

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**FACTORES QUE LIMITAN LA DETECCION TEMPRANA  
DEL CANCER DEL CERVIX EN UN AREA RURAL**

(Estudio descriptivo-prospectivo que se realizó en mujeres  
del municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango,  
durante el periodo entre abril y mayo de 1996)

**OSCAR PAREDES CHIQUITO**

En el acto de su investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, AGOSTO DE 1996

## INDICE.

I.	INTRODUCCION . . . . .	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA . . . . .	2
III.	JUSTIFICACION . . . . .	4
IV.	OBJETIVOS . . . . .	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA . . . . .	7
VI.	METODOLOGIA . . . . .	18
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS . . . . .	24
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS . . . . .	37
IX.	CONCLUSIONES . . . . .	42
X.	RECOMENDACIONES . . . . .	43
XI.	RESUMEN . . . . .	44
XII.	BIBLIOGRAFIA . . . . .	45
XIII.	ANEXOS . . . . .	48

## I. INTRODUCCION.

A pesar del conocimiento actual sobre el cáncer cervical, que indudablemente es grande, aún no se ha logrado dar una respuesta social organizada en forma efectiva a este problema, existiendo una mortalidad por esta patología, de 15.9 por 100,000 habitantes en países como el nuestro, (3,4,9,11).

El presente estudio, se realizó en el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, para identificar los principales factores que impiden la realización frecuente de citología cervical para identificar la neoplasia cervicouterina en su estado preinvasor. Para el efecto, se tomó una muestra poblacional de 324 mujeres de edad reproductiva y mayores de 45 años inclusive, sin distinción de grupo étnico, no vírgenes y que pertenecieran al casco urbano de la población. Se elaboró una boleta de recolección de datos, que además de incluir los datos generales de las mujeres de la muestra estudiada, incluyó, antecedentes obstétricos (gestas, partos, abortos y uso de anticonceptivos orales), y variables como costo, vía de acceso, barrera de lenguaje, falta de tiempo, desconocimiento, analfabetismo, miedo y vergüenza, que pudieran limitar la realización de las pruebas de detección temprana del cáncer del cérvix.

Se determinó como principal factor limitante, el desconocimiento de la citología cervical, en 62% de las mujeres encuestadas; las otras variables, también se identificaron

sociomédico de las comunidades rurales de Guatemala, donde debido a la combinación de elementos culturales, con factores biológicos, psicológicos, geográficos y educacionales, es necesario crear esfuerzos multidisciplinarios para un mejor control de muchas patologías, entre ellas el cáncer cervicouterino; abarcando tanto lo individual como lo colectivo, lo biológico y lo social, lo antropológico y lo demográfico, entre los aspectos más importantes.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública en muchos países de América Latina, debido a su frecuencia y mortalidad.

En los países subdesarrollados, en los cuales no existen programas adecuados de detección temprana por citología, del cáncer de cérvix, esta enfermedad es la principal causa de morbi-mortalidad por cáncer en mujeres en áreas del Sur de México, América del Sur y Centro América. Esto es reflejado por las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, que determinaron para 1994 una mortalidad por cáncer cervical cinco veces más grande en México (15.9 por 100,000 habitantes) que en los Estados Unidos de Norte América (2.6 por 100,000 habitantes).

La falla en la detección temprana del cáncer cervical en mujeres latinoamericanas está determinada por inadecuados programas nacionales, en donde existen desde aspectos técnicos negativos como mal entrenamiento del personal de salud y técnicos de laboratorio por lo que no se toman ni se analizan adecuadamente las muestras citológicas, no detectándose a tiempo los cambios premalignos del cáncer del cérvix, así como factores sociológicos de la población como: nivel socioeconómico bajo, transporte limitado, barreras en el lenguaje, actitudes culturales negativas y bajo nivel de educación, (16, 22,23).

En el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, se reportó en el último censo, que existen 6,873 mujeres en

dicha población, que hacen un 50.18% de la población total, de éstas, 2,062 mujeres que representan un 30% del total de mujeres son de edad reproductiva, siendo ésta población, en su mayoría del grupo cakchiquel, por lo que se hacen más marcados los factores negativos que influyen en que no exista una detección temprana del cáncer del cérvix.

Desde hace un año, en el Centro de Salud de San Andrés Itzapa se a programado la realización de citología cervical un día a la semana, sin embargo el número de mujeres que asiste es muy bajo, por lo cual es importante determinar que factores limitan la realización frecuente de esta prueba diagnóstica.

### III. JUSTIFICACION

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 340,000 nuevos casos de cáncer del cérvix fueron diagnosticados en 1,994 y 160,000 mujeres murieron por esta enfermedad en todo el mundo, (3,7).

La citología ginecológica como variable aislada, ha sido un factor determinante en la reducción de la incidencia de la etapa invasora de esta enfermedad en naciones desarrolladas.

Sin embargo esta variable aislada empieza a perder importancia, cuando nos encontramos ante situaciones como las que se dan en las áreas rurales de Guatemala en donde las muestras citológicas son tomadas por personal poco entrenado para esto, y no existe tampoco, una participación consciente de la población de riesgo, debido a problemas como: el costo, falta de transporte, barreras en el lenguaje, tiempo de espera prolongado en los servicios de salud, que es un examen molesto y falta de conocimiento acerca del mismo. (3,4,11,12, 21).

Es por esto que para implementar programas adecuados de prevención, deben conocerse los múltiples factores que hacen del cáncer del cérvix un proceso continuo y de causalidad múltiple, en la que se puedan aplicar medidas preventivas de acuerdo a la historia natural de la enfermedad.

El presente estudio tiene como objetivo realizar un diagnóstico de la población estudiada, para conocer cuales son las principales barreras que limitan el diagnóstico temprano de la neoplasia cervical y determinar que en las áreas

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

### 1. MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA.

San Andres Itzapa es uno de los municipios más antiguos del departamento de Chimaltenango y también uno de los más importantes, por las magníficas condiciones naturales de su territorio.

Se fundó en el año de 1624, con el nombre de Itzapa. Cuando vinieron los primeros sacerdotes a enseñar la doctrina católica le pusieron el nombre de San Andrés en honor al apóstol. Itzapa viene de la voz mexicana "Itzilli" que significa Obsidiana, que es un apócope de "Pan" que nos da la voz de "Itzapan" que significa "Lugar de muchos pedernales".

La población actual es de 13,708 habitantes, y dado que el 80% es indígena, éstos todavía conservan sus costumbres adquiridas desde que fué fundada esta comunidad en el siglo XVII.

La agricultura es el factor económico más importante, siendo los productos principales: maíz, frijol, legumbres y hortalizas. También figura la industria de tejidos típicos, pues muchas mujeres elaboran sus propios trajes.

Los habitantes practican principalmente la religión católica; también se practican otras como la evangélica, la mormona y la carismática.

### 2. CARCINOMA CERVICAL

Este tipo de cáncer representa un 15% de los cánceres

diagnosticados en mujeres; en los países en vías de desarrollo constituye entre el 20 y el 30%. En los países desarrollados se reporta en menos del 10%.

### 2.1) Etiología:

Un nuevo concepto en la etiología en el cáncer cervical ha sido estudiado en los últimos años, y es que el desarrollo de esta enfermedad está controlado por la presencia de "Genes Supresores de Tumores: P53 y Retinoblastoma (Rb)". Las células normales del cuerpo se toman como potencialmente cancerosas, pero son controladas por las proteínas transcriptoras de estos genes supresores de tumores.

Sin embargo estos estudios no son concluyentes, y actualmente tienen gran importancia los factores de riesgo clásicos para desarrollar esta patología.

Se menciona que tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad las mujeres con múltiples compañeros sexuales y una edad temprana al momento de tener la primera relación sexual, debido a que el cérvix es más vulnerable a los vectores oncogénicos durante la adolescencia. También se han reportado en múltiples estudios la asociación del virus Herpes Tipo II y el Papilomavirus como agentes causales.

Nicotina y otros agentes mitógenos encontrados usualmente en los cigarrillos han sido detectados en el moco cervical de mujeres fumadoras, en concentraciones más altas que las séricas; estos metabolitos disminuyen la efectividad

de los mecanismos inmunitarios totales como la dada por las células de Langerhans. Otros factores etiológicos mencionados son las deficiencias de Beta-Carotenos, Vitamina C, Acido Fólico, así como el uso de anticonceptivos orales.

### 2.2) Sintomatología:

Los primeros síntomas del carcinoma cervical pueden ser, una secreción vaginal acuosa y sangrienta, siendo el síntoma clásico la metrorragia indolente e intermitente que aparece regularmente después del coito y del lavado vaginal, si la enfermedad está avanzada los episodios de sangrado aparecen más frecuentemente. Los síntomas más tardíos son dolor referido a los miembros inferiores y la pared pelviana, muchas pacientes se quejan de disuria, hematuria y constipaciones por invasión rectal o vesical. Es posible que produzcan fistulas en la vejiga o recto.

La triada: Terrible dolor sacro, linfedema unilateral y obstrucción ureteral unilateral, indican una enfermedad muy avanzada por lo general incurable.

### 2.3) Clasificación:

#### 2.3.1) Lesiones Preinvasoras.

- Neoplasia Intraepitelial.
- Carcinoma in situ.

#### 2.3.2) Lesiones malignas.

- Cáncer invasor.

Las lesiones pre-invasoras se clasifican de la si-

guiente manera:

- Displasia Leve: NIC I (Neoplasia intraepitelial cervical).  
Afección del tercio inferior del epitelio únicamente.
- Displasia Moderana: NIC II.  
Afección del Tercio medio del epitelio.
- Displasia Severa: NIC III.  
Afección del tercio superior del epitelio. (17,19,23).

#### CLASIFICACION DEL CARCINOMA INVASOR (8).

Estadíos.	Area afectada.	Sobrevida a 5 años.
0	C.A. in situ	100%
I	Ia. Microinvasivo	95%
	Ib. Cuello Uterino	90%
II	IIa. Cuello, 1/3 sup. de vagina, parametrios libres	85%
	IIb-P Idem + 1 ó 2 parametrios tomados pero NO llega a pelvis verdadera	75%
	IIb-D Idem + 1 ó 2 parametrios tomados pero SI llega a pelvis verdadera	60%
III	IIIa-UR Cuello + 1/3 inferior vagina, Hidronefrósis ó carencia de función renal, 1 ó 2 parametrios tomados, NO llega a pelvis verdadera.	50%
	IIIb Idem, SI llega a pelvis verdadera	31%
IV	IVa Idem + vejiga ó recto tomados	25%
	IVb Idem + metástasis	0%

P: Proximal, D: Distal, UR: con componentes urinarios.

### 3. FROTIS DE PAPANICOLAOU.

Uno de los grandes avances en el conocimiento del cáncer cérvico uterino fué la descripción y entendimiento de las lesiones preinvasivas y lesiones premalignas del cérvix uterino, particularmente enunciadas por el brillante trabajo de Schiller y hecho posible por el descubrimiento del diagnóstico citológico enunciado por Papanicolaou en 1941.

El valor del examen citológico en la detección de anomalías epiteliales del tracto genital femenino depende de la experiencia del patólogo para reconocer los cambios citológicos así como de la calidad del espécimen enviado a laboratorio.

Para tomar la muestra se utilizan frecuentemente dos tipos de dispositivos: La espátula de Ayre o bien un hisopo de algodón. Este último debe humedecerse en solución salina, previo a efectuarse el frote, porque el algodón seco deseca las células.

Al momento de tomarse la muestra la paciente no debe estar en su período menstrual, usar cremas vaginales, ni haber tenido relaciones sexuales durante las 24 horas antes de tomarse el espécimen. Debe utilizarse solamente agua destilada para lubricar el espéculo, y tomarse antes de una evaluación ginecológica digital para evitar contaminación con lubricantes y talco de los guantes.

Debe obtenerse una muestra del ectocérvix y una muestra del endocérvix. La muestra del ectocérvix debe tomarse primero ya que sangra menos que el endocérvix, por lo que si se

tomara ésta primero, el sangrado contaminaría la muestra ec-tocervical.

Finalmente debe fijarse la muestra luego de colocarse en la laminilla, con alcohol etílico al 95%, evitando todo tipo de limpieza local de la laminilla. Puede utilizarse también un spray fijador que debe emplearse a una distancia de 20 pulgadas.

Posteriormente la muestra será enviada a un laboratorio de patología, donde el patólogo podrá evaluar las diferentes características citológicas de la muestra. (7,12,15,16,22, 25,26).

Existen estudios publicados que sugieren, además, la toma de muestra citológica de cuello uterino durante el control prenatal, ya que en el estado grávido-puerperal la zona de transformación, que es el sitio de origen más frecuente del carcinoma del cuello uterino, se evierte y está más accesible para la obtención de la muestra citológica. Aunque, se menciona también, que el citodiagnóstico durante el embarazo se complica por frecuentes imágenes dudosas. El bajo porcentaje de falsos positivos encontrados en un estudio realizado en Chile, demuestra que las alteraciones que el embarazo en sí produce en los frotis, por influencias hormonales, déficit de vitamina B-12, exfoliación de células deciduales o trofoblásticas, y que han sido descritas hasta en un 12%, no deben ser confundidas con procesos neoplásicos en exámenes rigurosos, (6,8).

#### 4. MODELOS ESTABLECIDOS ACERCA DEL CONOCIMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO. (2,3,6,11,13).

##### 4.1) Modelo Biomédico:

Es a finales del siglo XIX cuando aparecen los trabajos experimentales sobre el estudio de la carcinogénesis. En este período se rompe un paradigma, los científicos abandonan la simple observación de los pacientes así como el intento por curarlos y comienzan los esfuerzos por reproducir los tumores en animales.

Dentro de este contexto, Robin fué uno de los pioneros en observar cambios malignos intraepiteliales acerca del carcinoma invasor de células escamosas del cervix uterino, un reporte publicado por las Jornadas Médicas de Francia en 1852, en relación a los tumores epiteliales cervicales señala "... hay una infiltración de tejido por epitelio. Existe tejido atrófico y la estructura de la enfermedad es friable, el epitelio es más abundante que otros elementos. Cuando la lesión ocurre es fétida. Esto es importante para operar tempranamente....." .

El concepto de continuidad biológica de la neoplasia cervical es aceptable hasta el momento actual; que se manifiesta por ser un evento continuo sin subdivisiones identificables, en el cual un estadio de la enfermedad se funde imperceptiblemente con el siguiente y su progresión es una serie de eventos al azar en los cuales no existe memoria. Actualmente, la teoría de patogénesis del carcinoma de células

escamosas del cérvix, señala una posible vía de transformación metaplásica a partir de células cilíndricas. De esta manera el epitelio cilíndrico cervical evoluciona a metaplasia temprana a través de dos posibles vías de transformación, la primera que da lugar a un epitelio plano bien diferenciado es originada por una metaplasia fisiológica a una zona normal de transformación. Y la segunda vía origina metaplasia atípica que origina una zona anormal de transformación, que de acuerdo a su respuesta genética puede detener su evolución ó en su defecto evolucionar a carcinoma del cuello uterino.

#### 4.2) Modelo Higienista-Preventivo.

El Papanicolaou es una prueba empleada para la detección de lesiones precursoras del cáncer invasor del cérvix uterino.

A pesar de que la utilidad que ofrece el estudio de Papanicolaou en la prevención secundaria del cáncer del cuello uterino se reconoce desde hace algunas décadas, existe controversia en considerar al programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOC.) poblacional como responsable en la reducción en las tasas de incidencia y mortalidad de la neoplasia cervical en países industrializados. Se ha reportado una reducción de la mortalidad por cáncer cervical gracias a la introducción del programa de DOC. en Estados Unidos de Norte América hasta en 70%, en los países nórdicos en 60%

en un periodo de 20 años, en el noreste de Escocia la tasa cruda de cáncer cervical disminuyó en 75%. En contraposición los países que tienen las más bajas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino en el mundo, España e Israel, no han puesto en práctica programas de DOC. a nivel poblacional, esta diferencia puede ser explicada por la distribución de factores de riesgo en la población y predisposición genética.

Los programas de detección varían en cada uno de los países, las diferencias encontradas se fundamentan en el costo beneficio obtenido. Una citología negativa en un momento determinado en la vida de las mujeres no representa "inmunidad" permanente hacia la enfermedad y debe repetirse a intervalos determinados. Sin embargo, no existe unanimidad en definir cual es el intervalo óptimo que debe transcurrir entre la citología negativa y la siguiente, y a qué edades se deben realizar. La frecuencia de papanicolaou tiene que estar relacionada con el tiempo que tarda una lesión premaligna en evolucionar a invasiva. Los programas que recomiendan realizar una citología cervical anual asumen un intervalo de evolución muy corto e implican un costo muy elevado.

A partir del año 1976, con base en un estudio en Canadá, se recomendaron dos pruebas de papanicolaou en forma anual, si las pruebas tienen un resultado negativo se practica una prueba cada tres años hasta la edad de 35 años, y posteriormente una prueba cada cinco años hasta los 60 años. En 1980 La Sociedad Americana del Cáncer con base en estudios epide-

miológicos, recomendó una prueba de papanicolaou anual en dos ocasiones, si el resultado es negativo se practica una prueba cada 3 años hasta los 65 años.

#### 4.3) Modelo Epidemiológico Clásico.

El modelo epidemiológico clásico nace con la perspectiva de análisis poblacional de la enfermedad, en cuya determinación de agente causal se encuentran condiciones biológicas y sociales y el modo de acción de las mismas es múlticausal. Utiliza un modelo probabilístico de estimación de riesgo de enfermedad.

Bajo este modelo se han logrado avances importantes, a lo largo del tiempo los estudios epidemiológicos brindaron apoyo a la teoría según la cual las lesiones premalignas y el cáncer cervical invasor se hallaban estrechamente relacionados, ya que ocurrían en la misma población de mujeres con características biológicas y sociodemográficas semejantes.

En América Latina uno de los primeros estudios epidemiológicos de casos y controles fue realizado en 1963 por García en población del Hospital de la Mujer de la ciudad de México. Utilizó 530 casos de cáncer del cuello uterino confirmados histológicamente y 530 controles seleccionados en forma aleatoria de mujeres que acudieron al servicio de oncología. La edad al primer coito y el número de partos vaginales fueron los principales factores reproductivos que se señalan.

En la década de los 60s y 70s los estudios epidemioló-

cos emergieron con mayor rigor metodológico y dieron pauta para asociar causalmente a las infecciones virales del cérvix uterino, a las deficiencias nutricionales, entre las que se encuentran vitaminas A y C, el hábito tabáquico, y corroboran estudios previos de que los antecedentes gineco-obstétricos y la higiene sexual eran parte de la etiología del cáncer del cuello uterino.

Finalmente, la investigación epidemiológica actual del cáncer del cuello uterino se orienta hacia el estudio de oncogenes en grupos étnicos específicos. De acuerdo a la teoría de los oncogenes de Huebner y Zodare enunciada en 1969, todas las células del hombre tienen en la composición de su DNA genomas oncogénicos de los virus que contienen RNA, se ha postulado que anomalías cromosómicas clonales tienen importancia patógena en cáncer humano, de tal manera que la neoplasia está llegando a ser considerada como una enfermedad genética.

De esta manera los diseños de investigación epidemiológica han aportado mediante el uso de modelos probabilísticos evidencias acerca de los factores involucrados en la etiología del cáncer cervical, mediante la estimación del riesgo de enfermedad.

#### 4.4) Modelo Ecológico.

A diferencia del modelo higienista-preventivo y epidemiológico donde ya se postula una etiología múltiple de la enfermedad, el modelo de salud ecológico las jerarquiza. En

este modelo se postula la pérdida del equilibrio del mecanismo de adaptación del medio interno que es constante y el medio externo del huésped que es cambiante.

Dentro de este contexto se postula actualmente que en el cáncer del cuello uterino de acuerdo a evidencias epidemiológicas, clínicas y de laboratorio dentro de un modelo ecológico es considerado multicausal. En este modelo de salud pública, se postula que algunos de los agentes involucrados en su etiología participan en forma aislada o en conjunto en la iniciación o inducción de transformación neoplásica de un grupo de células susceptibles (virus del papiloma humano, agentes químicos relacionados con el trabajo e inmunológicos).

Que otros agentes, actúan en un segundo paso o de promoción, activando la multiplicación de estas células ya alteradas con lo que se obtiene la progresión de la enfermedad (nutricionales, inicio de vida sexual a temprana edad, multiparidad, entre otros), algunos de estos agentes actúan como inductores y promotores. Asimismo, otro grupo de factores inherentes a las características sociodemográficas y biológicas (genética) se encuentran en el grupo de predisponentes.

## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo - Prospectivo.

### B. SUJETO DE ESTUDIO.

324 mujeres seleccionadas al azar que cumplieron con los criterios de inclusión.

### C. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se calculó con base en la fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p.q}{d^2(N-1) + z^2 p.q.}$$

### D. CRITERIOS DE INCLUSION.

- Mujeres de edad reproductiva y mayores de 45 años inclusive.
- Se tomó en cuenta a las embarazadas.
- Que pertenecieran al casco urbano de San Andrés Itzapa.
- Sin distinción de grupo étnico.
- Que no fueran vírgenes.

### E. CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Que hayan rehusado participar en el estudio.

## F. DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL.	ESC. DE MEDICION.
EDAD	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha actual.	Años cumplidos	Numérica.
ANTECEDENTES OBSTETRICOS.	Serie de eventos ocurridos como, embarazos, partos, abortos y cesáreas, antes del momento actual de consulta y que determinan en parte el estado de salud-enfermedad de la paciente.	Número de embarazos. Número de partos. Número de abortos. Número de cesáreas.	Numérica.
RIESGO BIOLÓGICO	Características biológicas que hacen más susceptible a un individuo de padecer una enfermedad.	No. de compañeros sexuales. Enfermedades de transmisión sexual. Inicio de relaciones sexuales a edad temprana.	Nominal.
COSTO.	Precio ó cantidad que hay que pagar por algo.	Caro. Barato.	Nominal.
VIA DE ACCESO.	Entrada o paso que permite llegar a un determinado lugar.	Lejos. Cerca.	Nominal.
BARRERAS DE LENGUAJE.	Idioma de un pueblo ó nación que son distintas entre si, y que impide la comunicación.	Habla sólo cakchiquel. Habla sólo español. Habla ambos.	Nominal.
TIEMPO DE ESPERA.	Período que debe permanecerse en un lugar donde ocurrirá un hecho determinado.	Es muy prolongado. Es poco prolongado. Es breve.	Nominal.
CONOCIMIENTO.	Información que se tiene para entender un asunto con facultad legítima para ello.	Sabe que es el Papanicolaou. No sabe que es el Papanicolaou.	Nominal.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL.	ESC. DE MEDICION.
BARRERA PSICOLÓGICA.	Conducta, manera de sentir de una persona ó pueblo que limitan la aceptación de un hecho.	Temor al dolor Temor a un hallazgo anormal	Nominal.
PAPANICOLAOU.	Método para teñir frotis de secreciones corporales para examinar células exfoliadas, y descubrir procesos malignos en un determinado órgano del cuerpo.	Fecha de último Papanicolaou realizado	Numérica.
ANALFABETISMO	Incapacidad de un individuo de comunicarse por medio del lenguaje escrito en un idioma común.	Sabe leer y escribir. -Si -No	Nominal

**G. RECURSOS.****Humanos.**

1. Personal del Centro de Salud de San Andrés Itzapa.

**Físicos.**

1. Edificio del Centro de Salud.
2. Textos, revistas de gineco-obstetricia y tesis que se relacionen con el tema.
3. Boleta de recolección de datos.
4. Equipo de oficina.

**H. ETICA DE LA INVESTIGACION.**

Se informó a cada mujer incluida en el estudio sobre los objetivos de la investigación, tomándose en cuenta su deseo voluntario de participar.

Los aspectos tomados en cuenta en la recolección de datos serán tomados estrictamente para fines de investigación.

**I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.**

Habiéndose seleccionado previamente el tema de investigación, se solicitó la autorización del médico director del Centro de Salud de San Andrés Itzapa, quien dió su visto bueno para que este Centro sirva para referir a las pacientes incluidas en el estudio.

Posteriormente se seleccionaron al azar distintas áreas de la población de San Andrés Itzapa en donde al momento de

realizar la investigación se tomó en cuenta, además, la distribución impar de las viviendas.

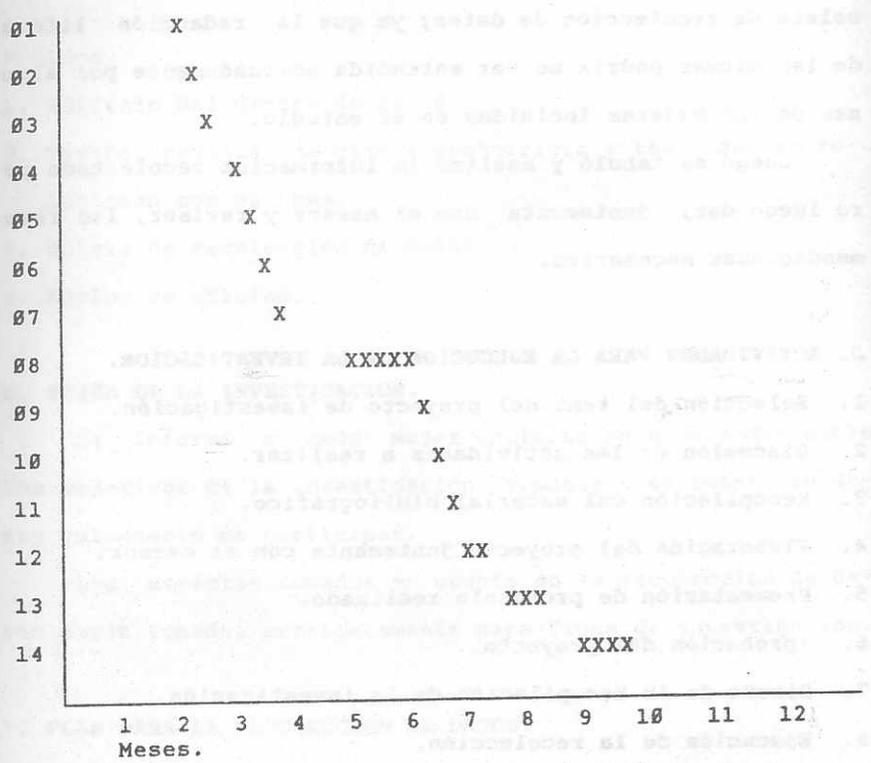
La recolección de la información se hizo en forma directa con las pacientes a través de un diálogo de acercamiento en donde se incluyó en lenguaje común las preguntas de la boleta de recolección de datos; ya que la redacción literal de las mismas podría no ser entendida adecuadamente por algunas de las mujeres incluidas en el estudio.

Luego se tabuló y analizó la información recolectada para luego dar, juntamente con el asesor y revisor, las recomendaciones necesarias.

**J. ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION.**

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Discusión de las actividades a realizar.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto juntamente con el asesor.
5. Presentación de protocolo realizado.
6. Aprobación del proyecto.
7. Diseño de la recopilación de la investigación.
8. Ejecución de la recolección.
9. Procesamiento de los datos, elaborar tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaborar conclusiones y recomendaciones.
12. Presentar informe final.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final, trámites administrativos.

Actividades.



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

## CUADRO No. 1

DISTRIBUCION ETAREA DE LAS MUJERES DE LA MUESTRA POBLACIONAL  
Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA  
CERVICAL, (PAPANICOLAOU).  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA CHIMALTENANTO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

EDAD.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTA- JE.
15 a 20 años	0	19	19	5.86
21 a 25 "	10	55	65	20.06
26 a 30 "	10	49	59	18.21
31 a 35 "	6	39	45	13.90
36 a 40 "	6	31	37	11.42
41 a 50 "	27	33	60	18.52
51 y más "	6	33	39	12.03
<b>TOTAL.</b>	<b>65</b>	<b>259</b>	<b>324</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS,  
(GESTAS), Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA  
CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

NUMERO DE GESTAS.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE.
0 a 3	28	108	136	42.00
4 a 7	30	92	122	37.60
8 a 11	7	46	53	16.40
12 ó más.	0	13	13	4.00
<b>TOTAL.</b>	<b>65</b>	<b>259</b>	<b>324</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS.  
(PARTOS), Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA  
CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

NUMERO DE PARTOS.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE.
0 a 3	37	114	151	47.00
4 a 7	24	96	120	37.00
8 a 11	4	43	46	14.20
12 ó más.	0	6	6	2.00
<b>TOTAL.</b>	<b>65</b>	<b>259</b>	<b>324</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS,  
(ABORTOS), Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA  
CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

NUMERO DE ABORTOS.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTA- JE.
0	40	205	245	75.60
1	21	20	41	12.70
2	4	16	20	6.20
3	0	14	14	4.30
4	0	4	4	1.20
TOTAL	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN LAS MUJERES ENCUESTADAS.  
Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA  
CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

USA ANTIC. ORALES	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTA- JE.
SI	25	7	32	10.00
NO	40	252	292	90.00
TOTAL.	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL, DE LA POBLACION ESTUDIADA, Y SU RELACION CON LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

EDAD DE PRIMERA REL. SEXUAL.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL.	PORCENTAJE.
12 a 13 años		3	3	0.90
14 a 16 "	15	59	74	22.80
17 a 19 "	29	87	116	35.80
20 a 22 "	18	55	73	22.60
23 ó más años .	3	55	58	17.90
TOTAL.	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7.

DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SEGUN PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL, Y SU ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

A PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE T. S.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP. *	TOTAL	PORCENTAJE.
SI	10	0	10	3.10
NO	55	249	304	93.80
NO CONTESTO		10	10	3.10
TOTAL .	65	259	324	100.00

FUENTE. Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION SEGUN EL NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES DE LA POBLACION ESTUDIADA Y SU ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

No. DE COMPANEROS SEXUALES.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE.
1	43	210	253	78.00
2	6	10	16	5.00
NO CONTESTO	16	39	55	17.00
TOTAL .	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9.

DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SEGUN SI TIENEN, O NO, CONOCIMIENTO SOBRE LA UTILIDAD DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU),\* Y SU ACEPTACION O RECHAZO DEL MISMO. MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO. ABRIL - MAYO DE 1,996.

SABE PARA QUE SIRVE EL PAPANICOLAOU.	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE.
SI	55	52	107	33.00
NO	10	207	217	67.00
TOTAL.	65	259	324	100.00

FUENTE : Boleta de recolección de datos.

CUADRO 9.1

CONCEPTOS QUE LAS MUJERES ENCUESTADAS TIENEN SOBRE EL USO DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU),\* Y SU ACEPTACION O RECHAZO DEL MISMO. MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO. ABRIL - MAYO DE 1,996.

CONCEPTO	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE
PREVENIR ENFERMEDADES EN LA MUJER.	18	27	45	14.00
DETECTAR C.A. DE CERVIX.	20	6	26	8.00
LIMPIAR LA MATRIZ.	6	11	17	5.00
PREVENIR INFECCIONES.	15	7	22	7.00
LIMPIAR EL CUERPO.	0	8	8	2.00
NINGUNO.	6	200	206	64.00
TOTAL .	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGUN SU ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL. \* MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO. ABRIL - MAYO DE 1996.

MUESTRA TOTAL.	324
ACEPTAN LA CITOLOGIA CERVICAL.	65
RECHAZAN LA CIT. CER.* POR DESCONOCIMIENTO.	200
SABEN DE LA CIT. CER. * PERO LA RECHAZAN.	59.

RAZONES POR LAS QUE RECHAZAN LA CITOLOGIA CERVICAL.	No. DE MUJERES DEL SUBTOTAL (59). **
ES CARO.	12
ES DOLOROSO.	15
NO TIENE TIEMPO.	15
QUEDAN LEJOS LOS SERVICIOS DE SALUD.	9
ES MUY TARDADO EL TIEMPO DE ESPERA.	12
NO LO CREE NECESARIO.	9
POR VERGÜENZA/EL QUE LO REALIZA ES DEL SEXO MASCULINO.	28

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

\*\* NOTA ACLARATORIA: Una misma mujer pudo dar dos o más razones a la vez.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION SEGUN EL PERIODO DE TOMA DE LA ULTIMA CITOLOGIA CERVICAL (PAPANICOLAOU),\* DE LAS MUJERES ENCUESTADAS Y SU ACEPTACION O RECHAZO DEL MISMO.  
SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

PERIODO DE TOMA DEL ULTIMO PAP. *	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE-
Menos de 12 meses	9	0	9	3.00
1 a 2 años	56	9	65	20.00
3 a 4 "	0	0	0	00.00
5 a 6 "	0	9	9	3.00
7 a 8 "	0	4	4	1.00
Más de 8 años	0	3	3	9.00
Nunca	0	234	234	72.00
TOTAL .	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 12.

DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SEGUN SI SON, O NO SON ALFABETAS Y SU ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1996.

SABE LEER Y ESCRIBIR	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE
SI	34	61	95	29.00
NO	31	198	229	71.00
TOTAL.	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 13.

IDIOMAS QUE HABLAN LAS MUJERES DE LA MUESTRA ESTUDIADA Y SU ACEPTACION O RECHAZO DE LA CITOLOGIA CERVICAL, (PAPANICOLAOU). \*  
MUNICIPIO DE SAN ANDRES ITZAPA, CHIMALTENANGO.  
ABRIL - MAYO DE 1,996.

IDIOMA	ACEPTA EL PAP.*	RECHAZA EL PAP.*	TOTAL	PORCENTAJE.
Español	32	24	56	17.00
Cakchiquel/Español	33	235	268	83.00
Otros	0	0		00.00
TOTAL.	65	259	324	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

### VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Este estudio de tipo descriptivo-prospectivo, se realizó durante los meses de abril y mayo de 1996. Durante el periodo de estudio, se tomó una muestra poblacional de 324 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, para determinar los principales factores que limitan la realización frecuente de citología cervical (Papanicolaou) en el grupo estudiado. Es importante hacer la observación de que en los cuadros presentados previamente se relacionan las distintas variables estudiadas con el hecho de ACEPTAR O RECHAZAR la citología cervical, pero estos términos se utilizan para señalar que una mujer NO QUIERE realizarse la prueba citológica, así como a que NO PUEDE realizarse la misma. Por ejemplo, si una mujer mencionó tener vergüenza o miedo al dolor, es evidente en este caso que ella no quiere hacerse la prueba citológica aunque sepa de la misma. Contrariamente, otra mujer, sí puede querer, por lo tanto aceptar la citología cervical, pero no puede realizarsela por factores como el costo, por ejemplo, por lo que no existe un rechazo voluntario, sino debido a circunstancias externas. Ambos casos, en el presente estudio se han tomado como mujeres en las que existe una o más limitaciones para la toma frecuente de citología del cuello uterino y en la presentación de resultados se han incluido dentro del grupo que rechazan la misma; esto quiere decir que dentro del grupo que aceptan la citología cervical se han incluido a las mujeres que conocen y tienen acceso a la misma sin tener ningún factor limitante. Los resultados más re-

levantes son los siguientes:

En el CUADRO No. 1, se tiene que el grupo etéreo más representativo es el de 21 a 25 años, con un 20.06% del total de la muestra estudiada y el menor es el de 15 a 20 años, 5.86% del total. En relación a la aceptación o rechazo de la citología cervical, el cuadro muestra que existe mayor aceptación en las mujeres que están en el intervalo de 41 a 50 años, 42% de las 65 mujeres que la aceptan; y que, existe mayor rechazo en las que se encuentran por debajo de los 35 años de edad, 63% del total de las 259 mujeres que la rechazan. Esto es contrario a lo que se esperaría en las áreas rurales, donde las mujeres de mayor edad son más conservadoras; sin embargo, esto puede darse debido a que son estas mismas mujeres las que muchas veces han tenido que consultar a los servicios de salud debido a patologías que han necesitado de atención médica, y por lo tanto, esto ha permitido realizarseles la citología cervical. Otra explicación es que, las mujeres más jóvenes tienen mayor carga familiar y muchas veces laboral, (la mayoría son campesinas), por lo que cuentan con menos tiempo para acudir a los servicios de salud.

En los CUADROS 2 y 3 se presentan los antecedentes obstétricos del grupo estudiado, en relación a gestas y partos, las variantes numéricas entre estos dos antecedentes son muy pocas y el mayor porcentaje de mujeres, 42% y 47% respectivamente

tivamente para gestas y partos, se encuentran en el intervalo de las que han tenido de 0 a 3, que es además el grupo donde existe mayor rechazo a la citología cervical; siendo estas mujeres, jóvenes aún, por lo que al igual que como se señaló en el análisis del cuadro No. 1, este grupo tiene más limitantes en relación a las mujeres mayores de 35 ó 40 años; sin embargo es importante analizar que en estos cuadros, de las que han tenido más de 12 gestas ó partos, (4% del total) todas rechazan la citología del cuello uterino, muy probablemente debido a la creencia de los pueblos indígenas de que la salud de la mujer se refleja en su capacidad de tener muchos hijos.

De los datos del CUADRO No.4, se puede deducir, que el aborto es una de las muchas patologías que obligan a las mujeres a acudir a los servicios de salud, ya que de las 65 mujeres que aceptan el Papanicolaou, 38.5% han tenido uno ó más abortos; en el grupo que rechaza la citología cervical también existe el antecedente de abortos, sin embargo los porcentajes son menos significativos en relación al total de rechazo que existe.

La relación existente entre el uso de anticonceptivos orales y la aceptación de la citología cervical es notoria, según el CUADRO No. 5. Del total de 32 mujeres que al momento de ser encuestadas dijeron usar anticonceptivos orales, 25 de ellas, es decir el 78%, aceptaban la citología del cuello

que usan anticonceptivos orales han tenido contacto con algún miembro del personal de salud, por lo que tienen un mayor conocimiento de la necesidad del cuidado de su salud reproductiva.

La edad de primera relación sexual de la muestra poblacional estudiada, CUADRO No. 6, no tiene mucha relación con la aceptación o rechazo de la citología del cuello uterino.

Existe mayor rechazo en las mujeres que iniciaron su vida sexual entre los 14 y 19 años, y mayor aceptación en las que iniciaron su vida sexual entre los 17 y 19 años de edad, pero el rechazo o la aceptación de la citología cervical tenían otros motivos al momento de la encuesta y no precisamente por este hecho.

En el CUADRO No. 7, se puede observar nuevamente, que muchas de las mujeres incluidas en el estudio aceptan la citología del cuello uterino debido a haber padecido alguna enfermedad, puesto que de las 10 mujeres que habían padecido alguna enfermedad venerea, todas, es decir el 100%, aceptaban la citología cervical.

El CUADRO No. 8 muestra la distribución según el número de compañeros sexuales, de la muestra estudiada y su aceptación o rechazo de la citología cervical. Realmente fueron pocas las mujeres con dos compañeros sexuales, 5% del total de la muestra, y la mayoría de éstas, era porque se habían

de la muestra, y la mayoría de éstas, era porque se habían casado nuevamente, ya sea por fallecimiento del primer esposo o por desintegración familiar. Nadie respondió haber tenido más de 3 compañeros sexuales. Esto es de esperarse en las áreas rurales, donde todavía se conserva mayor fidelidad marital debido a la cultura de los pueblos. La relación existente entre la aceptación o rechazo de la citología del cuello uterino y lo señalado anteriormente no es significativa, ya que las razones de rechazo fueron dadas por otras circunstancias al momento de la encuesta.

De acuerdo al CUADRO No. 9, del total de la muestra estudiada, 107 mujeres tenían conocimiento de la utilidad de la citología cervical, 33% del total de la muestra. De las 65 mujeres que aceptaban el Papanicolaou, 84% tenían algún conocimiento de la utilidad del mismo, lo que muestra evidentemente, que el hecho de conocer la finalidad de este procedimiento, motiva a las mujeres a realizárselo.

Los conceptos que las mujeres tenían sobre la citología cervical se observan en el CUADRO 9.1., 13% del total, sabían que era para la detección de cáncer cervicouterino y el 63% no tenían ningún conocimiento del mismo. El resto tenía otros conceptos como prevenir enfermedades en la mujer, limpiar la matriz y prevenir infecciones. A pesar de esto, muchas de las mujeres que tenían algún conocimiento sobre para que sirve la citología del cuello uterino, rechazaban la misma debido a una o varias de las razones señaladas en el

cuadro siguiente.

En el CUADRO No. 10, observamos, que un total de 259 mujeres rechazaron la citología del cuello uterino. El 77% de ellas, lo hacían por desconocimiento del mismo, el resto, 59 mujeres, lo rechazaban a pesar de tener algún conocimiento del uso de la citología cervical por otras razones, siendo las más importantes la vergüenza debido a que el encargado de realizar este procedimiento es generalmente del sexo masculino, el temor al dolor, la falta de tiempo y el costo; que son algunas de las muchas razones señaladas en estudios realizados en mujeres latinoamericanas, por Burger, Bradley, Monk y otros autores, (3,4,11,12,21).

El CUADRO No.11 contiene la información sobre el período de toma de la última citología del cuello uterino. De las 65 mujeres que dijeron aceptar este procedimiento, el 100% se lo había realizado en los últimos dos años, y dentro del grupo que lo rechazaron habían algunas que se lo habían realizado desde hace 5 o 6 años, 3%; y más de 8 años incluso, 1%, pero ya no se lo realizaron debido a no creerlo necesario, ó a algunas de las otras razones señaladas en el cuadro No. 10.

El saber leer y escribir, según lo presentado en el cuadro No. 12, tiene bastante repercusión en la aceptación o rechazo de la citología cervical, ya que 229 mujeres del total de la muestra, 71%, son analfabetas, de éstas, 86% rechazan

esta prueba diagnóstica. Existe un 29% de mujeres de la muestra estudiada que saben leer y escribir, sin embargo, si recordamos que en las áreas rurales el nivel de educación es extremadamente pobre, y las mujeres que logran tener algún nivel de escolaridad, solamente cursan los dos ó tres primeros años de la escuela primaria, por lo que su comprensión de información escrita es muy bajo. Lo anterior también es aplicable para analizar el CUADRO No. 13, donde se observa que del total de las 259 mujeres que rechazan la citología del cuello uterino, el 91% hablan Cakchiquel y Español, por lo que en teoría, tienen acceso a la información sobre salud reproductiva que la mayoría de veces existe o se imparte en español, sin embargo hay que recordar nuevamente, que en estas áreas rurales, el idioma a sufrido el proceso de regionalización de cada lugar, por lo que se habla y se entiende mal, pudiéndose concluir entonces, que el lenguaje y el analfabetismo sí son barreras que impiden la realización frecuente de las pruebas de detección temprana del cáncer cervicouterino-.

### IX. CONCLUSIONES.

- En el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, la edad menor de 35 años en las mujeres, es un factor que limita la realización de citología cervical.
1. El padecimiento de abortos, o patologías como, enfermedades de transmisión sexual, está asociado a la búsqueda de los servicios de salud y facilita la realización de citología del cérvix.
  2. El desconocimiento sobre la utilidad de la citología cervical es el principal factor limitante para la toma frecuente de la misma.
  3. La vergüenza y el miedo al dolor se identificaron como principales factores psicológicos que limitan la realización de las pruebas de detección temprana del cáncer del cuello uterino.
  4. El uso de anticonceptivos orales, facilita la toma frecuente de citología cervical, debido a un mejor conocimiento sobre el cuidado de la salud reproductiva.
  5. Otros factores que limitan la realización de citología del cuello uterino son: costo, falta de tiempo, tiempo prolongado de espera en los servicios de salud y distancia.

7. El lenguaje como elemento cultural, y el analfabetismo como elemento socioeconómico, también limitan la realización y aceptación de la citología cervical.

#### X. RECOMENDACIONES.

1. Proveer información a la población de las áreas rurales de Guatemala, sobre el uso de la citología cervical y otros aspectos de salud reproductiva, pero no por medio de campañas masivas, sino por medio de promotores que a su vez puedan crear grupos por familias o por sectores que proporcionen información adaptada al lugar ó región.
2. Crear un programa longitudinal donde se puedan incluir elementos como los siguientes: Información inicial como se señaló en el inciso anterior. Campañas de toma de Papanicolaou con la reunión de un equipo multidisciplinario que incluya, personal de enfermería, personal médico y de laboratorio patológico para que en una sola visita a los servicios de salud se puedan tomar las muestras citológicas, se procesen las mismas y se informe a las pacientes sobre los resultados obtenidos; tal y como lo reportan Burger, Bradley y otros (2,3,21).
3. Promover la participación de personal de salud del sexo femenino en los programas de toma de citología cervical en las áreas rurales de Guatemala.

## XI. RESUMEN

El presente estudio, de tipo descriptivo-prospectivo se realizó en el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, con el fin de identificar las principales barreras que limitan la realización de citología cervical, ya sean éstas de origen cultural, físicas del lugar, psicológicas, ó por desconocimiento de la misma.

Se tomó una muestra de 324 mujeres que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: Mujeres de edad reproductiva y mayores de 45 años inclusive, que pertenecieran al casco urbano de dicho municipio, sin distinción de grupo étnico y que no fueran vírgenes. Se excluyó a las que rehusaron participar en el estudio.

Al momento de realizar el estudio, la edad de las mujeres estuvo comprendida entre los 15 y 51 años. Del total de la muestra, en 259 mujeres se identificaron factores limitantes para la realización de citología cervical.

Un 24% de la población estudiada, iniciaban sus relaciones sexuales entre los 12 y 16 años de edad, que sumado, a la tendencia de tener múltiples gestaciones, se determinó que sí existe algún riesgo biológico de padecer cáncer del cérvix en este grupo de mujeres. Solamente 26 mujeres del total, 8%, conocían la utilidad real de la citología cervical, es decir, la detección de cáncer del cérvix. Los principales factores limitantes para la no realización frecuente, o nunca, de la citología cervical, en las 259 mujeres que rechazaron la misma fueron:

jeros que rechazaron la misma fueron:

Desconocimiento de la misma: 77%, vergüenza: 18%, miedo al dolor y falta de tiempo: 6% respectivamente, el costo: 5%, tiempo tardado de espera en los servicios de salud: 5%, distancia: 3.4% , el analfabetismo en el 71% del total de la muestra, y el idioma, ya que el 83% de la muestra estudiada, hablaban cakchiquel/español, pero debe señalarse en este caso, que el cakchiquel es su idioma materno y que el español no se domina totalmente, por lo que muchas veces sólo se entienden los términos, pero no los conceptos de fondo que se quieren transmitir.

El uso de anticonceptivos orales tuvo una influencia positiva para la realización frecuente de la citología cervical ya que de todas las mujeres que usaban este método de planificación familiar, el 78% aceptaban la citología cervicouterina; así como también se encontró aceptación en el 100% de las mujeres que habían padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual, debido a que habían tenido necesidad de acudir a los servicios de salud y por lo tanto tenían más cuidado de su salud reproductiva.

El estudio concluyó que los pocos programas actuales de realización frecuente de la citología cervical no están adaptados a las condiciones de las áreas rurales del altiplano de Guatemala, debido a las barreras mencionadas anteriormente por lo que se recomienda crear un programa mejor estructurado y adecuado a las necesidades de la población.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Bornstein, J., et. al. ETIOLOGY OF CERVICAL CANCER: CURRENT CONCEPTS. *Obstetrical & Gynecological, SURVEY*, 1995, junio 2, vol. 50, p. 146-153.
- Burger, R.A., et. al, SINGLE-VISIT PROGRAM FOR CERVICAL CANCER PREVENTION IN A HIGH-RISK POPULATION. *Obstetrics and Gynecology*, 1995, oct. 4, vol. 86, p. 491-497.
- Castillo M. B., et. al. IMPACTO DE LA ATENCION DE SALUD EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR CANCER DEL CUELLO UTERINO EN LOS SERVICIOS DE SALUD. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 1993, 58(3): p. 231-238.
- Chenoy, R., et. al. IS THERE A SIGNIFICANT ASSOCIATION BETWEEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS AND MILD CERVICAL CYTOLOGICAL ABNORMALITIES?. *J. of Obstetrics and Gynaecology*, 1992, nov. 6, vol. 12, p.418-419.
- Chuaqui R., R. y Quintana, M., CITODIAGNOSTICO DEL CANCER CERVICO-UTERINO EN EL ESTADO GRAVIDO-PUERPERAL. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1994, 59(3); p. 207-213.
- Chuaqui F., R. y Verni, M.J., CELULAS ESCAMOSAS EN MINIATURA (CEM) EN FROTIS GINECOLOGICOS: ALTA ASOCIACION CON LESIONES EPITELIALES. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1994; 59(3); p. 214-218.
- Chuaqui F.R. y Verni, M., DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CITOLOGIA CERVICAL CON AUSENCIA DE SIGNOS CLASICOS. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1993; 58(4); p. 304-309.
- González C., M.A., PANORAMICA DEL MANEJO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO. *Revista Centro Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 1993; mar.-ag. 6, vol 5, p. 33-39.
- González S., J.L., ASOCIACION DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO FACTORES PREDISPONENTES EN LA ETIOPATOGENIA DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1995; vol.63, p. 422-425.
- Guido, C., CANCER GINECOLOGICO EN EL HOSPITAL BERTA CALDERON (MINSA). *Revista Centro Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 1993; en.-abr. 8, vol, 3, p. 21-23.
- Irwin, K.L., ESTUDIOS DE DETECCION SELECTIVA DEL CANCER DE CERVIX Y DEL CANCER DE MAMA EN COSTA RICA. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990; sep. 3, vol.109,

- p. 213-223.
12. Jens, J.P., DETECCION OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WET MOUNT, PAPANICOLAOU STAINED VAGINAL SMEARS AND IN GRAM STAINED SMEARS. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1995, ene. 1, vol. 74, p. 67 - 70.
  13. Lazcano Ponce, E., CANCER DEL CUELLO UTERINO. UNA PERSPECTIVA HISTORICA. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1994: feb., p. 40 - 47.
  14. Macaluso, M., ANTICONCEPTIVOS ORALES Y LA INCIDENCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICOUTERINA. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1993: 58(3), p. 251-252.
  15. Martinez, O. U., CONTROVERSIAS EN LA DETECCION POR CITOLOGIA, COLPOSCOPIA E HISTOLOGIA DE LAS LESIONES PREMALIGNAS DEL CERVIX. *Ginecología y Obstetricia de México*, suplemento, 1995: oct., p. 86.
  16. McIntyre-Seltman, K., THE ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR. *The Medical Clinics Of North America*, 1995; p. 1427-1441.
  17. Motta Roldan, E.D., HALLAZGOS CITOLOGICOS EN EXTENDIDOS CERVICO-VAGINALES. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1995. Guatemala, p.10-52.
  18. Nevin, J., CERVICAL CARCINOMA ASSOCIATED WITH PREGNANCY. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1995: marzo 3, vol. 50, p. 228 - 233.
  19. Novak; *Tratado de Ginecología*. 11ava. edición. Cap. 27.
  20. Organización Panamericana de la Salud, CARCINOMA IN SITU COMO SECUELA DEL VPH CERVICAL. 1993: marzo 3, vol. 114, p. 255.
  21. Paskett. E.D., IMPROVING COMPLIANCE AMONG WOMEN WITH ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEARS. 1995: sep. 3, vol, 86, p. 353-359.
  22. Santiago, P.C., et. al., CONDUCTA ANTE EL PAPANICOLAOU CON ATÍPIAS INFLAMATORIAS INESPECIFICAS PERSISTENTES. *Ginecología y Obstetricia de México*, suplemento, 1995: vol. 63. p. 85.
  23. Vasconcelos Allende. M., et. al., BUSQUEDA, DETECCION Y CONTROL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. *Ginecología y obstetricia de México*, 1992: feb., vol 70, p. 37-41.
  24. Uribarren B., O., et. al. CONDILOMA PLANO, SU FRECUENCIA

- Y ASOCIACION CON CANCER CERVICOUTERINO Y DISPLASIAS. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1992: feb., p. 45-47.
25. Valenzuela. P., ANALISYS OF SAMPLING METHODS FOR CERVICAL CYTOLOGY. *J. of Obstetrics an Gynaecology*, 1995: enero 1. vol. 15, p. 53-56.
  26. Vural. G., INFLAMATORY SIGNS IN WET SMEAR AND PAP-SMEAR COMPARED WITH THE HISTOPATHOLOGY FROM THE FEMALE LOWER GENITAL TRACT. *Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1995: jul 6. p. 451-254.

## BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

## 1. DATOS GENERALES:

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 GESTAS: \_\_\_\_\_  
 PARTOS: \_\_\_\_\_  
 ABORTOS: \_\_\_\_\_  
 USA ANTICONCEPTIVOS ORALES: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. SABE USTED PARA QUE SIRVE EL PAPANICOLAOU?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PARA QUE? \_\_\_\_\_
3. EL ULTIMO PAPANICOLAOU QUE USTED SE REALIZO FUE HACE?  
 \_\_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ NUNCA SE HA REALIZADO.
4. UD. NUNCA SE A REALIZADO UN PAPANICOLAOU DEBIDO A UNA O  
 VARIAS DE LAS SIGUIENTES RAZONES:

ES MUY CARO: \_\_\_\_\_  
 ES UN EXAMEN DOLOROSO: \_\_\_\_\_  
 TIENE MIEDO A QUE LE DETECTEN ALGO MALIGNO: \_\_\_\_\_  
 LE QUEDA LEJOS EL CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_  
 NO TIENE TIEMPO: \_\_\_\_\_  
 ES MUY PROLONGADO EL TIEMPO DE ESPERA CON EL MEDICO: \_\_\_\_\_  
 LA RELIGION SE LO PRHOBIE: \_\_\_\_\_  
 LE DA VERGÜENZA: \_\_\_\_\_  
 SU ESPOSO NO QUIERE: \_\_\_\_\_  
 EL QUE LO HACE ES HOMBRE: \_\_\_\_\_  
 POR COSTUMBRE: \_\_\_\_\_  
 NO SABE DEL MISMO: \_\_\_\_\_  
 NO LO CREE NECESARIO: \_\_\_\_\_

5. HA PADECIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. A LOS CUANTOS ANOS TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?
7. CUANTOS COMPANEROS SEXUALES A TENIDO?
8. USTED HABLA: SOLO CAKCHIQUEL: \_\_\_\_\_  
 SOLO ESPANOL: \_\_\_\_\_  
 AMBOS: \_\_\_\_\_
9. SABE LEER Y ESCRIBIR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_