EN ALGUNA OCASION EN QUE SE HA REALIZADO SU PAPANICOLAOU LE HA CREADO CONFLICTOS CON SU PAREJA:

- A.- Si ()
- B.- No ()

Anexo 4. Funcionalidad en el Subsistema Conyugal

FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I.-Comunicación			
a.- Se comunica directamente con su pareja.	0	5	10
b.- La pareja interpreta claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y análoga	0	5	10
II.-Adjudicación y asunción de roles			
a.- La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b.- Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c.- Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III.-Satisfacción sexual			
a.- Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b.- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV.-Afecto			
a.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b.- El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c.- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d.- Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V.-Toma de decisiones			
a.- Las decisiones importantes para la pareja se toman en conjunto.	0	7.5	15

CALIFICACION

CLASIFICACIÓN	APTITUD DE CLASE
Pareja severamente disfuncional	0-40
Disfunción moderada	41-70
Pareja funcional	71-100

Anexo 5. Cuadros y Gráficas de resultados

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EDAD DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
15 - 25	12	9.0	9.0
26 - 35	40	29.9	38.9
36 - 45	41	30.6	69.5
46 - 55	22	16.4	85.9
56 - 65	14	10.4	96.3
66 - 75	5	3.7	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR TIPO DE FAMILIA DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Nuclear	83	61.9	61.9
Seminuclear	21	15.7	77.6
Extensa	10	7.5	85.1
Extensa compuesta	15	11.2	96.3
Reconstruida	5	3.7	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Analfabeta	8	6.0	6.0
Primaria	34	25.4	31.3
Secundaria	44	32.8	64.2
Preparatoria	22	16.4	80.6
Profesional o Licenciatura	26	19.4	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Ama de casa	76	56.7	56.7
Empleada	55	41.0	97.8
Obrera	3	2.2	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE RELIGIÓN DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Católica	118	88.1	88.1
Cristiana	15	11.2	99.3
Testigo de Jehová	1	0.7	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Casada	91	67.9	67.9
Unión libre	21	15.7	83.6
Divorciada	11	8.2	91.8
Soltera	5	3.7	95.5
Viuda	6	4.5	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE N° DE HIJOS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

N° DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
De 0 a 1	29	21.6	21.6
De 2 a 4	84	62.7	84.3
De 5 ó más	21	15.7	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE N° DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

N° DE COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	65	48.5	48.5
2 – 4	53	39.6	88.1
5 ó más	16	11.9	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FAMILIARES CON CACU DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

FAMILIARES QUE PADECIERON CACU	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Madre	19	14.2	14.2
Hermanas	8	6.0	20.1
Abuelas	7	5.2	25.4
Primas	6	4.5	29.9
Tías	8	6.0	35.8
Ninguno	86	64.2	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

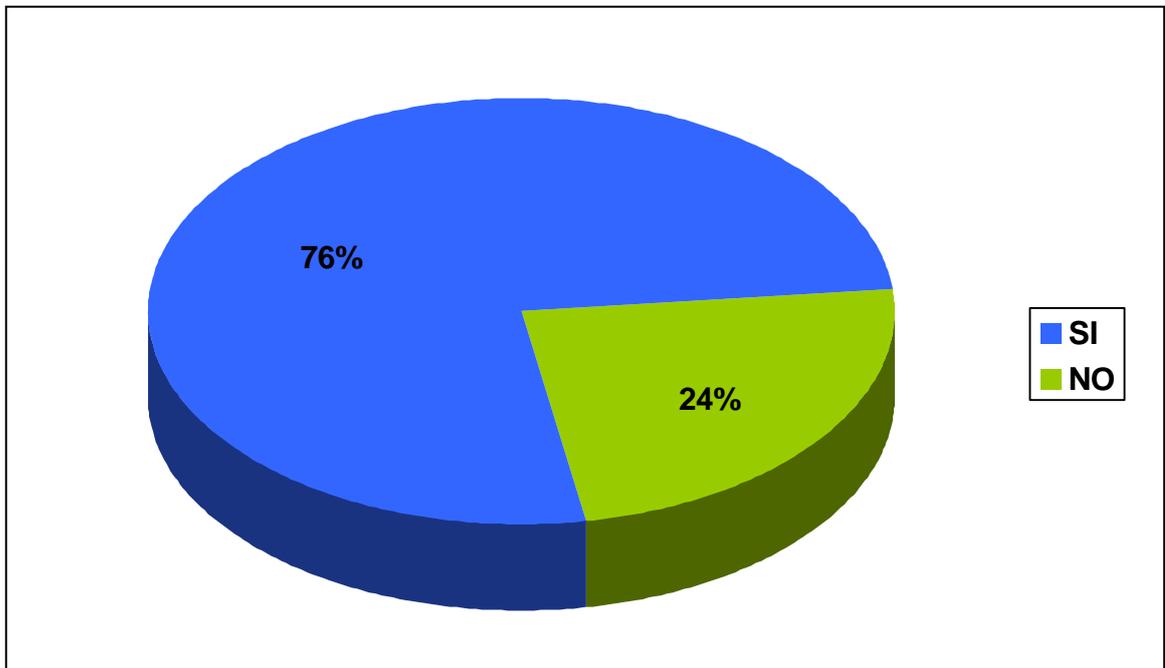
CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE REGULARIDAD DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.

FRECUENCIA DE REPETICIÓN DE PAPANICOLAU	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1 año	54	40.3	40.3
2 – 4 años	43	32.1	72.4
5 años ó más	11	8.2	80.6
Nunca	26	19.4	100.0
TOTAL	134	100.0	100.0

n = 134

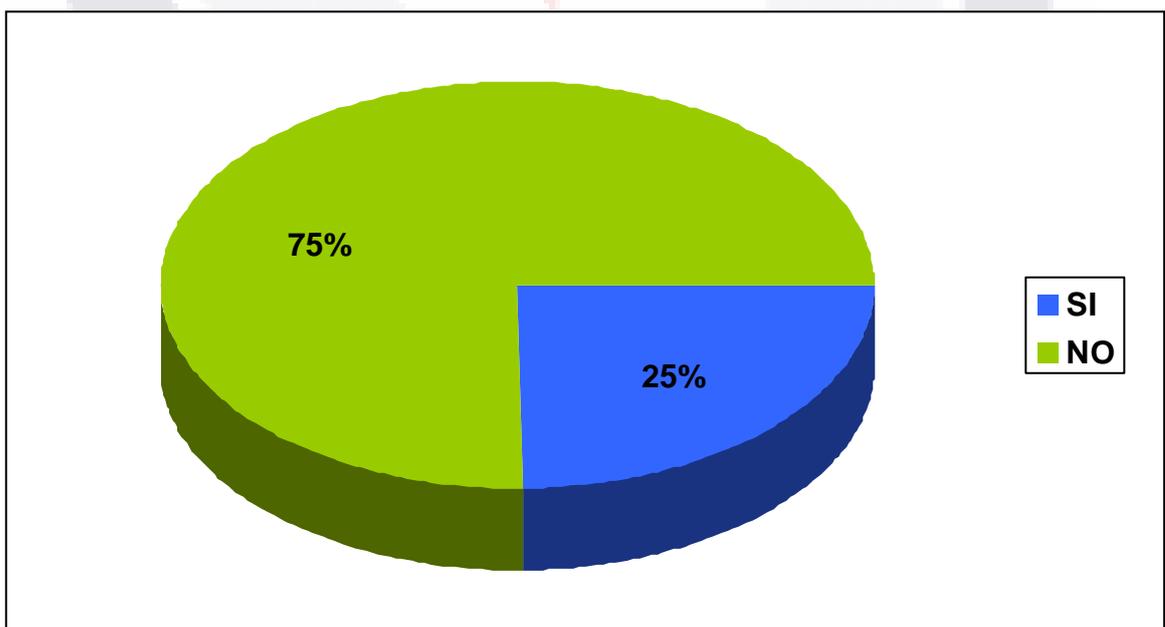
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE LAS APOYA SU FAMILIA PARA EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



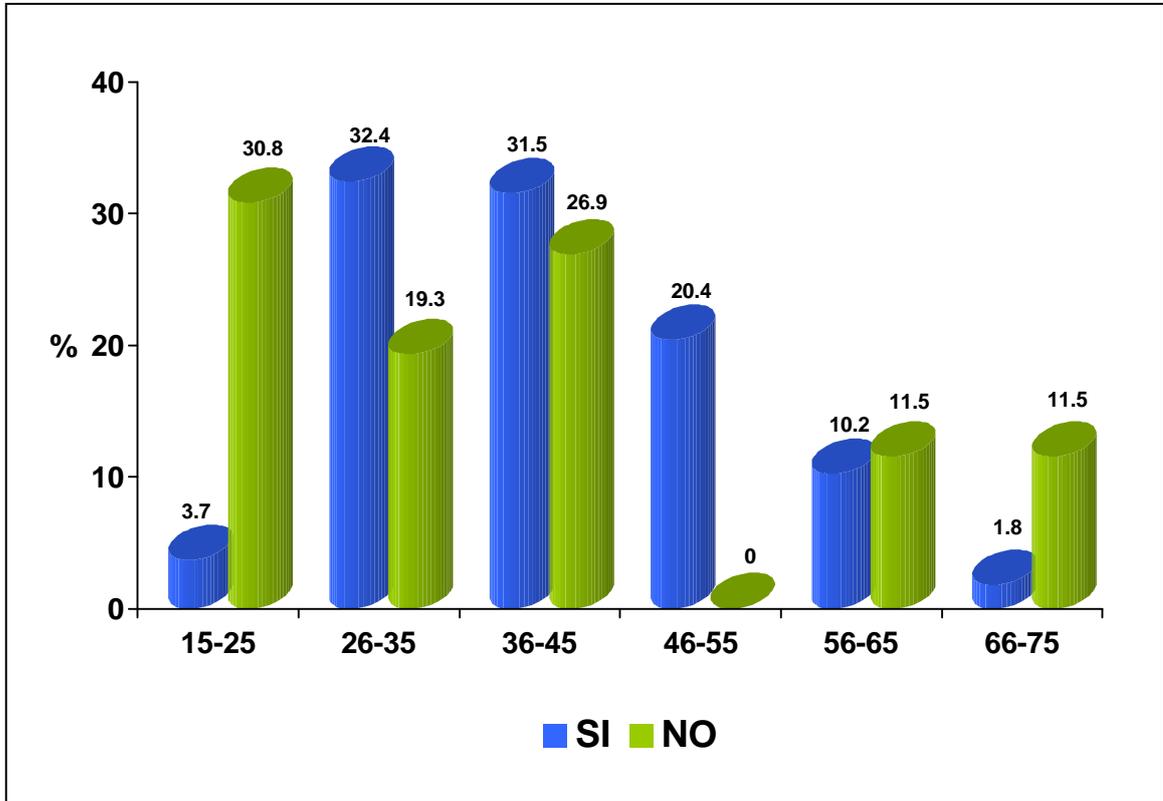
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE LES HA CREADO CONFLICTOS CON SU PAREJA PARA EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



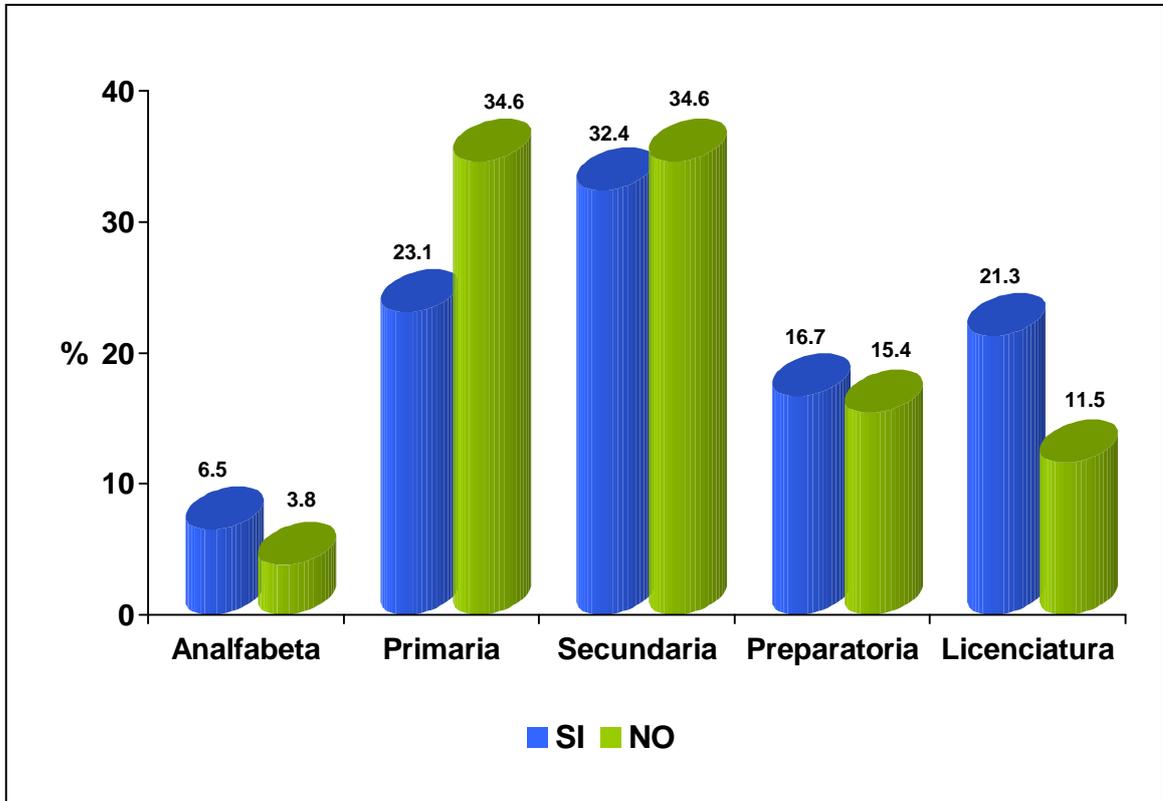
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RANGOS DE EDAD RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



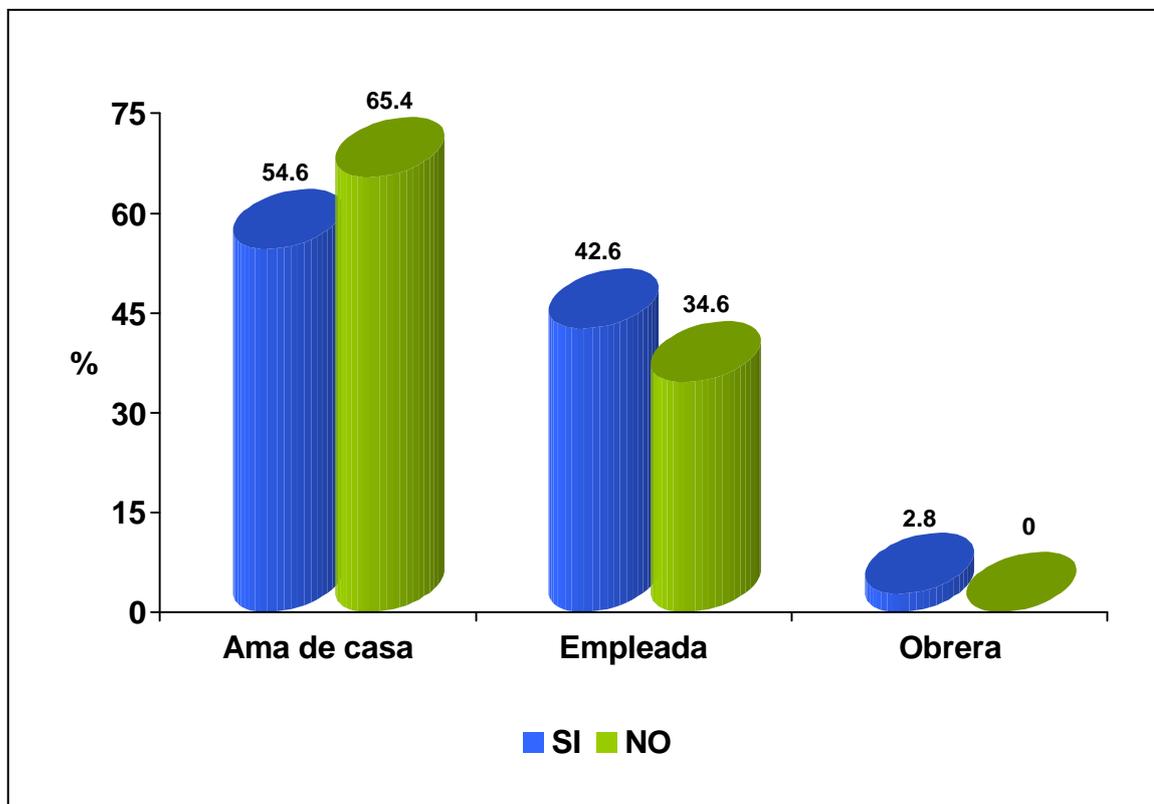
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCOLARIDAD RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



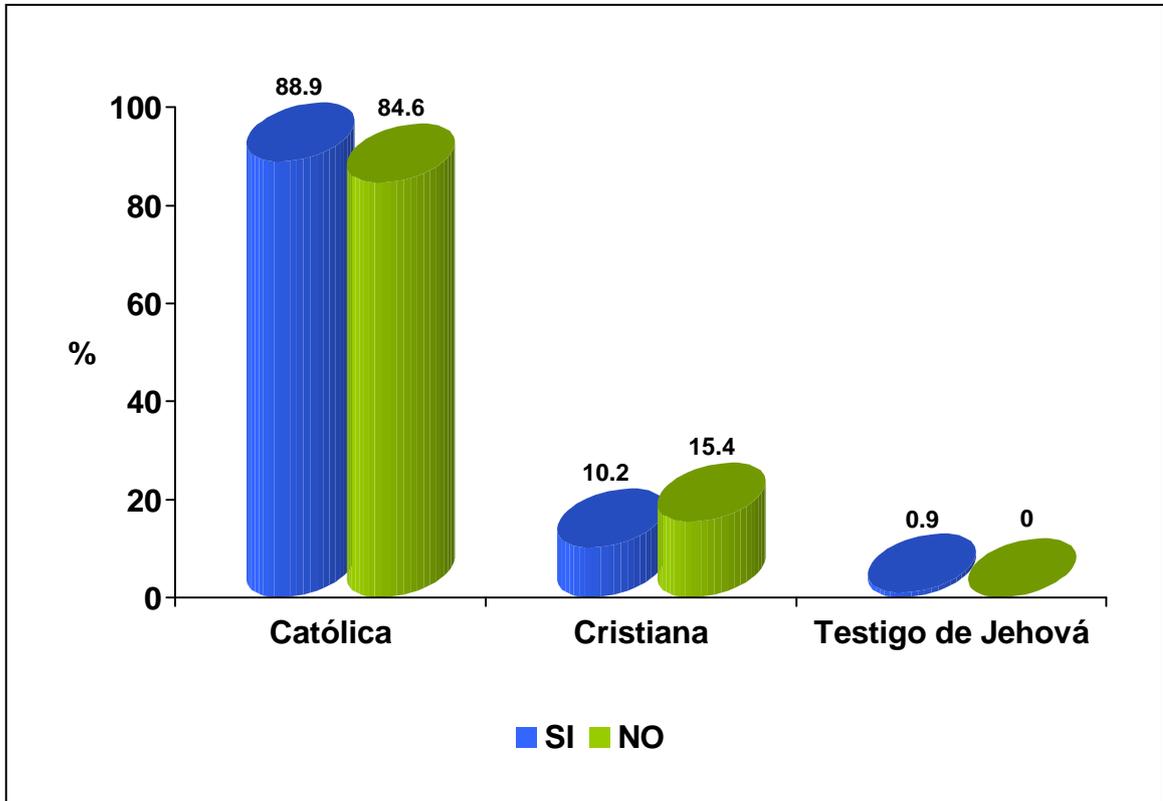
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACIÓN RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



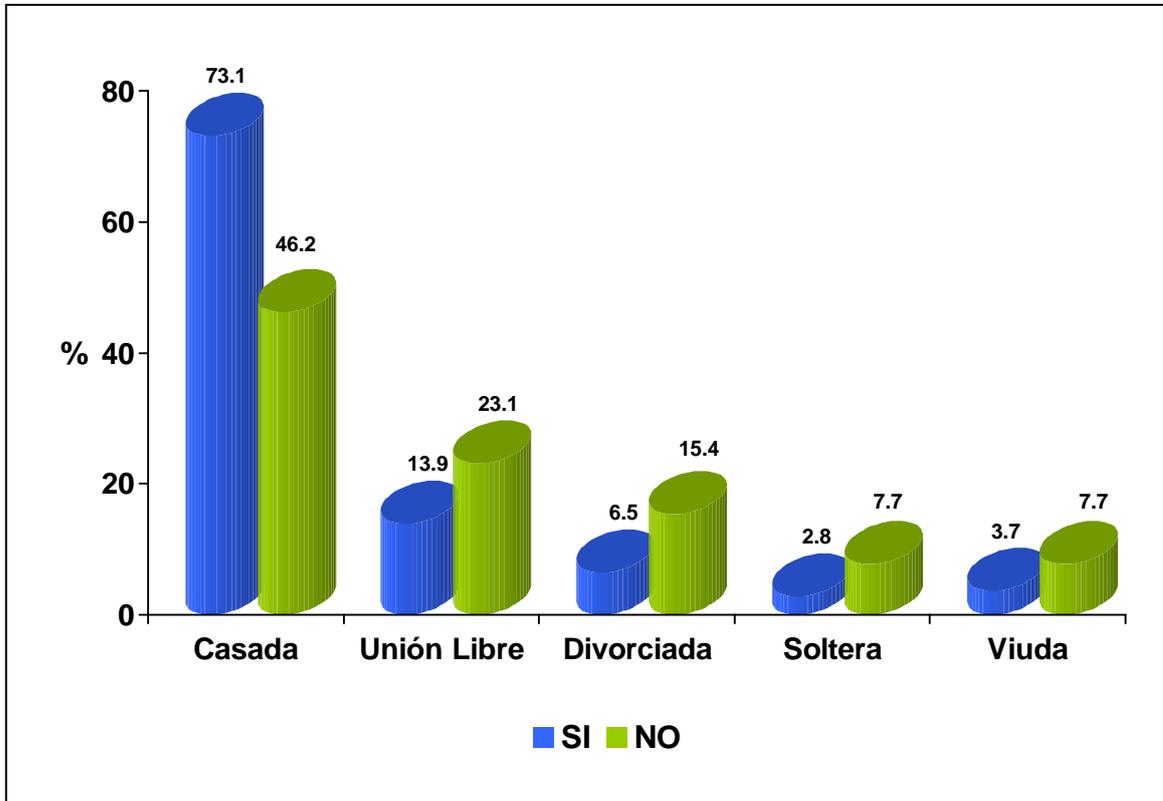
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RELIGIÓN RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



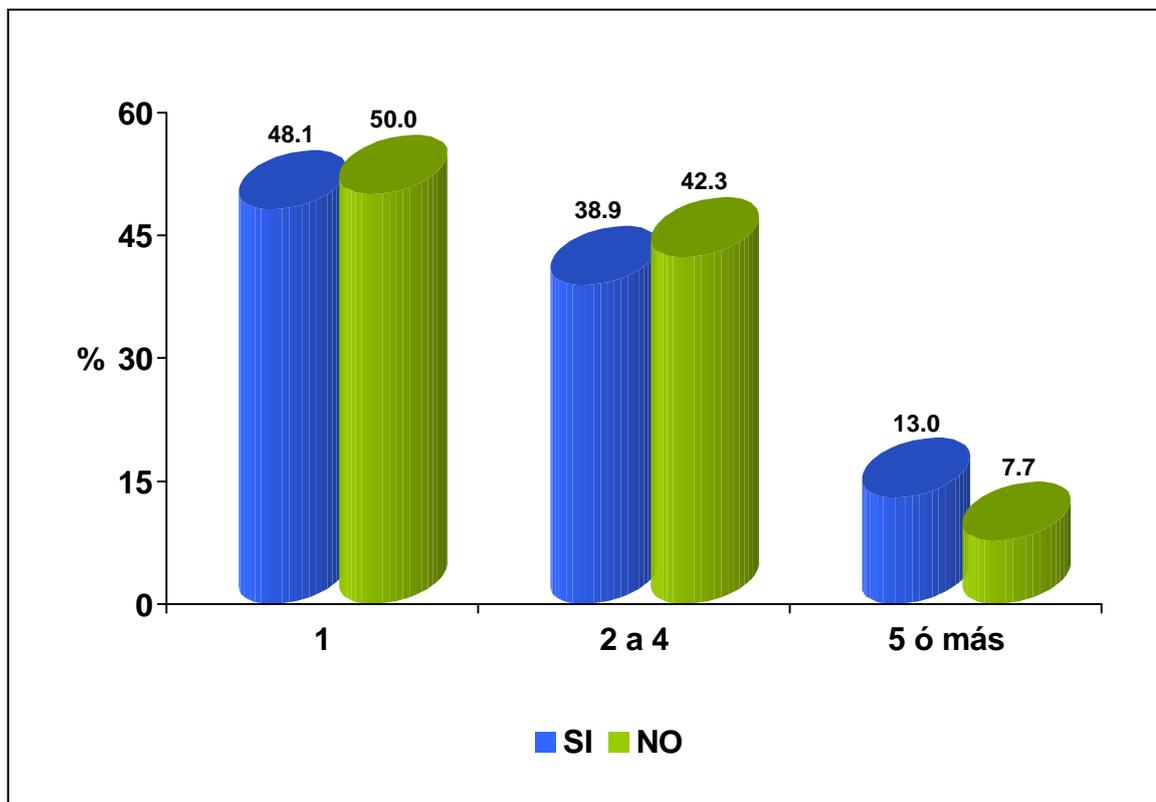
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



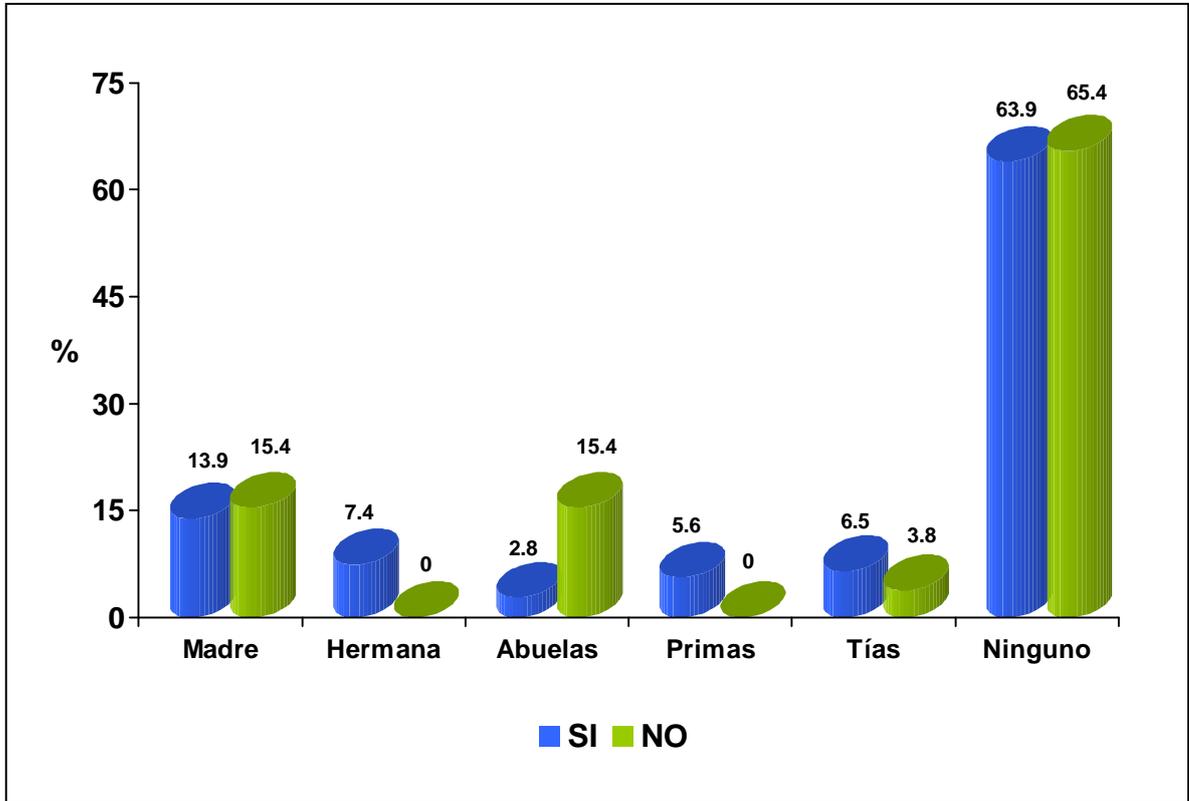
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR No. COMPAÑEROS SEXUALES RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



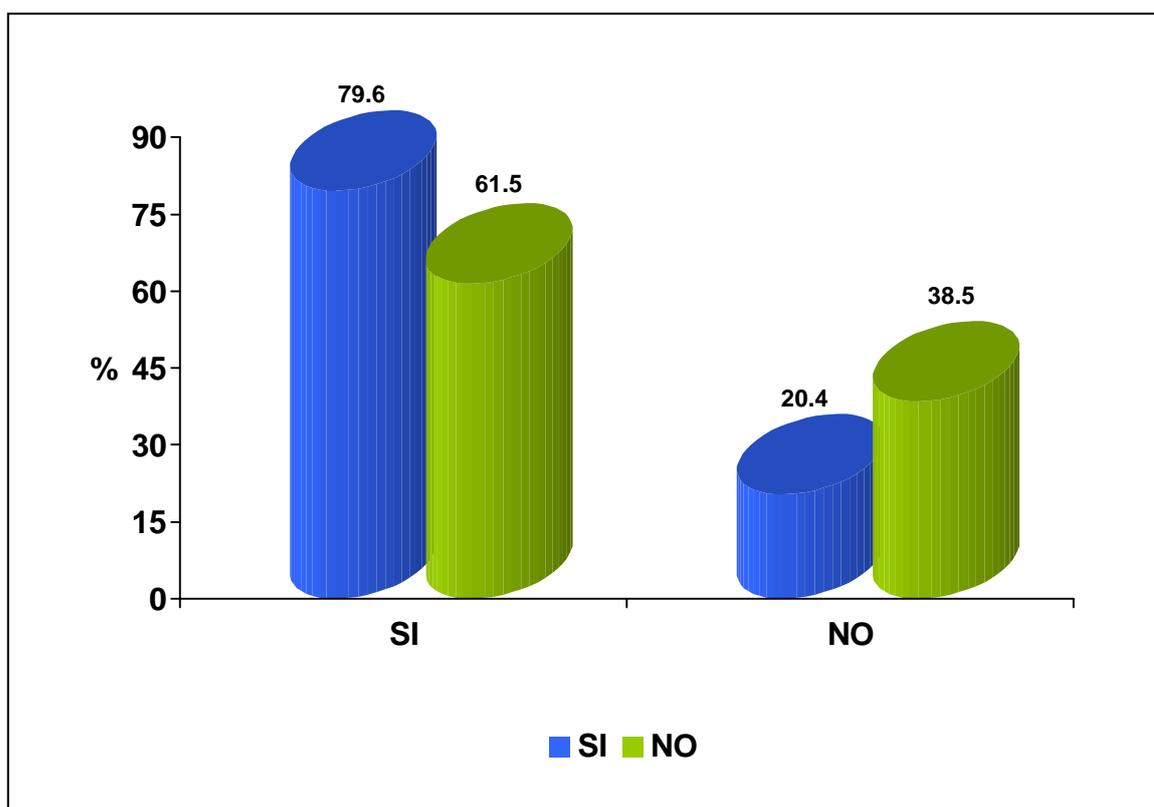
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FAMILIARES CON CACU RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE SE REALIZARON EL PAPANICOLAU DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



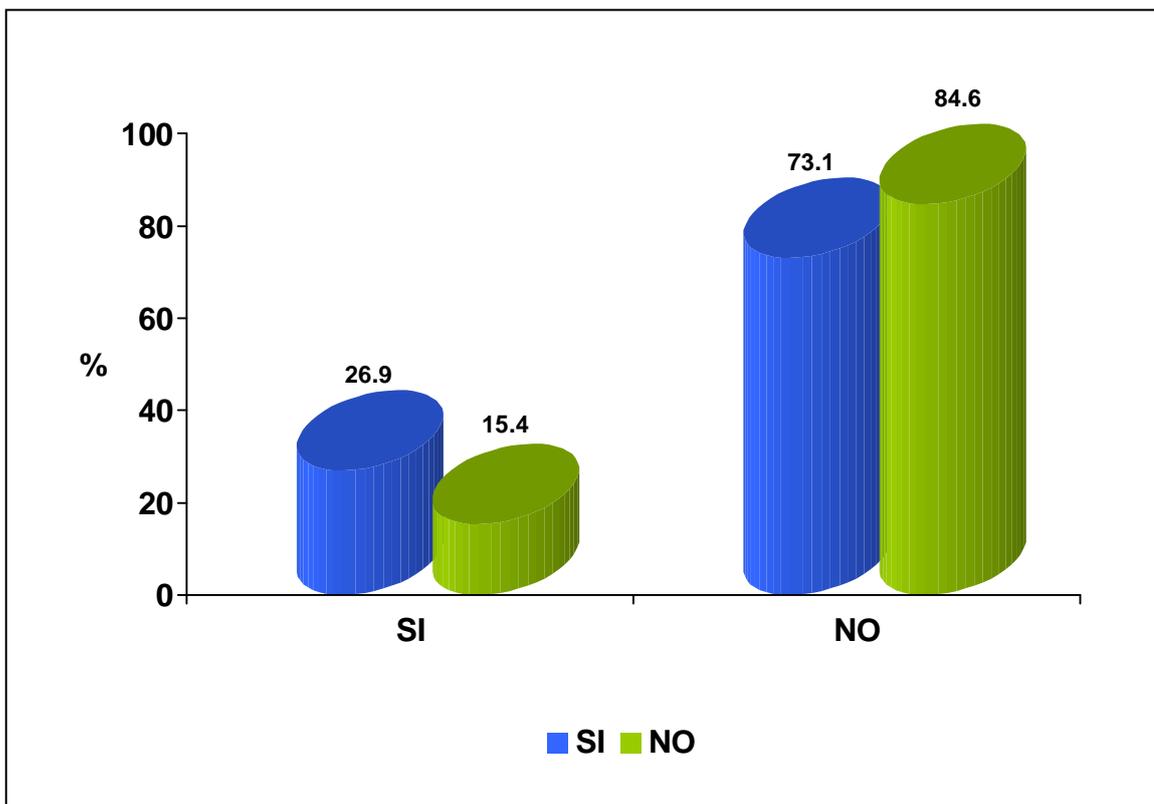
Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR APOYO DE LA FAMILIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAU CON RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE YA SE LO REALIZARON DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

GRÁFICA 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CONFLICTO CON LA PAREJA AL REALIZARSE EL PAPANICOLAU CON RESPECTO A LAS MUJERES DERECHOHABIENTES QUE YA SE LO REALIZARON DEL IMSS DE LA UMF No. 10 EN MARZO DEL 2010.



Fuente. Encuesta directa (Anexo 3).

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Gretty Ch. "Historia del Papanicolaou y de su Descubrimiento". Disponible en: <http://www.ascp.org/general/about/pioneers/papanicolaou.asp>.
- (2) Díaz Ybarlosean Vivian y Cols. (2002). "Citodiagnóstico, Clase III de Papanicolaou Persistente y Diagnostico Final". *Histológico Medicentro*, 6(1), 22-30
- (3) Instituto Nacional del Cáncer Cervicouterino de los Estados Unidos. (2003). "Prueba del Papanicolaou". 22(2).
- (4) Arguero-Licea, B., García-Monroy, L., Álvarez-Gasca, M. A., Montañón-Arvizu, C. y Durán-Díaz, A. (2006). "Información y Actitudes y Relaciones con el Papanicolaou en Estudiantes de Licenciatura, en Mujeres Docentes y Personal Administrativo". *Rev Fac Med UNAM*, 49(1), 1-8.
- (5) Programación y diseño por educación continúa. (2001). "Prueba del Papanicolaou". Disponible en: www.tusalud.com.mx.
- (6) Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. (2004). "Cáncer Cervicouterino". *Cáncer Net*. Disponible en: <http://cancernet.nci.nih.gov>
- (7) Trejo, U. A., Granados, C. J. A., Ortiz, H. L. y Delgado, S. G. (2005). "Diferencias Sociales de la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en las Mujeres Trabajadoras de una Universidad de la Ciudad de México". *Rev. Esp. Salud Publica*, 79(3), 1-10.
- (8) Arguero, L. B., Castañeda, A. L. C., Hernández, G. A. y Durán, D. A. (2004). "Virus del Papiloma Humano. Lo que saben estudiantes masculinos de licenciatura". *Rev Med IMSS*, 42(4), 321-325.
- (9) Instituto Nacional del Cáncer. (2008). "Los Virus del Papiloma Humano y el Cáncer". Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/VPH-respuestas>.
- (10) Baldwin, S. B., Wallace, D. R., Papehuss, M. R., Abrahamsen, M., Vaught, L. C., Kornegay, J. R., Hallum, J. A., Redmond, S. A. y Giuliano, A. R. (2003). "Human Papillomavirus Infection in Men Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic". *The Journal of Infectious Diseases*, 187(7), 1065-1070.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- (11) Lee, S., Collins, R., Pun, T., Cheng, D. y Ngan, H. (2006). "Conservative Treatment of Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions (LSIL) of the Cervix". *International Journal of Gynecology & Obstetric*, 60(1), 35-40.
 - (12) Cortés, G. E. I., Witvrun, A. J. N., Sánchez, R. G., Gaspar, B. J. A., Hernández, G. F. y Cerda, F. R. M. (2005). "Detección Molecular del Virus del Papiloma Humano en Mujeres con Condilomas Cervicales Tratadas con ácido tricloroacético". *Ginecol Obstet Mex*, 73(3), 111-116.
 - (13) Muñoz, N. V. (2004). "Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino, Evidencia Epidemiológica y Perspectivas para Prevención". *Rev Salud Publica*, 39(2), 274 – 282.
 - (14) Rage A., E. J. (1997). "Ciclo Vital de la Pareja y la Familia". 1ª edición. México, D. F.: Plaza y Valdés.
 - (15) Mendoza-Solis, L. A., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H. F. y Pérez-Hernández, C. (2006). "Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria". *Archivos en Medicina Familiar*, 8(1), 27-32.
 - (16) Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J. y García, M. (2004). "Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada". *Rev Fac Med UNAM*, 47(1): 1-5.
 - (17) Huerta J., L. (2005). "Medicina Familiar". 1ª edición. México. Págs. 12-43 y 87-103.
 - (18) Chávez, A. V. y Velasco, O. R. (1994). "Disfunciones Familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación". *Rev. méd. IMSS*, 32(1), 39-43.
 - (19) Velasco, M. V., Pozos, C. J. L. y Cardona, P. J. A. (1999). "Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva: prevención, diagnóstico y tratamiento". *Rev. méd. IMSS*, 37(3), 185-191.
 - (20) Herrera, S. P. M. (1997). "La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud". *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13(6).
 - (21) Ortega, V. T., De la Cuesta, F. D. y Díaz, R. C. (1999). "Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales". *Rev Cubana Enfermer*, 15(3), 164-168.
 - (22) Zenteno, C. V. y Rivas, P. J. L. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolau en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. *Rev. Méd. La Paz*; 5(2).

- (23) Soto, S. F., Martín, P. G., Carballo, P. N. y Benítez, G. T. (2003). Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. MEDISAN; 7(2):8-16.
- (24) Valenzuela, S. M. T. y Miranda, A. (2001). ¿Por qué NO me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chil Salud Pública; 5(2-3):75-80.
- (25) Valdés, C. R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. Avances en Psicología Latinoamericana; 22:49-59.

