

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HABITO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAU CERVICOUTERINO
EN LAS MUJERES TRABAJADORAS DEL SECTOR SALUD

Estudio descriptivo realizado con 183 Mujeres que pertenecen al Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez y 27 Mujeres Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Abril y Mayo de 1994.
Guatemala.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

IRMA NINETT RAMIREZ BARRIOS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de junio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA IRMA NINETT
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RAMIREZ BARRIOS Carnet No. 88-12723
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"HABITO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU CERVICOUTERINO EN LAS MUJERES QUE
TRABAJAN EN EL SECTOR SALUD"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal
Dr. José Roldán Valdés
MEDICO Y CIRUJANO
COL. NO. 3289


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 7790

Dr. JESUS AMANDO CHAVARRIA SAMAYOA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2332

DL
05
+(7006)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: Irma Ninett Ramirez Barrios

Carnet Universitario No. 88-12723

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
" HABITOS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAU CERVICOUTERINO EN LAS MUJERES QUE TRABAJAN EN EL SECTOR SALUD "

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 6 de Junio de 1994.

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O



ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

- POR HABERME PERMITIDO LLEGAR A ESTE MOMENTO TAN RELEVANTE DENTRO DE MI VIDA.
- POR BRINDARME TODO LO QUE HASTA HOY POSEO Y EN ABSOLUTO MEREZCO.
- POR CONTINUAR A MI LADO, AUNQUE YO A CADA INSTANTE CON ALEGATOS SIN FUNDAMENTOS INTENTE ALEJARME DE EL.

A TI:

QUE HAS COLABORADO DE ALGUNA FORMA PARA HACER POSIBLE MI GRADUACION:

- POR TU RESPALDO MORAL QUE NO ME HA ABANDONADO.
- PORQUE ECONOMICAMENTE, NO ME HAS FALLADO.
- POR EL ALIENTE DE LECHA, ESPERANZA Y CONSTANCIA QUE SIEMPRE ME HAS INFUNDIDO.
- POR HABER COMPARTIDO MI TIEMPO LIBRE CON ALEGRIA Y SINCERIDAD, HACIENDO DE CADA SONRISA UN REGALO Y DE CADA MOMENTO UNA VIDA.
- PORQUE NO TE ALEJAS CUANDO SABES QUE ESTOY ENOJADA, TAN SOLO BUSCAS EL COMO AYUDARME.
- POR CONFIAR EN MI, AUNQUE NO ME CONOZCAS.
- PORQUE CON TU FORMA DE SER HAS HECHO QUE MI VIDA SALGA DE LA MONOTONIA, AL COMPARTIRLA CONTIGO.
- PORQUE AUNQUE NO QUIERAWAS, ME HAS OBLIGADO A SER PACIENTE.
- POR AYUDARME A CAMBIAR, AL INTENTAR QUE NO COMETA TUS MISMOS ERRORES.
- PORQUE NO HAS DICHO - NO -, CUANDO TE HE NECESITADO.

A TI, POR TODO ELLO
MIS SINCERAS
GRACIAS

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III.	<i>JUSTIFICACION</i>	4
IV.	OBJETIVO	5
V.	REVISION DE LITERATURA	
	A. SITUACION EN LOS ESTADOS UNIDOS	6
	B. ESTUDIO EN COLOMBIA	6
	C. MORTALIDAD EN OTROS PAISES	7
	D. PANORAMA DE LA SITUACION EN GUATEMALA	7
VI.	MARCO TEORICO	
	A. EL PAPANICOLAU COMO PRUEBA DE TAMIZAJE	12
	B. EL PAPEL DE LA MUJER DENTRO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD	13
VII.	METODOLOGIA	
	A. SELECCION DEL TEMA	15
	B. TIPO DE ESTUDIO	15
	C. OBJETO DE ESTUDIO	15
	D. SUJETO DE ESTUDIO	15
	E. CRITERIOS DE INCLUSION	15
	F. CRITERIOS DE ESCLUSION	16
	G. VARIABLES	16
	H. RECURSOS	17
VIII.	ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	17
IX.	EJECUCION DE LA INVESTIGACION	18
X.	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	19
XI.	PRESENTACION DE RESULTADOS	20
XII.	ANALISIS DE RESULTADOS	23

XIII.	CONCLUSIONES	26
XIV.	RECOMENDACIONES	27
XV.	RESUMEN	28
XVI.	BIBLIOGRAFIA	29
XVII.	ANEXOS	32

I. INTRODUCCION

En Guatemala, el cáncer aumenta cada año en frecuencia debido a que la sociedad está cambiando rápidamente, como resultado de la urbanización e industrialización, que se combina con la esperanza de vida cada vez más alta. Más de 1,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino son detectados anualmente por el INCAN, representa el 56 % de los tumores que afectan a la mujer y el 60 % de todos los tipos de cáncer que afectan a la población en general; se diagnostican en su mayoría en estadios avanzados, siendo el motivo de consulta más frecuente dolor y hemorragia vaginal. La mortalidad está alcanzando valores que sobrepasan a otras enfermedades crónicas y actualmente ocupa el 12avo. lugar de todas los procesos mórbidos que afectan a la mujer.

La cobertura nacional para el Papanicolau es menor del 30 %; la que podría aumentar si el personal de salud se compromete a promocionar, divulgar y educar al resto de la población para que adquiera el hábito de realizárselo, para lo cual ellas deben de haber adquirido el hábito, ya que la mujer es educadora y formadora, realiza cotidianamente acciones de salud, es de hecho la única que procura el bienestar de su familia en primera instancia y siempre ha contribuido al desarrollo nacional de la educación en salud.

Este estudio tiene por objetivo el describir si existe el hábito de realizarse el examen de Papanicolau, en las mujeres que trabajan en el Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez y en las Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, durante los meses de abril y mayo de 1,994.

Para la elaboración de este estudio, se entrevistó a 210 mujeres: de ellas, 183 trabajan en el Departamento de Sacatepéquez distribuidas en: la Jefatura de Area, 2 Hospitales, 3 Centros de Salud y 15 Puestos de Salud; y 27 trabajan en la USAC.

Las entrevistadas fueron poco accesibles para brindar datos sobre su vida sexual y todas las que se han realizado el Papanicolau, coinciden en que la única molestia que éste ocasiona, es la vergüenza que experimentan cuando les es tomada la muestra.

La adquisición o no del hábito de realizarse el Papanicolau tiene una base eminentemente cultural; el problema radica en la región anatómica de donde se toma la muestra, les provoca vergüenza y desagrado; muchas mujeres se niegan a hacérselo y otras a admitir públicamente el que ya se lo han realizado, por temor a la influencia ancestral y su censura, ya que hay personas mayores que desaprobaban ese tipo de práctica, por lo que puede atribuirse a estas causas el que solamente el 21 % de la población estudiada tenga el hábito de realizarse el Papanicolau.

Debe realizarse un cambio de conducta por medio de la educación, insentivando a todas las mujeres a que voluntariamente se realicen el Papanicolau, informándole sobre todos los beneficios que éste representa, y así, lograr que la mujer le introduzca como parte de su cultura.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad progresiva que se inicia con cambios intraepiteliales pre malignos que se pueden detectar precozmente con la citología. Existe controversia acerca de la progresión de las lesiones premalignas y, que el cáncer del cuello uterino esté siempre precedido de ellas; epidemiológicamente se ha encontrado que la edad promedio de las mujeres con lesiones pre malignas (displasia leve o Neoplasia Intraepitelial Cervical tipo I y displasia moderada o Neoplasia Intraepitelial Cervical tipo II); es menor que las que tienen carcinoma in situ o Neoplasia Intraepitelial Cervical tipo II; quienes a su vez son menos que las que presentan carcinoma infiltrante, lo que sugiere un progreso de los NIC a carcinoma in situ, de allí a micro infiltrante y luego a infiltrante (16).

La duración de las diferentes etapas de la premalignidad no es uniforme, en general se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse en lesión infiltrante, se han encontrado casos más agresivos que evolucionan rápidamente, se describe una evolución más agresiva en mujeres más jóvenes (16).

El cáncer cervicouterino debido a sus manifestaciones tardías constituye una enfermedad que silenciosamente ataca al organismo de muchas mujeres quienes, la mayoría de las veces por factores socioeconómicos y culturales acuden en demanda de la atención o son detectadas cuando el pronóstico de la enfermedad les es totalmente desfavorable.

Por la afinidad que tiene esta patología con las mujeres en edad reproductiva, económicamente activa y que en su mayoría, son madres que ya con la enfermedad no pueden desempeñar adecuadamente su papel dentro de la sociedad, como: cuidado, alimentación, instrucción, formación moral y religiosa de su familia para que en el futuro sean personas útiles, esta enfermedad representa una catástrofe social que debe ser considerada y controlada lo antes posible, tanto a nivel nacional como internacional.

Se sabe que la única esperanza de control del cáncer cervicouterino actualmente, es la detección temprana de las lesiones intraepiteliales y su tratamiento adecuado (19).

En la mayoría de países desarrollados una elevada proporción del cáncer se diagnostica en etapas avanzadas; dentro de las razones para ello figura la falta de conocimiento entre las mujeres de los síntomas de la enfermedad, una actitud fatalista respecto al cáncer y a su posibilidad de curación y la escasa accesibilidad a los servicios de salud, especialmente en el área rural, potenciado probablemente por la baja prioridad que se le da a la salud de la mujer. Aunque algunos beneficios se han obtenido actualmente con la educación dirigida a la mujer, informándole de los signos del cáncer cervical, tal enfoque no disminuirá significativamente la mortalidad por esta causa, a menos que se acompañe de un intento más activo de detectarle en sus estadios tempranos (19).

La cobertura del examen del Papanicolau cervicouterino (Papanicolau, para uso práctico); no llega al 30 % de la población de mujeres guatemaltecas, habiendo notable diferencia entre los grupos socioeconómicos, culturales, étnicos, nivel educacional y accesibilidad a los servicios de salud, asumiendo que el grupo de

mayor cobertura hasta la fecha es el de mejor estabilidad socioeconómica y educacional, en la mayoría ladinos; situación que nos hace pensar que las mujeres que trabajan en el sector salud de Guatemala, se encuentran incluidas dentro de este pequeños grupo (19).

Ya es conocido el valor que tiene la mujer dentro del grupo familiar como educadora y formadora; es grande su contribución al desarrollo nacional de la salud; la mujer desempeña una función mucho mayor que la del hombre en la prestación de asistencia sanitaria, así como ocurre en la mayoría de los países del mundo. Ella ocupa el primer lugar en las filas del personal voluntario que trabaja en los hospitales, clínicas de autoasistencia y demás organizaciones comunitarias; se observa que en casi todos los países, la tasa femenina es más elevada en el sistema de salud que en el conjunto de la población económicamente activa. De hecho, desempeña una función crucial en el funcionamiento del sector oficial organizado de la atención de la salud en todos los países. En el país de Ghana, se le otorgó a la mujer la condición de experta en problemas sociales y médicos (28,36,38).

La mujer realiza cotidianamente acciones de salud, es de hecho la única que procura la salud de la familia en primera instancia y los conocimientos recibidos de su madre sobre todo tipo de temas es transmitido a sus hijas durante las generaciones; además, han sido los médicos y anatomistas sin título de la historia (33,36).

La mujer que trabaja en el sector salud se encuentra expuesta al cáncer cervicouterino y por el tipo de trabajo que desempeña dentro de la sociedad, son un instrumento ideal para corregir barreras de toda índole, principalmente culturales, que se han ido formando durante el transcurso de los años, respecto a la realización del Papanicolau por las mujeres guatemaltecas; siempre y cuando este grupo posea realmente el hábito, ya que nadie puede convencer a alguien más de practicar alguna conducta, sin que antes el primero esté convencido para realizar esa conducta y que en realidad la practique.

Este hábito, que según algunas observaciones preliminares realizadas no está presente en ese grupo, lo cual, al ser ratificado en el presente estudio podría explicar la escasa promoción, divulgación y educación que han brindado al resto de la población guatemalteca para la realización del Papanicolau, al no funcionar el personal de salud como ejemplo positivo de convencimiento.

Para efectos del presente estudio se asume que Hábito de realizarse el Papanicolau: es el que se manifiesta en mujeres mayores de 15 años, quienes, luego de haber iniciado vida sexual asisten voluntariamente a realizarse el Papanicolau; ya se lo han realizado en más de dos ocasiones, con un intervalo menor de 2 años entre cada examen y, en ellas está presente el deseo de continuar realizándose.

III. JUSTIFICACION

Las bajas coberturas de detección precoz y la demanda tardía de atención, constituyen los factores que condicionan la mortalidad por cáncer cervicouterino en el país (16).

Las mujeres que trabajan en el sector salud pueden aumentar esas coberturas, enseñando con el ejemplo, convenciendo a otros grupos de mujeres a que se realicen el Papanicolau, con la condición de que ellas posean ese hábito; apoyado en el hecho de que la mujer realiza cotidianamente acciones de salud, es de hecho la única que procura la salud de la familia en primer instancia y los conocimientos recibidos de su madre sobre todo tipo de temas, es transmitido a sus hijas durante las generaciones (33).

Por las características socioculturales y económicas que posee el grupo a estudio, podría inferirse que sí posee el hábito de realizarse el Papanicolau, pero que, según algunas observaciones preliminares realizadas no es así; lo que al ser ratificado podría explicar la escasa promoción, divulgación y educación que este grupo ha brindado al resto de la población guatemalteca para la realización del Papanicolau, al no funcionar el personal de salud como ejemplo positivo de convencimiento.

De la misma forma este trabajo colabora con el Programa de Prevención y Educación contra el Cáncer del Cuello Uterino en Guatemala, que contempla dentro de sus actividades la investigación sobre el conocimiento, actitudes y prácticas respecto al Papanicolau, para de esta forma contar con elementos de juicio que modifiquen positivamente las estrategias que hasta la fecha se han tomado con el fin de que la mujer guatemalteca adquiera el hábito de realizarse el Papanicolau y disminuir de esta forma la morbimortalidad por el cáncer cervicouterino y las consecuencias socioculturales y económicas que hasta la fecha ha provocado.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Describir la presencia del hábito de realizarse el Papanicolau en las mujeres que trabajan en el Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez y en las mujeres Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a las mujeres que a la fecha declaran haber iniciado vida sexual.
- Determinar desde cuándo iniciaron vida sexual.
- Identificar quiénes son las mujeres que se realizan el Papanicolau.
- Determinar desde cuándo se hacen este examen.
- Describir la frecuencia con que se lo han realizado.
- Identificar si existió voluntad en el momento de realizarse el Papanicolau.
- Identificar si está presente el deseo de continuar realizándose este examen.

V. REVISION DE LITERATURA

ANTECEDENTES SOBRE EL CARCINOMA CERVICOUTERINO

A. SITUACION EN LOS ESTADOS UNIDOS

Se calcula que cada año se diagnostican en los Estados Unidos 72,000 casos nuevos de cáncer del aparato genital femenino y que unas 24,000 mujeres fallecen por ello en ese mismo lapso. Las muertes de esas mujeres refleja predominantemente las limitaciones en los métodos terapéuticos actuales para las personas que acuden al médico en etapas avanzadas de la enfermedad. Por tanto, mientras no se cuente con formas farmacéuticas eficaces o terapias moleculares, los intentos por aminorar la mortalidad específica por cáncer, deben incluir el acceso fácil de las poblaciones en peligro a procedimiento más eficaces y detección temprana y diagnóstico. Durante los últimos 40 años ha disminuido la incidencia de cáncer cervicouterino y, la mortalidad lo ha hecho en un 71 %, la razón principal ha sido el empleo de técnicas como la citología cervicouterino y las exploraciones ginecológicas regulares. Sin embargo, a pesar de los resultados probados, muchas mujeres no asisten a los programas de detección temprana del cáncer (13).

Es sabido que particularmente en los grupos socioeconómicamente bajos, aún cuando este estudio sea gratuito, prácticamente el 50 % de las mujeres que debieran realizárselo no se someten a él. Por este motivo es atractivo algún método para la detección primaria de dicho cáncer, actualmente existen varios, entre ellos el MY-PAP, un dispositivo de autoaplicación (Medtech Diagnostics, Inc Bohemia, NY); utilizado para obtener muestras celulares, al parecer tiene ventajas sobre otros dispositivos, pero no sustituye al frotis de Papanicolaou ni a las exploraciones ginecológicas anuales (13).

B. ESTUDIO EN COLOMBIA

Del seguimiento de los casos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, se ha podido establecer que la sobrevivida de las pacientes tratadas en estadios clínicos tempranos, no invasores, es del 98.9 %; mientras que los estadios invasores en su totalidad tienen una sobrevivida del 50 %.

Según las encuestas realizadas en este Instituto de Colombia durante 1,990; el 65 % de las encuestadas tenían conocimiento sobre la citología cervicouterina, siendo mayor en la población del área urbana (70.1 %); comparado con el área rural (53.1 %). Dentro del grupo encuestado el 46.2 % de las mujeres ya habían tenido alguna citología previa, de ellas el 71 % han tenido más de una citología en la vida.

Las mujeres menos educadas han tenido menos citologías. El grupo de edad de mayor riesgo son las mujeres mayores de 29 años, riesgo que va aumentando con la edad. El 31 % de las encuestadas se practican la citología en hospitales o clínicas, el 16 % en consultorios médicos particulares, el 12 % en instituciones de seguridad social como el ISS y la Caja Nacional, el 11 % en Pro Familia y el 10 % en la Liga Contra el Cáncer.

Las usuarias de los hospitales son mujeres menores de 25 años o mayores de 40 con educación menor, pudiendo apreciar la baja cobertura en el grupo entre 25 y 40 años (16).

C. MORTALIDAD DE OTROS PAISES

En los últimos años el cáncer cervicouterino ha cobrado importancia en los países de América Latina y el Caribe, debido a que dentro del cáncer ocupa el lugar de mayor incidencia en las estadísticas tanto de morbilidad como de mortalidad (29).

Algunos países como Canadá y Estados Unidos han logrado disminuir sus tasas significativamente; esto lo han logrado a través de programas de detección y seguimiento de los pacientes; también están Antillas Holandesas y Puerto Rico, quienes han mejorado el registro de la enfermedad y tienen tasas bajas de mortalidad por esta patología (4,5,29).

D. PANORAMA DE LA SITUACION EN GUATEMALA

1. Demografía:

Según estimaciones de la Secretaría General de Planificación Económica, (SEGUEPLAN); Guatemala está constituida por una población que asciende a 9.2 millones de habitantes, con un crecimiento anual de 2.8 % sobre el total de los habitantes, el 49.5 % está constituido por mujeres y de ellas, poco menos de la mitad se encuentran en edad fértil (12).

La población se encuentra distribuida desigualmente en el territorio de la República y las regiones que conforman el país, mostrando diferentes grados de desarrollo. Las regiones Norte, Nor-Occidente y parte del Sur-Occidente evidencian menor grado de desarrollo y concentran casi la mitad de la población, especialmente indígena-rural, con un nivel de pobreza extrema (12).

En la capital, aproximadamente 700,000 habitantes residen en 176 asentamientos y colonias marginales en condiciones extremadamente precarias. La población nacional se distribuye en 38 % urbana y 62 % rural. En el aspecto socioeconómico, Guatemala se encuentra entre los países latinoamericanos con los niveles más bajos de bienestar social y una escasa satisfacción de las necesidades de la población; el perfil social se ha deteriorado en los últimos años debido a la crisis económica que afecta al país, incidiendo negativamente en el poder adquisitivo y la calidad de vida de los guatemaltecos (12,34).

Según el Instituto Nacional de Estadística, los niveles de pobreza familiar se han incrementado de 63 a 77 % en el período de 1,980 a 1,989 y la pobreza extrema se elevó de 32 a 55 % en el mismo período, con un índice mayor en las áreas rurales del país, particularmente en la región Nor-Occidente y Norte, así como en los departamentos de San Marcos, Sololá, Totonicapán y Jalapa (34).

Aún cuando la esperanza de vida al nacer es baja en comparación a los logros alcanzados por otros países de América Latina, en Guatemala ésta ha aumentado y varios departamentos muestran desde 1,989 una esperanza de vida superior a 63 años; así mismo, la tasa de mortalidad por cáncer ha aumentado, siendo superior a 30 por 100,000 habitantes a partir de 1,985 (10,17).

2. Indicadores:

La realidad de este problema en el país no debe ser considerada de poca magnitud, si además del subregistro se toma en cuenta los indicadores como los siguientes: la mortalidad de la mujer continúa siendo la más alta de América Latina y, cuyo análisis únicamente se ha enfocado desde el punto de vista de función reproductiva, sin tomar en cuenta que además desempeña labores propias del hogar y otras, que representan su incorporación a la vida económica del país; el analfabetismo es 10 % mayor en la mujer que en el hombre; la paridad promedio de hijos es de 5.5; en relación a los embarazos en edades tempranas de la vida, el 1,985 el 16 % de los nacimientos ocurrió en madres menores de 20 años y el 79 % en el grupo entre 20 y 30 años; sólo el 23 % de las mujeres casadas o unidas usan algún método anticonceptivo (12,21,30).

3. Educación:

Guatemala cuenta con uno de los más grandes índices de analfabetismo de Latino América, en 1,989 alcanzó el 49 % del total de la población, siendo más grande en el área rural y especialmente en la población indígena, se estima que en nuestro país, el 60 % de la población analfabeta mayor de 15 años, corresponde al sexo femenino. El analfabetismo en las mujeres ladinas es del 25 % y en las indígenas es del 72 % (34).

4. Salud:

El deterioro de la salud se ve afectado por las bajas coberturas de atención, las cuales son debidas a la limitada accesibilidad geográfica, cultural y económica que tiene la población a los servicios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cubre sólo el 25 % de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el 15 % y el Sector Privado el 14 %; estando la mayoría de servicios en el área urbana del país (34).

5. Subregistro:

Los datos reportados por Guatemala respecto a la mortalidad por Cáncer Cervicouterino aparentan ser bajos pero los mismos no pueden ser tomados como reales si se analiza el problema de subregistro existente. En el país, el 48.5 % de las defunciones son certificadas por médicos, el 34.1 % por alguna autoridad municipal y el 10.3 % por personas empíricas ajenas al sector salud; el resto, 7.1 % no tienen ningún tipo de certificación (29,39).

6. Coberturas:

Las coberturas del Papanicolau son bajas, especialmente en el interior del país, con diferencias marcadas entre ladinos e indígenas; el incremento de la cobertura está en relación con la edad, educación y el uso de algún método anticonceptivo (25).

APROFAM reporta que de enero de 1,985 a diciembre de 1,989, la tasa de positividad de las clínicas de la institución aumentaron de 8.39 a 12.26 y en el laboratorio central que cubre el 76 % de los casos analizados, la tasa fue de 7.4 y de 16.02 respectivamente; lo cual puede estar en relación a un aumento de las

lesiones pre malignas o de infecciones por Papiloma Virus, tal como se reporta en la literatura; así mismo muestra que en algunos departamentos como Quetzaltenango las lesiones de bajo grado se han diagnosticado con mayor frecuencia y que las lesiones de alto grado han disminuido considerablemente; en tanto que en Escuintla la proporción de lesiones de bajo grado y las lesiones pre invasivas han permanecido constantes (1).

En la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1,987, se demostró que en Guatemala las coberturas del Papanicolau son bajas, tan sólo el 28.5 % de las mujeres entre 15 y 44 años se habían hecho una citología alguna vez en su vida, siendo este porcentaje mayor en el departamento de Guatemala (59.1 %); menor en el interior de la república (19.9 %) y todavía menor entre las mujeres indígenas (5.5 %). En una campaña de tamizaje efectuada en la Costa Sur por la Liga Nacional Contra el Cáncer en 1,980, se demostró que sólo el 16.6 % de las mujeres participantes habían tenido citologías previas (19).

APROFAM estimó que entre 1,985 y 1,989 el promedio anual de citologías en el país fue de 158,021, tomando en cuenta únicamente las instituciones que realizan grandes cantidades de exámenes; lo cual significa que aún cuando todas las citologías tomadas en un período de 3 años fuesen de mujeres nuevas dentro del programa, la cobertura no pasaría de ser del 30 %. APROFAM cubre el 41 % de las citologías cervicovaginales que se realizan en el país; el Ministerio de Salud Pública el 27.6 %; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el 17.9 % y la Liga Nacional Contra el Cáncer sólo el 13.5 % (8,19).

Aún cuando se han realizado campañas para la detección del cáncer cervicouterino, estas son esporádicas y no alcanzan las coberturas deseadas, por lo que el carcinoma invasivo en estadios II y III sigue siendo registrado con mucha frecuencia debido a que las pacientes acuden al médico hasta que se presentan las manifestaciones clínicas y, considerando que muchas de ellas son menores de 50 años, la enfermedad daña severamente la reproductividad y su participación en el proceso productivo; casos incluidos en el Registro Nacional del Cáncer y, más de un tercio de ellas mueren por causa de la enfermedad (19).

7. Morbilidad y mortalidad:

En los países en desarrollo, las enfermedades transmisibles son aún la causa de morbimortalidad en la población, sin embargo el cáncer representa ya un problema debido a que la sociedad está cambiando rápidamente como resultado de la urbanización e industrialización, esto, combinado con una esperanza de vida más alta, supone que pronto el problema del cáncer demandará medidas especiales para su control (10).

En 1,990 las muertes por cáncer del sistema digestivo, órganos de la cavidad peritoneal y del aparato genitourinario, representaron las tasas más altas de cáncer en ambos sexos en todo el país; una buena cantidad de estas muertes son por cáncer del estómago y cáncer cervicouterino, éste último presentando tasas de mortalidad desde 1,985 superiores a 15 por 100,000 mujeres mayores de 20 años.

Las tasas de morbilidad y mortalidad por esta patología no son homogéneas en los diferentes departamentos del país, ya que se ha observado que en el período de 1,988 a 1,990 existen varios departamentos con tasas superiores a 50 y otras

inferiores a 10 por 100,000 mujeres mayores de 20 años, siendo la tendencia que las mayores tasas tanto de mortalidad como de morbilidad se presentan en aquellos departamentos de la región Central y Oriente del país, los que tienen un mayor acceso a los servicios de salud, mejor desarrollo económico-social y menor proporción de indígenas; mientras las menores tasas se encuentran en aquellos departamentos de condiciones opuestas (menor desarrollo, elevada proporción de población indígena y rural, con un nivel de pobreza extrema, altos índices de analfabetismo y fecundidad); como lo es la región Nor-Occidente del país. Por lo que los datos podrían reflejar únicamente las diferencias en cuanto a la detección y el registro de la enfermedad en los diferentes departamentos (20).

Para 1,984 Guatemala reportó una tasa bruta de mortalidad de cáncer del cuello uterino de 1.7 por 100,000 mujeres. Dentro de todos los casos de cáncer inscritos en el registro nacional de cánceres de 1,985, el de cuello uterino ocupó el primer lugar con 1,033 casos, que representa el 39.25 % de los casos (27,30).

El estudio de prevalencia realizado entre 1,985 y 1,990, detecta que de todos los casos trabajados, el 84.65 % corresponde al grupo ladino y el 9.45 % al indígena; que el 73.22 % de las enfermas confirmadas se encuentran en el rango de edad que va de los 30 a los 59 años. El estadio del cáncer va en relación directa con la edad. El 72.51 % de las mujeres con ese cáncer, tienen más de 4 hijos; el 62.71 % tienen bajos ingresos económicos, reportándose además que el 91.42 % se presentó en las amas de casa. El 37.30 % de las enfermas contestó espontáneamente; el 27.98 % fueron referidas por un hospital; el 22.95 % lo fue por médico privado; el 7.86 % por una organización no gubernamental; el 3.25 % por el Centro de Salud; el 0.52 % por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el 0.18 % por los Puestos de Salud (20).

El motivo más frecuente de consulta fue la hemorragia vaginal y el dolor, lo que confirma la búsqueda de la atención en forma tardía. La mortalidad por cáncer cervicouterino ocupa el 12avo. lugar en relación con las patologías que afectan a las mujeres mayores de 15 años; además está alcanzando valores que sobrepasan a las otras enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial (20).

8. El paciente geriátrico:

Según el estudio realizado en el Centro de Atención Médico Integral para Pensionados (CAMIP); en el año de 1,990, con una muestra de 316 pacientes geriátricos del sexo femenino; se estableció que la edad en que con mayor frecuencia utilizan el Papanicolau es entre los 60 y 64 años, disminuyendo progresivamente con la edad, siendo arriba de los 75 años muy pocos los casos reportados, lo cual puede significar la poca importancia que se le da a los problemas ginecológicos a esta edad, ya sea por parte del médico particular o por la renuencia de la paciente a realizarse este tipo de exámenes por considerarlo innecesario o vergonzoso. De este grupo, el 45.6 % de las pacientes no se habían realizado el Papanicolau con anterioridad y, del resto que ya se lo había hecho, el 5 % no tenían información del resultado (3).

9. San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez:

Dentro de esta población, durante el año de 1,989 se realizó un estudio con

352 mujeres fértiles; reportando que en su mayoría ya han oído de la existencia del Papanicolau, pero sólo el 35 % saben que se utiliza para la detección del cáncer cervicouterino; tan sólo el 30 % de la población se ha hecho este examen; el 66 % de las mujeres analfabetas nunca han escuchado del examen, siendo evidente que a mayor escolaridad, mayor información. Entre las creencias relacionadas con él, están el que sirve para dejar de tener hijos y para aliviar las enfermedades del estómago, en su mayoría, consideran innecesario realizarse el examen antes de que tengan alguna molestia (2).

10. Detección tardía:

Más de 1,000 casos nuevos son detectados anualmente en el INCAN, los que sobrepasan en una relación de 25 a 1 a otros tumores del tracto genital femenino; representa el 55 % de los tumores que afectan a la mujer y el 60 % de todos los tipos de cáncer que afectan a la población guatemalteca de ambos sexos. En 1,976 correspondió al 56 % de todos los cánceres que afectan a la mujer, en su mayoría diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad (18,30).

11. Programa para la Prevención y Educación contra el Cáncer del Cuello Uterino en Guatemala:

Es un proyecto multidisciplinario que desde el mes de febrero inició a trabajar en el área Norte de la Ciudad Capital, con la idea de continuar extendiéndose al resto de los departamentos de la república.

Los resultados de las investigaciones colaborativas internacionales han demostrado que las mujeres con una citología vaginal negativa tienen tasas bajas de cáncer invasivos durante 5 años, permaneciendo por debajo de las tasas de la población general durante 10 años o más. Las tasas son aún menores en las mujeres que han tenido dos frotos consecutivos negativos, esto significa que el tamizaje cada año es casi tan efectivo como el realizarlo cada 5 años, con la ventaja en este último caso, que se pueden invertir los recursos a una mayor población, aumentando las coberturas y los beneficios para toda la población.

Se ha demostrado que las mujeres con menor riesgo dentro de la población son más propensas a ser tamizadas que las de mayor riesgo, situación que se debe tomar en cuenta para todo tipo de trabajo.

Un sólo examen de Papanicolau apropiadamente ubicado en la vida de la mujer puede reducir la incidencia de cáncer invasivo; realizándose a una edad apropiada y asegurándose que todas las mujeres sean examinadas cuando se presenten lesiones.

Considerando la cultura multiétnica del país y el alto grado de analfabetismo prevalente, programar los intervalos citológicos cada 3 ó 5 años, puede causar olvido en la mayoría de las mujeres, sobre todo cuando no se acostumbra a acudir a los servicios de salud en ausencia de manifestaciones clínicas de la enfermedad. Por todo ello, el tamizaje en su inicio se realizará a toda mujer mayor de 15 años, que haya iniciado su vida sexual, con intervalos de 2 años entre cada toma de muestra, incrementándose posteriormente el intervalo de tiempo dependiendo de los resultados previos y de la edad de la paciente (19).

VI. MARCO TEORICO

A. EL PAPANICOLAU COMO PRUEBA DE TAMIZAJE

El Papanicolau, hasta la fecha continua siendo el procedimiento de tamizaje de elección para detección del cáncer cervicouterino desde sus estadios tempranos, que ofrece un alta sensibilidad y especificidad; representando un bajo costo al ser aplicado una población completa. La toma de la muestra se realiza de una manera práctica y sencilla, no emplea ningún instrumento sofisticado; la fijación de la muestra y su transporte, con un poco de cuidado no ocasiona problema y, su correcta y acertada interpretación depende del cerebro que se encuentra detrás de los ojos que observan al microscopio basándose en la experiencia y preparación que posea cada uno de estos especialistas.

Los programas de detección del cáncer han surgido como respuesta a los resultados desalentadores del tratamiento de los casos avanzados y a la conciencia de lo distante que se encuentra la prevención como un fenómeno poblacional de impacto sobre el problema; el Papanicolau realizado en forma masiva y regular ha resultado exitoso en detectar estadios tempranos de la enfermedad, cuyo tratamiento es técnicamente sencillo y de costo moderado, evitando así los grados invasivos y la muerte; han resultado tan exitosos los programas de detección precoz por Papanicolau en los países desarrollados que a este cáncer se le conoce como: "el cáncer del subdesarrollo" (16).

La alta mortalidad por cáncer cervicouterino que se tiene actualmente refleja predominantemente las limitaciones en los métodos terapéuticos actuales para las personas que acuden al médico en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando es poco lo que se les puede ofrecer. Por tanto, mientras no se cuente con formas farmacéuticas eficaces o terapias moleculares, los intentos de aminorar la mortalidad específica por cáncer deben incluir el acceso fácil de la población en peligro a procedimientos de detección primaria y diagnóstico precoz, como el Papanicolau (13).

Muchos de los esfuerzos por controlar esta patología se han centrado en investigaciones orientadas a determinar la relación existente entre algunos factores de riesgo versus la aparición de la enfermedad, así como determinar la efectividad de ciertos tratamientos para la curación. Según varios estudios, existe fuerte asociación del cuello uterino con variables demográficas como el estado marital y el socioeconómico; además, con ciertas enfermedades de transmisión sexual: Papiloma Virus 16, 18 y 31 y el Herpes Simple tipo II (29,31).

El hecho de que la enfermedad se presente a partir de la segunda década de la vida, es sugestivo que existen factores de riesgo que están interactuando antes de los 20 años, y que con mucha posibilidad lo estén haciendo en el período de la adolescencia con factores como: la edad de inicio de relaciones sexuales, la alta paridad y las enfermedades de transmisión sexual, que se han ido incrementando en los últimos años en este grupo de población (20).

En algunos de los estudios se ha establecido que la displasia evoluciona a un estadio in situ en aproximadamente 5 años y, que transcurren otros 10 para que se desarrolle el carcinoma invasor. En lo referente al tratamiento, los avances han sido mínimos; estableciendo que la enfermedad únicamente puede involucionar



cuando la misma es diagnosticada y tratada en un estadio temprano, donde se han tenido muy buenos resultados (6,31,32).

El sistema de clasificación en sí, no se utiliza para orientar el tratamiento, pero es posible prever cifras de supervivencia similares adecuadas para cada etapa con métodos diferentes de terapia eficaz; dentro de ello, de lo más reciente tenemos al Sistema Bethesda para el diagnóstico citológico cervical/vaginal, que ofrece mayor información para el citólogo pero no para el paciente, le permite al clínico obtener información más útil, esta técnica de clasificación se emplea actualmente en los laboratorios de citología de la Universidad de Chicago y es bastante útil (4, 14, 15).

1. Sistema Bethesda para el informe de datos de Citología Cervical/Vaginal, modificado:

Declaración de la adecuación de la muestra:

Satisfactoria
Menos que óptima
Insatisfactoria

Categorías generales:

Dentro de los límites normales
Otras: consulte diagnóstico descriptivo

Diagnóstico descriptivo:

Infección
Cambios reactivos y reparativos
Anormalidades de células epiteliales

- Células escamosas
 - a. Células escamosas atípicas de importancia indeterminada
 - b. Lesión intraepitelial escamosa (SIL)
 - SIL de baja gradación
 - SIL de alta gradación
 - c. Carcinoma de células escamosas

- Cambios propios de células glandulares

Neoplasia maligna no epitelial

Valoración Hormonal

B. EL PAPEL DE LA MUJER DENTRO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

Es grande la contribución de la mujer al desarrollo nacional de la salud, las mujeres desempeñan una labor mucho más importante que los hombres en la prestación de asistencia sanitaria. Así ocurre en la mayoría de los países y es un fenómeno relativamente conocido, anterior a la aparición de los sistemas

modernos de atención de salud. Como madres, esposas, abuelas, hijas o vecinas, son las mujeres las principales dispensadoras de salud, aún sin carácter oficial, en el seno de las familias y de las comunidades. En muchos países, las mujeres actúan como parteras tradicionales que atienden a las demás mujeres de la familia, muchas veces sin retribución económica y, siguen asistiendo aún hoy la mayoría de los partos. Fuera de la familia, la mujer ocupa el primer lugar en las filas de personal voluntario que trabaja en los hospitales, las clínicas de autoasistencia y otras organizaciones comunitarias. Así mismo, en muchas de las escuelas elementales de muchos países, la mayoría de los maestros son mujeres, quienes dentro de su tarea figura la enseñanza de actividades y comportamientos favorables para el mantenimiento de la salud.

Dentro y fuera de la familia, dentro y fuera del sistema de salud oficial, las mujeres superan en número a los hombres como dispensadoras de salud. En la mayoría de las sociedades las funciones de la mujer incluyen no sólo el cuidado del hogar y de la familia, sino además, son consejeras, brindan atención primaria fuera del sistema de salud, educación sanitaria y educación para la vida de la familia, colaboran para mejorar la nutrición y el abastecimiento de agua potable, el saneamiento básico, la inmunización de la madre y el niño, la planificación familiar, la lucha contra las enfermedades, últimamente se ha preocupado por la autoasistencia, autoayuda y autovaloración (37).

Se observa que en casi todos los países la tasa femenina es más elevada en el sistema de salud que en el conjunto de la población económicamente activa. En Bélgica por ejemplo, de cada 100 agentes de salud, 63 son mujeres, mientras de cada 100 trabajadoras del conjunto de las actividades laborales, sólo 30 son mujeres. En Costa Rica, el 64 % de las agentes de salud son mujeres, mientras en el conjunto la población de mujeres trabajadoras es tan sólo del 19.5 %. En Checoslovaquia, estas proporciones son de 79 y 48 % respectivamente y en Jordania, de 24 y 6 % respectivamente. En casi todos los países, cualquiera sea su nivel de desarrollo económico y social, la mayoría de los agentes de salud son mujeres, mientras la gran masa de población activa está compuesta por hombres. De hecho, las mujeres desempeñan una función crucial en el funcionamiento del sector oficial organizado de la atención de la salud en todos los países, la contribución de la mujer a la atención de la salud es abrumadoramente superior a la de los hombres (37).

A principios de los años setenta, las mujeres constituían aproximadamente el 95 % de los enfermeros de todo el mundo, el 39 % de todos los médicos, el 33 % de los farmacéuticos, el 15 % de los dentistas y el 6 % de los veterinarios; llegando a apreciar, que la mujer que trabaja dentro del sector salud, de manera oficial o no, por estar en estrecho contacto con las personas, la familia, la comunidad, puede aportar a la "educación en salud", una contribución mucho más importante que ninguna otra rama de trabajo.

VII. METODOLOGIA

A. SELECCION DEL TEMA

Al observar a Guatemala dentro de los países subdesarrollados, donde la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino ha ido cobrando dimensiones cada vez mayores; las que podrían disminuir notablemente si se logra aumentar las coberturas del Papanicolau, como ya se ha conseguido en algunos países desarrollados. Para ello debe tomarse en cuenta a las mujeres que trabajan en el sector salud, como colaboradoras para la divulgación y promoción de este examen, ya que se conoce la importancia que tiene la mujer para la educación en salud.

Al analizar esta situación, surge la interrogante de que si en realidad las mujeres que trabajan en el sector salud poseen el hábito de realizarse el Papanicolau, para educar con el ejemplo al resto de mujeres y disminuir las consecuencias socioculturales y económicas que actualmente representa para el país el cáncer cervicouterino.

Se revisa la literatura nacional existente y al no encontrar respuesta a la interrogante planteada, se decide la realización del presente trabajo de investigación.

B. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio pertenece al tipo observacional descriptivo.

C. OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de este estudio es el hábito que poseen las mujeres que trabajan en el sector salud de realizarse el Papanicolau.

D. SUJETO DE ESTUDIO

Comprende a todas las mujeres que trabajan en el sector salud pública del Departamento de Sacatepéquez y a las mujeres docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se incluye al Departamento de Sacatepéquez por su comodidad en cuanto a su localización geográfica y conveniencias económicas personales de la investigadora.

E. CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujer mayor de 15 años que sea docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que ya haya iniciado vida sexual.
- Mujer mayor de 15 años que trabaje en el Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez, que tenga atribuciones en educación para la salud, que ya haya iniciado vida sexual.

F. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Extranjera.
- Con diagnóstico previo de cáncer cervicouterino.
- Con historia de Histerectomía.
- Que declare tener menos de 6 años de haber iniciado vida sexual.

G. VARIABLES

1. Variables Universales:

Edad, sexo y ocupación.

2. Variables Nominales:

Voluntad, deseo, hábito e inicio de vida sexual.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
VOLUNTAD	Facultad suprema exclusiva del hombre, es una imaginación espontánea de actos que van a realizarse, un tipo determinado de conocimientos. Es libre, puede el hombre realizarlo u omitirlo luego de buscar los pros y los contra en un acto (22).	Declara haber decidido con toda libertad hacerse el Papanicolau, ya sabía de los beneficios que este examen representaba y tenía idea de las molestias que le ocasionaría.
DESEO	Movimiento enérgico de la voluntad hacia el conocimiento, posesión o disfrute de una cosa, arranca de su propia naturaleza y se completa después de su reflexión (8).	Reflexiona sobre continuar realizándose el Papanicolau en el futuro, a intervalos menores de 2 años, con toda libertad y conocimiento de los beneficios y molestias de este examen.
HABITO	No es innato, es una adquisición de cada hombre, existe sólo en aquellos que lo han logrado fijar por la repetición de actos, produce doble ventaja: facilidad para la acción y refuerza la facultad activa. Para su adquisición es necesaria la repetición de un acto, que luego el hábito espontáneamente producirá. Tiene por finalidad hacer obrar en forma fácil, rápida, agradable y segura (22).	Mujer mayor de 15 años que luego de haber iniciado vida sexual, asistió a realizarse el Papanicolau voluntariamente, se lo va realizando en más de 2 ocasiones con intervalos menores de 2 años entre cada uno de los exámenes y posee el deseo de continuar realizándoselo.
INICIO DE VIDA SEXUAL	Conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital, satisfacción por medio de las estimulación de las distintas zonas eróticas (9).	Afirma ya haber tenido relaciones íntimas con un hombre, habiendo penetración.

H. RECURSOS

1. Materiales:

I. Económicos:

- Gastos varios: Q 600.00
- Impresión de tesis: Q 900.00

II. Físicos:

- Libros, artículos y revistas consultados en la bibliografía, hoja de encuesta.
- Máquina de escribir, computadora.
- Bolígrafos, lápices, borradores, fotocopias, hojas de papel bond, hojas para computadora.

2. Humanos:

- Bachiller y ejecutora de la tesis.
- Mujeres que trabajan en el Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez.
- Mujeres Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

VIII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se le informó a cada una de las entrevistadas sobre el tipo de investigación que se realizaba y sobre la forma en que ellas podían colaborar brindando datos fidedignos libremente, asegurándoles que toda la información que ellas proporcionarían sería profesionalmente confidencial y utilizada dentro un estudio autorizado.

11. EJECUCION DE LA INVESTIGACION
GRAFICA DE GANNIT

Actividades	SEMANAS														
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

ACTIVIDADES

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.- Elección del asesor y revisor.
- 3.- Recopilación de material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto.
- 5.- Aprobación del proyecto por la institución donde se trabajará.
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
- 7.- Diseño del instrumento a utilizar en la investigación.
- 8.- Ejecución del trabajo de campo.

ACTIVIDADES

- 9.- Procesamiento de los datos.
- 10.- Análisis y discusión de los resultados.
- 11.- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- 12.- Presentación del informe final para correcciones.
- 13.- Aprobación del informe final.
- 14.- Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 15.- Defensa pública y defensa de la tesis.

X. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de los datos se realizó en: Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; Hospital para Ancianos Fray Rodrigo de la Cruz de Antigua Guatemala; 3 Centros de Salud (Antigua Guatemala, Santiago Sacatepéquez y Alotenango); la Jefatura de Area del Departamento; 15 Puestos de Salud en los Municipios (Santo Tomás Milpas Altas, Jocotenango, San Luis Pueblo Nuevo, Pastores, Santa Lucía Milpas Altas, Magdalena Milpas Altas, San Lucas Sacatepéquez, San Bartolomé Milpas Altas, Sumpango, Santa María Cauqué, Santa Catarina Barahona, San Antonio Aguas Calientes, Santa María de Jesús, Ciudad Vieja, y San Miguel Dueñas; y, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; luego de la autorización de cada uno de los encargados de estas dependencias.

La persona que se encargó de recolectar la información asistiendo a cada uno de estos lugares, fue la autora de la investigación, para lo cual se realizó una de entrevista con cada una de las mujeres de la población a estudio, donde se solicitaba su colaboración para realizar este estudio y se planteaba lo beneficioso que sería si contásemos con datos confiables y actuales sobre el tema.

En primer contacto, la entrevistada fue por lo general afable, accesible y colaboradora, situación que en la mayoría de las veces fue desapareciendo al escuchar el nombre del tema, momento en el que se les explicaba la privacidad que tendrían sus respuestas y la importancia que representaba el que éstas fueran verdaderas, por la utilidad que como mujeres tiene este tipo de estudio, no sólo para ellas, sino para las generaciones futuras. Al ser convencidas, luego de contestar, un buen grupo colaboró motivando a las compañeras a participar y explicándoles el tipo de estudio; hubieron personas que interesadas en el tema, contaron anécdotas tanto propias como de amigas, en su mayoría relacionadas con el tema.

De las 31 mujeres a quienes no se pudo entrevistar, 22 pertenecen a la Facultad de Ciencias Médicas y 9 pertenecen al Sector de Sacatepéquez; a algunas de ellas no se logró localizar y hubo un pequeño grupo que se negó a contestar; algunas los hicieron abiertamente, con gestos ademanes y comentarios fuera de lugar; otras argumentaban el encontrarse muy ocupadas en ese momento y durante las próximas semanas; hubo quienes se dedicaron a realizar una serie de tareas que nunca desempeñaban ni llegaron a concluir; otras se encerraban hasta que alguien les avisaba que ya me había marchado; el resto, sabiendo que les esperaba al fin de sus actividades, éstas no terminaban y, al terminar el horario de trabajo, salían apresuradas negándose a continuar hablando de cosas de salud.

Los datos así recolectados, fueron tabulados e interpretados, dando lugar a las conclusiones y recomendaciones, que a continuación se exponen.

XI. PRESENTACION DE RESULTADOS

La población estudiada es de 241 mujeres, de las cuales se entrevistaron 210, 183 laboran en el Sector de Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez y 27 Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; su distribución por ocupación/profesión es la siguiente:

CUADRO N° 1

PROFESION/OCUPACION DE LAS ENTREVISTADAS			
SECTOR SALUD PUBLICA DEPARTAMENTO SACATEPEQUEZ		DOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS USAC	
Médicas	3	Médicas	20
Enfermeras Graduadas	36	Arquitectas	1
Auxiliares de Enfermería	106	Químico Biólogas	6
Trabajadoras Sociales	12		
Secretarias	23		
Wiferas	3		
TOTAL	183		27

Las 210 entrevistadas están comprendidas entre las edades de 18 y 65 años, siendo la distribución por grupos etáreos la siguiente:

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE LAS ENCUESTADAS		
INTERVALOS EN AÑOS	N° CASOS	PORCENTAJE
18 - 20	10	7
21 - 29	59	27
30 - 39	82	39
40 - 49	49	23
50 - 59	8	3
60 - 65	2	1
TOTAL	210	100

De estas 210 mujeres, 152 (72 %), ya han iniciado vida sexual; 108 (71 %), tienen más de 6 años de haberla iniciado y el promedio de ello es de 14 años.

Dentro de las encuestadas hay 26 (12 %), que refieren no saber los beneficios que representa el Papanicolau; 128 (61 %), que ya se han realizado este examen y el promedio de ello de 10 años; el tiempo que ha transcurrido entre la realización de uno y otro es el siguiente:

CUADRO N° 3

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA REALIZACION DE UNO Y OTRO PAPANICOLAU POR LAS ENTREVISTADAS		
TIEMPO EN MESES	CASOS	PORCENTAJE
0 - 6	4	3
7 - 12	50	39
13 - 18	24	19
+ DE 24	50	39
TOTAL	128	100

Las causas referidas por la entrevistada para realizarse el examen, son las siguientes:

CUADRO N° 4

CAUSAS POR LA QUE SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAU LAS ENTREVISTADAS			
EL MEDICO O PERSONAL DE SALUD LE INSISTIO, COMO PROTOCOLO DE EMBARAZO		LE PARECIO UTIL, DE BENEFICIO Y LO HIZO LIBREMENTE	
N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE
38	30	90	70
TOTAL: 128 = 100 %			

De ellas 127 (99 %), refieren saber de los beneficios que representa el Papanicolau; 95 (74 %), ya se lo han realizado en más de 2 ocasiones y 124 (97 %), manifiestan el deseo de continuar realizándose.

Algo inesperado dentro de las 58 mujeres que no han iniciado vida sexual, fue el encontrar a 8 (14 %), que ya se han realizado el Papanicolau, la mayoría se lo han hecho en 3 ocasiones, con un promedio de 7 años de haber iniciado esta práctica por primera vez; 7 de ellas han tenido intervalos mayores de 24 meses entre cada examen y sólo una manifiesta el deseo de no continuar realizándose. Las 8 saben de los beneficios que representa y, la causa referida para realizárselo fue la siguiente:

CUADRO N° 5

CAUSA POR LA QUE SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAU LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL			
MEDICO O PERSONAL DE SALUD LE INSISTIO		LE PARECIO UTIL, DE BENEFICIO, LO HIZO LIBREMENTE	
N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE
2	25	6	75
TOTAL: 8 = 100 %			

XII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La población femenina de Guatemala, no le ha brindado la importancia debida al examen de Papanicolau, que hasta la fecha es el procedimiento de tamizaje de elección, para la detección del Cáncer Cervicouterino, desde sus estadios tempranos, que ofrece alta sensibilidad y especificidad, a bajo costo.

En el desarrollo del estudio algunas de las entrevistadas fueron obligadas a contestar las preguntas, por influencia del resto de las compañeras que ya lo había hecho y personas de mayor jerarquía, que tan solo pretendían colaborar con el estudio.

Se observó desagrado en la mayoría de las mujeres para abordar este tipo de temas, existiendo poca accesibilidad para brindar datos sobre su vida sexual, y hasta cierto punto, vergüenza de admitir el que no se realizan el Papanicolau, aunque formen parte del sector salud del país y sepan de los beneficios que este examen representa.

En los países en desarrollo las enfermedades transmisibles son aún la principal causa de morbimortalidad en la población; sin embargo, el cáncer cada año aumenta frecuencia, como es el caso de Guatemala, debido a que la sociedad está cambiando rápidamente como resultado de la urbanización e industrialización, que se combina con una esperanza de vida cada vez más alta. Pronto el problema del cáncer demandará medidas especiales para limitar el daño dentro de la población femenina.

Algunas de las entrevistadas comentan casos de personas conocidas, entre ellas personal médico y paramédico que laboraban con ellas, que en los últimos años han fallecido por Cáncer Cervicouterino, lo que manifiesta cierta resistencia a realizarse el Papanicolau en este grupo de mujeres; que podría explicar lo ineficaces que han sido las campañas para la detección temprana del cáncer cervicouterino, que aparte de ser esporádicas, es lamentable que no alcancen las coberturas deseadas, por lo que el carcinoma invasivo en estadios II y III es diagnosticado con mayor frecuencia; ya que las mujeres, posiblemente por factores culturales acuden en demanda de atención o son detectadas hasta cuando presenta manifestaciones clínicas, gran parte de ellas mujeres menores de 50 años, con un pronóstico totalmente desfavorable.

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad progresiva que se inicia con cambios intraepiteliales pre malignos que se pueden detectar precozmente con la citología; que debido a sus manifestaciones tardías constituye una enfermedad que silenciosamente ataca al organismo de muchas mujeres. La alta mortalidad por cáncer cervicouterino que se tiene actualmente, refleja predominantemente las limitaciones en los métodos terapéuticos actuales, para las personas que acuden al médico en etapas avanzadas, cuando es tan poco lo que se les puede ofrecer. Los avances en tratamiento han sido mínimos, estableciendo que la enfermedad sólo puede involucionar cuando es diagnosticada y tratada en un estadio temprano, donde se han tenido muy buenos resultados.

El 39 % de las mujeres que se realizan el Papanicolau, lo hacen en intervalos mayores de 2 años; hay algunas otras mujeres que han dejado transcurrir más de 6 años desde la última vez que se lo realizaron, afirmando en un inicio que es

por falta de tiempo, pero luego, al analizar la situación de manera crítica, se culpa a lo desagradable e incómodo de este examen, a que el resultado de los anteriores ha sido normal y que desde el último, no han presentado ninguna molestia.

Aunque algunos beneficios se han obtenido actualmente con la educación dirigida a la mujer, informándole de los signos del cáncer cervical, tal enfoque no disminuirá significativamente la mortalidad por esta causa, a menos que se acompañe de un intento más activo de detectarle en sus estadios tempranos. Los programas de detección del cáncer han surgido como respuesta a los resultados desalentadores del tratamiento de los casos avanzados y a la conciencia de lo distante que se encuentra la prevención como un fenómeno poblacional de impacto sobre el problema. En una campaña de tamizaje efectuada en la Costa Sur por la Liga Nacional Contra el Cáncer en 1,980, se demostró que sólo el 16.6 % de las mujeres participantes habían tenido citología previa.

El hecho de que la enfermedad se presente a partir de la segunda década de la vida, es sugestivo de que existen factores de riesgo que están presentes antes, como: la edad de inicio de las relaciones sexuales, la alta paridad y las enfermedades de transmisión sexual; situaciones que se han ido incrementando en los últimos años en este grupo de población. En Guatemala, en 1,985 el 16 % de los nacimientos ocurrió en madres menores de 20 años y el 79 % en el grupo entre los 20 y 30 años.

Dentro del grupo de mujeres solteras entrevistadas, todas negaron el haber iniciado vida sexual, aunque por comentarios de otras, ya habían tenido experiencia en ello; respuesta que podría ser tan solo un deseo de no admitir públicamente una realidad, que dentro de la cultura guatemalteca no es aceptada.

El grupo estudiado tiene 14 años en promedio de haber iniciado vida sexual, dato interesante si se toma en cuenta que esta población inició a los 16 años de edad su vida sexual, cosa que niegan las entrevistadas menores de 30 años, posiblemente por ocultar una situación que consideran vergonzosa o no aceptada por los demás.

El 30 % de las mujeres que se han realizado el Papanicolau, refieren como causa para ello la insistencia médica o del personal de salud al encontrarse embarazadas, como parte de los exámenes de laboratorio de rutina solicitados por el médico al que consultaron, pudiendo ser hasta cierto punto forzado por las circunstancias de ese momento.

Algo en lo que la mayoría de las mujeres que se ha realizado el Papanicolau coinciden, es en el considerar que este examen realmente no causa ninguna otra molestia aparte de la vergüenza que se experimenta en ese momento, contrario a los comentarios que habían escuchado anteriormente: dolor durante la introducción del espéculo, leve sangrado del cuello uterino, dolor intenso durante la palpación de anexos y fondo de saco, sensación de pesadez en el bajo vientre; en fin, ese tipo de molestias no existió, aconsejando hacer énfasis en que si se está tranquila y relajada, no existe ningún otro tipo de molestias.

Para analizar si la población estudiada ha adquirido el hábito del examen de Papanicolau, de las 128 mujeres que se han realizado el Papanicolau se irán

excluyendo las que así lo ameriten según los criterios que fueron planteados para el estudio y cada parámetro del concepto de "Hábito del Papanicolau": se excluye a 5 que tienen menos de 6 años de haber iniciado vida sexual; a 3 que ya les fue practicada Histerectomía; a 16 que tienen un intervalo mayor de 24 meses entre la realización de uno y otro examen; a 3 que no manifiestan el deseo de continuar realizándose; a 34 que se lo han realizado menos de 3 veces y a 22 que refieren como causa para realizárselo que el médico o personal de salud le insistió ó como protocolo de embarazo. Haciendo el total de 83 mujeres excluidas; de donde se obtiene que de las 210 mujeres entrevistadas, sólo hay 45 (21 %), que tienen el hábito de realizarse el Papanicolau.

Es de aclarar, que de las 8 mujeres, que sin haber iniciado su vida sexual se han realizado el Papanicolau, ninguna tiene el hábito de realizárselo.

Todo lo expuesto anteriormente, podría argumentar que la adquisición o no del hábito de realizarse el Papanicolau, es una situación eminentemente cultural: el 88 % de todas las entrevistadas saben de los beneficios del Papanicolau; el problema no radica en que no tengan conocimiento sobre este examen, ni en las molestias físicas que le puede ocasionar; entre las inconveniencias para realizárselo plantean las siguientes: falta de confianza en la institución o personal que allí labora, quien toma la muestra es muy grosero, tardan mucho tiempo en devolver los resultados, confunden las muestras o las extravían; por lo que tiene que repetirse el examen aumentando el desagradable momento.

Todas coinciden con que el problema radica en que por la región anatómica en que se realiza el examen, provoca vergüenza y desagrado para la mayoría de las mujeres, algunas de las cuales, por influencia de personas mayores parientes o conocidas no pueden admitir el realizárselo, o el haberse realizado ya, por temor a la censura, sabiendo que no es aceptado por ellas este tipo de exámenes.

Toda mujer puede llegar a adquirir el hábito de realizarse el examen de Papanicolau, sin importar el estado marital, la edad, el que haya iniciado o no vida sexual; de acuerdo con la literatura, el grupo con mayor cobertura se encuentra en el de mejor estabilidad socioeconómica y educacional, en su mayoría ladinos; pero, en este grupo de estudio: profesionales, de considerable estabilidad económica y educacional, en su mayoría ladinas sólo el 21 % de la población posee el hábito; dato alarmante si tomamos en cuenta que con todos los privilegios que tiene este grupo, un porcentaje tan bajo lo ha adquirido y, que durante los años, en sus manos se ha dejado la promoción, divulgación y educación al resto de mujeres guatemaltecas para que se realicen este examen. Hechos que nos deben de hacer reflexionar sobre un cambio de conducta: hasta que no exista algún otro tipo de examen que inclusive cada mujer pueda autoaplicárselo tomando una muestra confiable y tan solo se entregue para su estudio y diagnóstico; toda mujer debe realizarse el Papanicolau, informarse sobre él, analizar cuidadosamente todos sus beneficios y canalizar adecuadamente su legado cultural, haciendo de este examen un aliado para la conservación de la salud y de la vida misma.

XIII. CONCLUSIONES

- Las mujeres del Sector Salud incluidas dentro de este estudio, mostraron **baja aceptación para la realización del Papanicolau, evidenciándose esto en que únicamente el 21 % de la población tiene el hábito de realizárselo; atribuyéndose este hecho a patrones culturales preestablecidos.**
- De la población estudiada, el 72 % declara haber iniciado vida sexual.
- Todas las mujeres solteras dentro de la población estudiada, declaran no haber iniciado vida sexual.
- Las mujeres que declaran haber iniciado vida sexual, tienen un promedio de 14 años de haberlo hecho, lo que representa, por la edad promedio de las mujeres entrevistadas, que alrededor de los 16 años la iniciaron.
- Dentro de las mujeres encuestadas hay 128 (61 %), que ya se han realizado el Papanicolau por lo menos una vez en su vida, incluyendo aquí a 8, que declaran no haber iniciado vida sexual.
- El promedio de tiempo desde el que se ha realizado el Papanicolau la población estudiada, es de 10 años.
- El 39 % de las mujeres que se han realizado el Papanicolau, lo han hecho en intervalos mayores de 2 años; siendo muy alto el porcentaje de inasistencia a la realización del examen a intervalos aceptables para la detección temprana del cáncer cervicouterino, lo que refleja la influencia de los aspectos culturales de nuestra sociedad, sobre la conducta de las mujeres que trabajan en el Sector Salud.
- Del total de mujeres que se han realizado el Papanicolau, el 70 % declara haberlo hecho voluntariamente y el 30 % porque el médico o personal de salud le insistió en practicárselo como protocolo de embarazo. De todas ellas, el 97 % manifiesta el deseo de continuar realizárselo.
- La conducta sexual de la mujer guatemalteca está íntimamente relacionada con los patrones culturales de nuestra sociedad, lo que condiciona la adquisición o no del hábito de realizarse el Papanicolau.

XIV. RECOMENDACIONES

- Impulsar actividades educativas, donde toda mujer pueda informarse sobre el Papanicolau, sus beneficios y consecuencias al no realizárselo, llegando a ser capaz de adoptar esta conducta como parte de su cultura.
- Programar verificaciones periódicas de las modificaciones y/o cambios positivos de conducta que se han logrado a través de las actividades educativas, para evaluarlas y corregir las fallas encontradas.
- Que entre los docentes de la facultad, se discuta abiertamente este tipo de temas, actualizando conocimientos y compartiendo sus puntos de vista para luego poder influir sobre el estudiantado orientándole sobre conductas positivas a seguir para conservar su salud.

XV. RESUMEN

Con el propósito de describir si existe el hábito de realizarse el examen de Papanicolau en las mujeres que trabajan en el Sector Salud Pública del Departamento de Sacatepéquez y en las docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, se realizó el presente estudio, durante los meses de abril y mayo de 1,994. Para lo cual, se contaba con una población de 241 mujeres, de las cuales se entrevistó a 210; 183 de ellas laboran en el Departamento de Sacatepéquez y 27 en la USAC.

En el primer contacto, la entrevistada fue por lo general afable, accesible y colaboradora, impresión que en la mayoría de las veces fue desapareciendo al escuchar el nombre del tema, ya que no les agrada brindar información públicamente, relacionada con su vida sexual, todo ello producto de la influencia cultural que posee la población guatemalteca en general, situación que también se puede apreciar en el hecho que las mujeres solteras declaran no haber iniciado vida sexual y en que, muchas mujeres se niegan a realizarse el Papanicolau o a admitir públicamente que se lo hacen, por temor a la censura, que el resto de compañeras o familiares puedan hacerles por no encontrarse este tipo de exámenes, aceptado dentro del legado cultural que hasta la fecha posee la población.

Hubo un grupo de mujeres, que ya interesadas en el tema, contaban anécdotas y experiencias vividas por ellas y sus compañeras, aportando datos que fueron enriqueciendo y complementando esta investigación.

De la población estudiada, sólo el 72 % declara haber iniciado vida sexual y el 61 % se ha realizado el Papanicolau al menos una vez en su vida. Únicamente el 70 % de las que se han realizado este examen, declaran haberlo realizado voluntariamente y sólo el 21 % de las mujeres entrevistadas, tiene el hábito de realizarse el Papanicolau.

Por todo lo expuesto anteriormente; se debe educar a la población, brindarles información para que conozcan todo lo relacionado con este examen, haciendo énfasis en los beneficios y las consecuencias si no llegan a realizárselo; para lograr por convicción propia, el introducir esta práctica como parte de la cultura de la mujer guatemalteca.

XVI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación Pro-Bienestar de la Familia. Consideraciones epidemiológicas del cáncer y lesiones pre-invasivas del cuello uterino en Guatemala. Evaluación estadística descriptiva, 1,985 - 1989.
- 2.- Apxuac Díaz, Lisandro A. Creencias y conocimientos acerca del Papanicolaou del cérvix en mujeres fértiles de San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez. Tesis: (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1,989. p47.
- 3.- Bobadilla Mendía, Rosa María. Hallazgos citológicos cervicovaginales por Papanicolaou en la paciente geriátrica en el centro de atención médica integral para pensionados CAMIP. Tesis: (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1990. p52.
- 4.- Cáncer Incidence in five Continents. Vol V. IARC, Lyon, 1,987.
- 5.- Centers for Disease Control. *MMWR*, morbidity and mortality weekly report. Vol 41 No. 55-2, abril 24 de 1,992.
- 6.- Dávila Mohr, Carlos Arturo. Carcinoma ginecológico y mamario, Hospital Militar de Guatemala, revisión de 10 años. Tesis: (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. p63.
- 7.- Diccionario Enciclopédico de Medicina. 2a. Edición. López Libreros Editores. 1,964. p628.
- 8.- Diccionario Enciclopédico Hispano Americano de Literatura, Ciencia y Arte. Editorial Montaner y Simón. Tomo VI. Barcelona. 1,980.
- 9.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12a. edición. Barcelona. Salvat. 1,984. p515.
- 10.- Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Proyecto Instituto Nacional de Salud de Guatemala. Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes por cáncer para 1,994-70-85-86-87-88- y 1,989. República de Guatemala. Guatemala. 1,993.
- 11.- Dorsch Fredirick. Diccionario de Psicología. Editorial Hender. Barcelona. 1,985. pl,030.
- 12.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Secretaría General de Planificación Económica (SEGEPLAN). Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, agosto de 1,991.
- 13.- Given F. T. y H. W. Jones. Detección autoaplicada del cáncer cervicouterino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Virginia. Interamericana. 1,992. Vol 1.

- 14.- Herbst, Arthur L. Sistema Bethesda para el diagnóstico cervical/vaginal. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas*. Illinois. Interamericana. 1,992. Vol 1. (pp 21-25).
- 15.- Homesley, H.D. Revisión 1,988, de los sistemas clasificatorios de la International Federation of Gynecology and Obstetrics para cáncer endometrial y vulvar: evaluación. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas*. Carolina del Norte. Interamericana. 1,992. Vol 1. (pp 87-91).
- 16.- Instituto Nacional de Cancerología. **Guía de implantación, detección y control del cáncer cervicouterino**. Bogotá. 1,991 p89. (pp 9-19).
- 17.- Instituto Nacional de Estadística. Dirección General de Servicios de Salud. República de Guatemala, esperanza de vida al nacer. Guatemala. 1,989.
- 18.- Liga Nacional Contra el Cáncer. **Propuesta y marco teórico presupuestario para una campaña nacional de detección, prevención y tratamiento del cáncer cervical, 1,989-1,993**. Guatemala, enero de 1,989.
- 19.- Liga Nacional Contra el Cáncer. Instituto de Cancerología, departamento de prevalencia. **Programa Nacional para la prevención y educación contra el cáncer del cuello uterino en Guatemala**. Guatemala, 1,994.
- 20.- Liga Nacional Contra el Cáncer. Organización Panamericana para la Salud. Oficina Panamericana Sanitaria. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. **El cáncer cervicouterino en Guatemala, estudio de prevalencia. 1,985-1,990**. Guatemala, 1,991. p82.
- 21.- Machuca, Miguel y Eva Saso de Méndez. **Análisis de la situación salud por regiones**. Publicación Científica OPS. Vol 3. Guatemala, 1,992.
- 22.- Martínez Cruz, Abelardo. **Léxico Antropológico**. Editorial Laia. Barcelona, 1,975. p180.
- 23.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. **Red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**. Guatemala, 1,989.
- 24.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. División de Vigilancia y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. **Las enfermedades crónicas no transmisibles en Guatemala**. Guatemala, 1,990.
- 25.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. **Encuesta nacional de salud materno infantil**. Guatemala, 1,987.
- 26.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Liga Femenina Contra el Cáncer. **Resultados de la segunda campaña de citología vaginal**. Guatemala, 1,981.

- 27.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Liga Nacional Contra el Cáncer. Registro Nacional del Cáncer. Instituto de Cancerología. Cáncer en Guatemala. Guatemala, 1985. (p 91-115).
- 28.- Nana A. Apt van Ham. Activities care and support to ageint women in Africa. A Ghanaran case study. (EGM/AEWD/1,991/WP. 3,28) ag, de 1,991.
- 29.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La salud de los adultos en las Américas, factores de riesgo y condiciones de la salud. 1,989.
- 30.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Vol I y II. 1,990.
- 31.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Serie Paltex para ejecutores del programa de salud, No. 6.
- 32.- Ramos, Silvina y Edith Pantelides. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer del cuello uterino. Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Documento CEDES/43. Buenos Aires, 1,990.
- 33.- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, revista. Internacional, 2/92.
- 34.- Secretaría General de Planificación Económica. Proyecto de población urbana y rural por regiones y departamentos, 1980-2,000. República de Guatemala.
- 35.- Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Política nacional para el desarrollo y promoción de la mujer en Guatemala. Guatemala, agosto de 1,990. p64.
- 36.- Urrutia de García, Julia. Mujer y Población. Guatemala, enero de 1,992. p45.
- 37.- Pizurki, Helena y Alfonso Mejía. Función de la mujer en la asistencia sanitaria. OMS/Ginebra. 1,988. p177.

XVII. ANEXOS
**A. ENCUESTA PARA TESIS DE PREGRADO: HABITO DE PAPANICOLAU
 EN LAS MUJERES QUE TRABAJAN EN EL SECTOR SALUD.
 UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 RESPONSABLE: BR. NINETT RAMIREZ**

INSTRUCCIONES: A continuación aparecen una serie de preguntas, que debe responder con toda la veracidad del caso, se garantiza absoluta discreción en cuanto a los datos que se le solicitan. Si le surge alguna duda, pregunte con toda libertad.

LUGAR: _____ FECHA: _____
 OCUPACION: _____ EDAD: _____

1. Ya inició su vida sexual (tuvo relaciones íntimas con un hombre, habiendo penetración) _____
2. Hace cuántos años inició su vida sexual _____
3. Se ha realizado alguna vez el Papanicolau _____
4. Hace cuántos años fue la primera vez que se lo hizo _____
5. Cuál fue la causa por la que se lo hizo:
 Era un requisito para el trabajo o estudio _____
 La obligó a ir algún pariente o amigo _____
 El médico o personal de salud le insistió tanto _____
 Le pareció útil, de beneficio y lo hizo libremente _____
 No sabe el porqué, pero lo hizo _____
6. Antes de realizarse el Papanicolau ya sabía de los beneficios que este examen representaba _____
7. Antes de hacerse el examen ya le habían contado de las molestias que le ocasionaría _____
8. Cuántas veces en total se ha hecho el Papanicolau _____
9. Qué tiempo ha transcurrido entre cada uno de los exámenes realizados, (NOTA: anote cuántas veces al final de la línea):
 - Entre 0 y 6 meses: _____
 - Entre 7 y 12 meses: _____
 - Entre 13 y 18 meses: _____
 - Entre 19 y 24 meses: _____
 - Más de 24 meses: _____
10. Desea continuar realizándose el examen _____
11. Sabe de los beneficios que representa el Papanicolau _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

