



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN REALIZAR EL EXAMEN DE CITOLOGÍA
CERVICAL Y SU RELACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER
CERVICOUTERINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

M.P.S.S JIMÉNEZ VELAZCO KARLA
Matrícula: 2163025743

ASESOR
DRA. GABRIELA DEL PILAR ROMERO ESQUILIANO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN	7
TÍTULO: FACTORES QUE INFLUYEN EN REALIZAR EL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL Y SU RELACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3 MARCO TEÓRICO.....	9
HISTORIA DE LA CITOLOGÍA	9
¿QUÉ ES EL CÁNCER CERVICOUTERINO?.....	10
ANATOMÍA CORRELACIONAL.....	11
FISIOPATOLOGIA	11
TIPOS DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	12
FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO.....	13
ETAPAS DE EVOLUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.....	13
TIPOS DE CÁNCER	13
SÍNTOMAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO	13
PRUEBA DE PAPANICOLAOU	14
INDICACIONES DEL PAPANICOLAOU.....	14
PREPARACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRA.....	14
INFORME DE RESULTADOS.....	15
IDONEIDAD DE LA MUESTRA PARA SU ESTUDIO DIAGNÓSTICO.....	15
CATEGORIZACIÓN BETHESDA	15
OTROS EXAMENES DE DETECCIÓN DE LESIONES PRECANCERIGENAS DE CUELLO UTERINO.....	16
1.4 OBJETIVO GENERAL	16
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16

1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	17
1.7 METODOLOGÍA	17
1.7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	17
1.7.2 POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN	17
1.7.3 VARIABLES.....	17
1.7.4 DEFINICIONES OPERACIONALES	17
1.7.5 MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
1.8 RESULTADOS.....	22
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.....	22
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	25
HÁBITOS HIGIENICO-DIETETICOS	31
CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LA CITOLOGÍA CERVICAL	34
OPINIÓN DE LA MUJERES ENCUESTADAS SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	36
VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).....	38
RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	44
1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
1.10 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	56
1.11 ANEXO.....	58
1.12 BIBLIOGRAFÍA.....	63
CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN	69
DATOS HISTÓRICOS.....	69
ORIGEN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE SALUD.....	70
GEOGRAFÍA LOCAL.....	71
2.2.2 LOCALIZACIÓN.....	71
2.2.3 OROGRAFÍA.....	72
2.2.4 HIDROGRAFÍA	73
2.2.5 CLIMA.....	74
2.2.6 FLORA	74
2.2.7 FAUNA	74
2.3 MAPAS	75
2.3.1 MAPA DEL ESTADO.....	75

2.3.2 MAPA DEL MUNICIPIO O DELEGACIÓN	75
2.3.3 MAPAS DE CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS	76
2.3.4 CROQUIS DE LA COMUNIDAD O ZONA	76
INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ESTADÍSTICAS VITALES	77
3.1 POBLACIÓN TOTAL: PIRÁMIDE POBLACIONAL	77
3.2 POBLACIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL	78
3.3 DENSIDAD DE POBLACIÓN	79
3.4 POBLACIÓN POR LOCALIDAD O DELEGACIÓN	79
3.6 MIGRACIÓN	80
3.7 TASA DE NATALIDAD.....	81
3.8 TASA DE FECUNDIDAD	81
4. INDICADORES SOCIALES.....	81
4.1 EDUCACIÓN	81
4.2 GRUPOS VULNERABLES.....	82
4.3 VIVIENDA	83
4.3.1 ORGANIZACIÓN FAMILIAR	83
4.3.2 DISPONIBILIDAD DE AGUA.....	85
4.3.3 ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.....	86
4.3.4 ELIMINACIÓN DE BASURA.....	86
4.4 VÍAS DE COMUNICACIÓN.....	87
4.5 MEDIOS DE COMUNICACIÓN	87
4.6 NUTRICIÓN	88
4.6.1 ALIMENTOS MÁS FRECUENTES	88
4.6.2 OBTENCIÓN DE ALIMENTOS	88
4.7 ECONOMÍA	88
4.7.1 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	88
4.8 ENERGÍA ELÉCTRICA.....	88
4.9 CONTAMINANTES AMBIENTALES.....	89
4.10 RELIGIÓN.....	89
4.11 SERVICIOS PARA EL RECREO COMUNITARIO.....	89
4.12 HÁBITOS Y COSTUMBRES	89
4.12.1 FIESTAS CIVILES Y RELIGIOSAS MÁS IMPORTANTES	89
5. DAÑOS A LA SALUD.....	90

5.1 MORTALIDAD GENERAL.....	90
5.1.1 MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS	91
5.2 MORBILIDAD	107
5.2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	107
5.2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	108
5.3 BROTES EPIDEMIOLÓGICOS.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	109
CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.....	110
1. RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD	110
SERVICIOS DE SALUD.....	110
1.1 INFRAESTRUCTURA EN SALUD.....	111
1.2 INFRAESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	111
1.3 PROGRAMAS DE SALUD	112
1.4 RECURSOS HUMANOS	112
CAPÍTULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	113
1. PRODUCTIVIDAD	113
1.1 CONSULTAS OTORGADAS	113
1.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	113
1.3 CONTROL NUTRICIONAL POR GRUPOS DE EDAD.....	113
1.4 CONTROL DE EMBARAZO	113
1.5 CONTROL DE PACIENTES CRÓNICOS.....	113
1.6 ATENCIÓN Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	114
1.7 INMUNIZACIONES.....	114
1.8 DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO	114
1.9 OTRAS	114
CAPÍTULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.....	116
1.1 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA.....	116
1.2 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL.....	117
1.3 EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD.....	117
1.4 EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	118

INTRODUCCIÓN

El servicio social es una práctica que permite consolidar la formación profesional, proporcionando al estudiante un espacio de adquisición y aplicación de conocimiento, dentro de los lineamientos de la división en la atención de la salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, se define como una obligación constitucional del alumnado, que deberá realizar actividades en beneficio de la sociedad y el Estado, requisito previo para poder obtener el título de la licenciatura.

Durante el servicio social el alumno fortalece su formación académica, demuestra las aptitudes que contribuyen y apoyan actividades para responder a problemas socialmente relevantes del país. Además, desarrolla liderazgos y comienza a confrontar, retroalimentar y consolidar los conocimientos, capacidades y habilidades adquiridas durante su formación académica para aplicarlas dentro de su área laboral.

El servicio social se realiza en el primer nivel de atención de las diferentes instituciones públicas de salud en México o en el área de investigación. Durante el año se busca fomentar en el alumno conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

El presente documento muestra parte del trabajo del servicio social proporcionado en la comunidad de la Colonia del Mar ubicada en la alcaldía Tláhuac otorgado en un centro de salud de primer nivel de atención. La delegación Tláhuac, se encuentra incluida en un contexto global de alta marginalidad de la población, como consecuencia se tienen problemas sociales, económicos, culturales que repercuten en la salud de la comunidad. Por lo tanto, se debe posicionar a la salud como un derecho humano universal e impulsar la educación en el ámbito de la salud, eliminando las barreras de accesibilidad que permita disminuir las brechas de desigualdad.

La citología cervical (estudio de pesquisa oncológica) permite hacer detección temprana de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino por virus del papiloma humano (VPH). El cáncer cervicouterino representa un problema de salud pública en nuestro país.

Las creencias de las personas sobre las enfermedades influyen en sus conductas de salud, por lo que indagar sobre estas es necesario para determinar la población que requiere mayor intervención y favorecer las conductas de prevención en el primer nivel.

CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN

TÍTULO: FACTORES QUE INFLUYEN EN REALIZAR EL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL Y SU RELACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es un problema de salud mundial para las mujeres, según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, con una incidencia para el año 2020 de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes en el mismo año. (Organización Mundial de la Salud, 2022) Esta cifra es preocupante debido a que hasta un 90 por ciento tuvieron lugar en países de bajos y medianos ingresos. En México el panorama no es distinto desafortunadamente, para el 2022, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023), reportaron una tasa de defunción de 0.06 por cada 10 mil mujeres en mujeres del grupo de edad entre 15 y 29 años, estos datos incrementan en el grupo de edad entre los 30 y 69 años con una tasa de 0.86 defunciones por cada 10 mil mujeres. (INEGI, 2023)

De las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, el cáncer de mama (CaMa) y el cuello uterino (CaCu) representan el 25% de todas las defunciones por cáncer y esto no ha sido distinto desde el año 2006, donde el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El interés de realizar el proyecto sobre el impacto y la problemática del cáncer cervicouterino surge a partir de observar la desinformación y el comportamiento por parte de un grande porcentaje de las mujeres que acuden a consulta por motivos distintos a un tamizaje de citología cervical y al interrogarse sobre la realización del papanicolaou niegan el deseo de realizarlo por las experiencias negativas propias o contadas por otra mujer, además tienen desconocimiento que condicionan que las mujeres no concurran a la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Por este motivo se decide involucrarse un poco más al programa de detección del cáncer cervicouterino concientizando sobre la necesidad de darle mayor difusión de este tamizaje anual en todas las mujeres de 18 a 64 años de edad que hayan iniciado vida sexual, visualizar las barreras que se presentan por la desinformación, mitos y etiquetas que resultan posterior a un resultado anormal.

1.2 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con las cifras de los últimos años a nivel mundial y en México, el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública. El nivel de desinformación presentada por las mujeres en nuestro país nos evidencia la imperante necesidad de invitar y orientar a las mujeres que acuden al primer nivel de atención en los servicios de salud pública, sobre esta patología que se presenta en mujeres

sin importar edad y estrato social, desafortunadamente de forma tardía, sobre todo en la población que vive en vulnerabilidad social. (IMSS, 2022)

El cáncer cervicouterino se puede prevenir mediante las citologías cervicales realizadas anualmente en mujeres de edades entre los 18 y 64 años y el éxito de ello se basa en la capacidad de tomar adecuadamente la muestra, informar a la paciente la importancia del estudio, detectar y derivar para el tratamiento de las lesiones pre-neoplásicas o neoplásicas del cuello uterino. (Bravo et al., 2020). Sin embargo, a pesar de tener este tamizaje que se considera invasivo, es ambulatorio, rápido y no necesita ningún reposo posterior a su realización; y con ello descubrir un cáncer altamente prevenible, sigue causando un porcentaje alto de defunciones: una de cada diez muertes por cáncer en mujeres mexicanas, se debe a cáncer de cuello uterino, uno de los factores evidentes en este crecimiento del cáncer se debe al crecimiento acelerado de la población, inicio de vida sexual a edad temprana, múltiples parejas sexuales, influencia cultural y religiosa, acceso a la salud, la transición epidemiológica (Ginsburg et al., 2020); la incidencia se ha incrementado a 18.1 millones de casos nuevos en el año 2020, según del Informe de GLOBOCAN 2018. Con un estimado de 570,000 casos y 311,000 muertes en 2018 en todo el mundo, esta enfermedad se ubica como el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia y la cuarta causa principal de muerte por cáncer en las mujeres; el 85% de los totales, en países en vías de desarrollo, por tanto, representa un indicador de desigualdad, ya que la mortalidad tiende a concentrarse en las regiones menos favorecidas con una tasa de incidencia de 18.8 en países desarrollados frente a 11.3 en países subdesarrollados por 100 mil mujeres y una mortalidad de 5.2 en países desarrollados contra 12.4 en países subdesarrollados, lo que nos indica que el factor socioeconómico afecta directamente la mortalidad hasta un 50% (GLOBOCAN, 2022).

En México, según datos encontrados en una gaceta del Instituto Mexicano del Seguro Social de epidemiología (IMSS, 2022), para el año 2020 tenemos cifras de un estimado de 9 mil 439 nuevos casos y 4 mil 335 muertes por cáncer cervicouterino, indicándonos una tasa de incidencia de 12.6 y mortalidad de 5.7 por 100 mil mujeres, aunque se menciona una disminución importante en la incidencia comparada desde el 2012. Se destaca en el reporte el estado de la república con mayor tasa de mortalidad es Chiapas con un 19.7 por 100 mil mujeres, posteriormente le siguen Quintana Roo 17.7, Morelos 16, Yucatán 15.6, Veracruz 14.4, Oaxaca 13.5. (Sánchez et al., 2021). El programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC) es una herramienta instituida como tamizaje que permite de manera temprana localizar resultados anormales en el cérvix de las mujeres que ya iniciaron vida sexual y que se encuentran en el rango de edad entre 18 y 64 años para darle un seguimiento y tratamiento precoz para evitar llegar al cáncer cervicouterino y así disminuir la morbimortalidad por esta causa. Existen varios factores que impiden la realización del Papanicolaou, entre los que destacan la oportunidad perdida de ofrecerles el servicio a las mujeres de esta edad, la falta del recurso material y humano, la distancia que existe entre su domicilio y los centros de

salud, la condición socioeconómica, la falta de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y la importancia de realizarse el estudio, la vergüenza de mostrar los genitales al personal de salud sobre todo si es un médico o enfermero, la edad, el miedo a un resultado negativo y la sensibilización de los pacientes con el personal de salud. Por ello el interés del estudio de los factores que influyen en la decisión de realizarse o no el papanicolaou, el posterior seguimiento en el primer nivel de atención para mejorar la prevención del cáncer cervicouterino. Del mismo modo, conocer las percepciones acerca del cáncer, con un enfoque social que toma en cuenta todos los factores que resulten en esta investigación que contribuya a lograr una intervención de calidad para las mujeres. (Sánchez et al., 2021)

1.3 MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE LA CITOLOGÍA

Por los años 1924 y 1925, en Alemania, en el hospital universitario de la clínica para mujeres, en Bonn, un grupo de médicos se involucró en la elaboración de un libro sobre cáncer cervical y a uno de ellos, al Dr. Hans Hinselmann, se le invitó a participar. Hinselmann, para estudiar cuidadosamente los cambios morfológicos que el cáncer producía en el cérvix, ideó un aparato que aumentaba de tamaño lo observado a simple vista y fue así como diseñó un instrumento al que, posteriormente, le puso el nombre de colposcopio. (Alonso De Ruiz, 2018) Terminada la guerra, el Dr. Hinselmann, continuó difundiendo la utilización del microscopio específicamente en Argentina y Uruguay, en el sur de Brasil. Por la misma época, en Viena, el Dr. Walter Schiller, patólogo interesado en el diagnóstico del cáncer de cérvix y con el uso del colposcopio, pensó que tal vez los colorantes vitales podrían ayudar en la identificación del tejido con cambios neoplásicos. Basándose en el conocimiento de que el tejido neoplásico carece de glucógeno, aplicó solución de yodo yodadura, utilizada anteriormente por el Dr. Jean Guillaume Auguste Lugol, como un antiséptico, logrando diferenciar el tejido neoplásico que es yodo negativo contra el positivo que sí pinta con la tinción. Al procedimiento se le denomina tinción de Schiller y al reactivo solución de Lugol. (Moreno, 2014).

Pocos años después en Rumania, también en 1928, en donde el Dr. Aurel Babes publicó un artículo sobre los hallazgos celulares del cuello uterino en las neoplasias, titulado: "*Diagnostic du cancer du col uterine par le frottis*". Por otro lado, el Dr. George N. Papanicolaou, quien presentó uno de sus trabajos sobre el hallazgo de células neoplásicas en los extendidos celulares obtenidos del exudado vaginal, en una reunión titulada: "Tercera Conferencia por el mejoramiento de la raza", en Battle Creek, Michigan, en 1928 (Alonso De Ruiz, 2018), siguió laborando sobre el mismo tema, publicando algunos artículos y, sobre todo, un libro-atlas: *Diagnosis of the uterine cancer by the vaginal smear*, con el que el procedimiento tuvo mayor y muy amplia difusión. Se inició la aplicación del procedimiento para identificar tempranamente la neoplasia cervical en grandes grupos de población y, así, el tamizaje del cáncer cervical se inició en el año de 1945.

En 1948, el Dr. J. Ernest Ayre, en Canadá, interesado en la citología del cérvix, describió los cambios celulares en las lesiones precursoras del cuello uterino, describió lo que él llamó "Precancer-complex" y al mismo tiempo, ilustrando algunas células con morfología sugerente de corresponder a coilocitos (Alonso De Ruiz, 2018); diseñó un instrumento que se utiliza hasta la fecha para la toma del material celular del cuello del útero, la espátula de Ayre.

En México, el Dr. José Pedro Arzac, quien conoció los trabajos del Dr. Papanicolaou, realizó la primera publicación mexicana en la que se señala la utilidad de la citología para la detección del cáncer cervical en 1946, crea también una tinción tricrómico llamado Arzac (Arzac, 2019). Por otro lado, en 1949, la Dra. Julieta Calderón de Laguna fundó dos laboratorios de Citología, uno en el antiguo Hospital de la Mujer y el otro en el Instituto Nacional de Cancerología posteriormente en 1963, fue la organizadora del Primer Congreso de esta Sociedad, actividad que se llevó a cabo en la ciudad de México. Así mismo, fue titular de la Dirección de Lucha contra el Cáncer, en 1978 (Facultad de Medicina UNAM, 2001). Por el año de 1951 cambió el sistema para informar el resultado de la citología, del formato numérico establecido por Papanicolaou (Clases I a V) a otro que tuviera correlación con el diagnóstico anatomopatológico que se utilizaba para informar los resultados de la biopsia. (Gaona, 2014) (Gayet, 2015)

En 1953, el Dr. Alexander Meisels, nacido en Berlín, pero afincado en México debido a la persecución nazi de la segunda Guerra Mundial, estudió Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y, posteriormente, se interesó en la Citología y la estudió en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). Migró a Canadá, a Quebec, en el Hospital del Sagrado Corazón de la Universidad Laval, fundó el Laboratorio de Citología y una escuela de citotecnólogos. En 1976 publicó, junto con el Dr. Roger Fortin, médico colposcopista, los cambios citológicos y colposcópicos producidos por el virus del Papiloma humano (VPH). (Meisels&Fortin, 1976)

Los avances han sido importantes, de los últimos y más importantes se encuentra la aparición de la vacuna contra VPH, al cultivar las primeras células inmortales obtenidas del cáncer cervicouterino de una paciente, las células HELA (Skloot, 2012), tomadas de la paciente Henrietta Lacs, que murió en 1951, a consecuencia de un cáncer cervical invasor. Su muerte sobrevino al poco tiempo de que sus células se habían cultivado y siguen creciendo, volviéndose inmortales.

¿QUÉ ES EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. (Bravo et al., 2020) El precursor de este es la infección del virus del papiloma humano (VPH, por sus siglas en inglés)

transmitido vía sexual, por lo que se considera una enfermedad de transmisión sexual; aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados. Algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma que se conoce más comúnmente como verruga. (American Cancer Society, 2020) En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

ANATOMÍA CORRELACIONAL

El cuello uterino es la parte más baja del útero y es una estructura cilíndrica compuesta de estroma y epitelio. El exocérvix, que se proyecta hacia la vagina, está revestido por epitelio escamoso. El canal endocervical, que se extiende desde el orificio interno hasta el orificio externo, está revestido por epitelio cilíndrico. (Bhatla et al., 2021) El cuello uterino tiene dos partes principales: el ectocérvix y el endocérvix. El ectocérvix (también llamado exocérvix) es la parte más baja del cuello uterino que se observa durante un examen ginecológico. El ectocérvix está revestido de células delgadas y planas llamadas células escamosas; por otro lado, el endocérvix es la parte interna del cuello uterino que forma el canal que conecta la vagina con el útero. El endocérvix está revestido de células glandulares en forma de columna que producen moco. (Instituto Nacional del Cáncer,2022) Casi todos los casos de carcinoma de cuello uterino se originan en la mucosa ectocérvix o endocervical en la zona de transformación, el área del cuello uterino entre la unión escamocolumnar antigua y la nueva. (Bhatla et al., 2021)

FUNCIONES DEL TEJIDO EPITELIAL

Tienen numerosas funciones:

- Protección de tejidos subyacentes contra las abrasiones y las lesiones traumáticas.
- Transporte celular de moléculas a través de las capas epiteliales.
- Secreción de moco, hormonas, enzimas de diversas glándulas.
- Absorción de material desde la luz de los órganos.
- Control del paso de materiales entre los compartimientos del cuerpo por medio de permeabilidad selectiva de uniones intercelulares entre células epiteliales.

FISIOPATOLOGIA

La relación entre el sistema inmunitario y el cáncer se ha estudiado durante muchos años. Así, factores inmunitarios como células infiltrantes, tipo citocinas y otras moléculas relacionadas con el sistema inmunitario se han caracterizado como factores predictivos en la evolución del cáncer.

Se acepta que la inflamación, sus células y mediadores solubles están involucrados en la evolución de las lesiones cancerosas, algunas induciendo la progresión y otras induciendo la inhibición de la evolución tumoral. Existen mecanismos bien conocidos durante la inflamación que conducen al

crecimiento del tumor, estos incluyen el daño al ADN y la alteración de la matriz extracelular por especies reactivas de oxígeno y metaloproteinasas respectivamente, y la estimulación del crecimiento tumoral por citocinas como IL-1B e IL-8. Además, el sistema inmunitario durante la inflamación conduce a modificaciones tanto de las células tumorales como del microambiente. Las principales células que infiltran los tumores cancerosos y modifican su evolución son los monocitos, macrófagos y los linfocitos. Además de la relación entre inflamación y tumorigénesis, existen otras células del sistema inmunitario que producen mediadores capaces de modular la evolución tumoral. Aproximadamente un tercio de los tumores cancerosos están relacionados con la inflamación inducida por microorganismos, el HPV es un pequeño virus de ADN que puede infectar la piel, el tracto respiratorio y anogenital con la capacidad de inducir cáncer. (Osorio et al., 2020)

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común. No obstante, es importante reconocer que menos de 5% de las mujeres infectadas por el VPH contraerá cáncer cervicouterino si no tienen acceso al tratamiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2000). Tanto el sistema inmunológico innato como el adaptativo están involucrados en la defensa contra la infección por VPH.

TIPOS DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Se han identificado más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, sólo alrededor de 15 de ellos son considerados altamente oncogénicos o más estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer cérvico uterino: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. El análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de nueve países, que incluyeron a 1,918 mujeres con cáncer cérvico uterino indicó que tan sólo ocho tipos de VPH contabilizan el 95% de los casos de cáncer cervical (tipos 16, 18, 31, 33, 35,45, 52 y 58). Tan solo el VPH 16 estuvo asociado al 50-60% de los casos y el VPH 18, con el 10-12% (Soto et al., 2020)

Como ya se comentó anteriormente, el virus del papiloma humano se transmite vía sexual, sin embargo, la mayoría de las veces según la literatura se presenta, desaparece, regresa o se vuelve indetectable en un año o dos. (OPS, 2000) En más del 90% de los casos de cáncer se encuentra presente la infección por VPH, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, ello hace suponer que existen factores que están asociados directa o indirectamente con el aumento en la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras o cáncer. (IMSS, 2022) (Instituto Nacional del Cáncer,2022). El riesgo relativo es alrededor de 10 para fumar y cáncer de pulmón, 50 para el cáncer de hígado y virus hepatitis, y entre 300-400 para cáncer de cuello y VPH. (Nazzal et al., 2006)

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO

El consumo de tabaco puede influir si una mujer con displasia tiene tendencia a desarrollar un cáncer cervicouterino. La inmunosupresión, en especial la relacionada con la infección por VIH, también es un factor predisponente. Otras enfermedades de transmisión sexual como la clamidia. Algunos factores hormonales, como el parto a edad temprana, el uso de anticonceptivos hormonales y los partos numerosos también influyen. Los demás factores que se consideran asociados al cáncer cervicouterino, como la edad en que se tiene la primera relación sexual el número de parejas sexuales, pareja sexual masculina infectada por VPH, mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico, deficiencia de ácido fólico, muy probablemente sean indicadores de exposición al VPH más que factores de riesgo propiamente dichos. Otro factor modificable es una alimentación poco saludable, con una disminuida cantidad de verduras y frutas. (American Cancer Society, 2020)

ETAPAS DE EVOLUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Estadificación FIGO del cáncer de cuello uterino (2018) (Bhatla et al., 2021)

Etapa 0 o carcinoma in situ: el carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden sus tejidos más profundos.

Etapa I. El cáncer esta circunscrito estrictamente al cuello uterino.

Etapa II. Es la afección vaginal que excluye al tercio inferior o infiltración de los parámetros (ligamentos de sostén del cuello uterino) sin llegar a la pared lateral de la pelvis.

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

Etapa IV. Extensión por fuera de los límites del tracto reproductor.

TIPOS DE CÁNCER

De acuerdo con la histología se divide en dos tipos de cáncer, el cáncer epidermoide que se presenta en epitelio escamoso (95%) y adenocarcinoma en el epitelio glandular (5%). (OMS, 2022)

SÍNTOMAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO

La fase inicial del cáncer cervicouterino desafortunadamente no presenta sintomatología inicialmente, por lo que es importante realizarse el estudio de papanicolaou, los síntomas más frecuentes son en el cáncer de cuello uterino en estadio avanzado son: sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables, sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo durante el coito o el uso de diafragma, dolor durante el coito, los uréteres pueden obstruirse y si ambos uréteres son obstruidos puede presentarse anuria y uremia. El compromiso de la pared pélvica puede causar dolor ciático y, menos común, linfedema de miembros

inferiores. El crecimiento anterior del tumor en estadios avanzados de la enfermedad puede ocasionar dolor vesical y hematuria. Por extensión directa a la vejiga puede ser causa de retención urinaria y eventualmente llegar a una fistula vesico-urinaria. La extensión posterior puede ocasionar dolor lumbar, tenesmo y la formación de fistulas recto-vaginales. Al examinar el cérvix se puede apreciar rojo, friable, exofítico o una lesión ulcerada. En la palpación recto vaginal en lesiones avanzadas, puede detectarse induraciones o nódulos en los parámetros.

El cáncer de cuello de útero avanza silente, sin síntomas. Para cuando hay síntomas la enfermedad esta usualmente muy avanzada. (Soto et al., 2020)

PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou también conocida como la prueba PAP o examen de citología (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también se la denomina frotis cervical, citología exfoliativa o citología vaginal. El papanicolaou puede mostrar diversos procesos desde infecciones, inflamación, células anormales, o cáncer. El principal objetivo de esta prueba es detectar lesiones premalignas (llamada neoplasia Intraepitelial cervical (CIN) o displasia cervical), que son causadas generalmente por transmisión sexual del virus del papiloma humano (VPH) y malignas en los procesos del exocérvix y pueden conducir a cáncer invasor. Gracias a la realización de ésta la mortalidad ha reducido durante los últimos 50 años, forma parte del cuidado de la salud de la mujer. (Toziano et al., 2022)

Para la realización de la muestra hay que ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la vagina y el cuello uterino puedan ser observados y de esta forma se pueda recolectar una muestra de células con un cepillo cervical del endocérvix y exocérvix. La muestra se coloca en una lámina de vidrio y se aplica liquido fijador, se envía al laboratorio para ser examinado desde el microscopio e interpretado por un patólogo.

INDICACIONES DEL PAPANICOLAOU

Debe realizarse a mujeres mayores de 18 años y a menores de edad dentro de los tres años después de la primera relación sexual, cualquiera que ocurra primero.

Si después de tres estudios de papanicolaou anual la paciente continua con una única pareja sexual, se puede espaciar la prueba cada tres años, hay que recordar que es el tiempo que tarda el virus en desarrollar displasia leve a partir de la infección. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018)

PREPARACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRA

La muestra no debe tomarse durante el ciclo menstrual, el mejor momento es entre 10 y 20 días después del primer día del período menstrual. Dos a tres días antes de la prueba de Papanicolaou, la paciente debe evitar el lavado vaginal, la aplicación de óvulos vaginales. Presentarse con 24 horas de abstinencia sexual. No haberse realizado colposcopia en los últimos 3 días, no haberse hecho

toma de biopsia en las últimas 2 semanas. Acudir 3 meses después de un parto, cesárea, legrado, cono o histerectomía para dar tiempo a los cambios reparativos en el cuello del útero.

Si se realiza el estudio durante el embarazo, deberá ser bajo orden médica, encontrarse antes de la semana 30 de gestación, no presentar sangrado vaginal, no presentar ningún embarazo de alto riesgo, ni embarazo por inseminación artificial, no presentar membranas expuestas. La muestra no se tomará del endocérvix, sino únicamente del cuello uterino externo y la vagina. (Toziano et al., 2022)

En la postmenopausia, se sugiere aplicarse una crema a base de estrógenos intravaginal como tratamiento por tres semanas para observar células endocervicales.

INFORME DE RESULTADOS

En 1988 se crea el sistema Bethesda, patrocinado por el instituto nacional de cáncer de los Estados Unidos, es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología. Motivo por el cual se ha mantenido en desuso la clasificación de papanicolaou, debido a que no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones cérvico-vaginales. El nuevo sistema utiliza términos descriptivos, con la finalidad de esclarecerle al médico solicitante más información posible de los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico). (Cuba et al., 2019)

IDONEIDAD DE LA MUESTRA PARA SU ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Frotis adecuado: presencia de células endocervicales conservadas; células de metaplasia escamosa.

Frotis limitado: datos incompletos, material celular escaso, fijación deficiente, hemorragia, presencia de exudado inflamatorio, ausencia de células endocervicales.

Frotis inadecuado para diagnóstico por: presencia de hemorragia intensa; mala fijación.

Infecciones: Puede sugerirse a partir del examen citológico: Flora normal, Flora mixta, Gardnerella, Leptotrix, Clamidia, Tricomonas, Cándida, Otros (Herráiz, 2014)

CATEGORIZACIÓN BETHESDA

Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa.

ATIPIAS

Este término se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada.

ASCUS

Atipias epiteliales de significado indeterminado

ASGUS

Atipias glandulares de significado indeterminado

Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio

Quimioterapia

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS

Se designaron dos términos diagnósticos dentro de esta categoría:

1. **LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIE):** Incluye los casos con cambios celulares asociados con Infección del Virus del Papiloma Humano VPH y los asociados con displasia leve: NIC I
2. **LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE):** Incluye los casos con cambios celulares que sugieran displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ.

OTROS EXAMENES DE DETECCIÓN DE LESIONES PRECANCERIGENAS DE CUELLO UTERINO

Biopsia cónica o conización: La biopsia cónica operativa del cuello del útero es una cirugía para quitar tejido anormal en el cuello del útero. Este procedimiento se utiliza para eliminar células anormales, precancerosas o cancerosas del cuello del útero o del canal de cuello del útero.

Colposcopia: Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda al médico a encontrar áreas anormales del cuello uterino y luego tomarles biopsias. (Herráiz, 2014)

1.4 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que intervienen en la decisión de realizarse el examen de citología cervical y su relación en el seguimiento del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el primer nivel de atención.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores de riesgo que influyen en las mujeres de edad entre 18 y 60 años para la realización del papanicolaou.
- Contrastar los resultados obtenidos de la encuesta con los resultados citológicos en las 65 mujeres participantes en esta investigación.
- Describir la relación entre el nivel de conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino y la realización o no de la prueba de Papanicolaou.
- Valorar la asociación entre los factores de riesgo y la prueba del papanicolaou con resultado alterado.

1.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existen diferentes factores que influyen en la decisión de realizarse el papanicolaou en el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.7 METODOLOGÍA

1.7.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo por aplicación de encuesta sobre las creencias y motivos personales del estudio del papanicolaou.

1.7.2 POBLACIÓN, CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN

Se incluyeron en la población mujeres entre los 18 y 64 años que residen cerca del centro de salud del primer nivel de atención, que iniciaron vida sexual activa y solicitaron de manera voluntaria el papanicolaou, estudio de detección de cáncer cervicouterino y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron mujeres que no cumplían con la edad estipulada dentro de la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria"; pacientes analfabetas, con discapacidad física, cognitiva o mental que impidiera responder el cuestionario. Con antecedente personal de histerectomía total, infección por VPH, verrugas genitales o condilomatosis, cáncer cervical y/o citología previa con resultado anómalo.

1.7.3 VARIABLES

Variables independientes: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, orientación religiosa y seguridad social.

Variables dependientes: antecedentes gineco obstétricos (menarquia, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, número de embarazos, número de partos vía vaginal y por cesáreas, abortos, uso de métodos anticonceptivos, citología vaginal previa, antecedente de vacunación contra el virus del papiloma humano, antecedente de algún evento o síntoma ginecológico, histerectomía), quimioterapia, radioterapia, transmisión vía sexual, antecedentes heredofamiliares de cáncer cervicouterino, hábitos higiénicos-dietéticos, toxicomanías, actividad física.

Factores como percepciones subjetivas y emociones personales (vergüenza, incomodidad, temor, miedo, pereza), descuido, falta de tiempo, desinformación.

1.7.4 DEFINICIONES OPERACIONALES

Edad: lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Escolaridad: tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza, grado máximo de estudios culminados.

Estado civil: aquel que tiene cada individuo de acuerdo con la legislación matrimonial (o los usos matrimoniales) del país. Situación de las personas físicas en función de sus relaciones familiares, de matrimonio o del parentesco.

Ocupación: clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.

Orientación religiosa: el proceso que controla y organiza el comportamiento de aquellos individuos que adhieren a una religión.

Seguridad social: protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

Menarquia: aparición de la primera menstruación.

Inicio de vida sexual activa: hace referencia cuando una persona inicia o mantiene contactos sexuales, y también cuando la mantiene activa, es decir, que continúa teniendo relaciones sexuales.

Parejas sexuales: pareja en las que el componente sexual, materializado en atracción sexual mutua o práctica o perspectiva de relaciones sexuales. Dependiendo de la orientación sexual de sus integrantes, pueden distinguirse las parejas homosexuales, del mismo sexo, y parejas heterosexuales, de diferente sexo.

Embarazo: término utilizado para describir el período en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer. El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas.

Parto vaginal: es la forma de parto en la que el bebé sale del útero hacia el exterior a través de la vagina.

Parto por cesárea: alumbramiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre.

Aborto: un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de las 28 semanas de embarazo.

Métodos anticonceptivos: cualquier método usado para prevenir el embarazo.

Vacunación: la inmunización es el proceso por el que una persona se hace resistente a una enfermedad, tanto por el contacto con ciertas enfermedades, o mediante la administración de una vacuna.

Virus del papiloma humano: es un virus de transmisión sexual que contiene ADN y que infecta en especial las mucosas orales y mucosas genitales. Existen más de 240 variedades diferentes del VPH, de los cuales 15 de ellos están relacionados con el cáncer de cuello uterino, de vagina, de vulva, de ano y orofaríngeo.

Síntoma ginecológico: alteración del organismo femenino que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Citología cervical: es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

Colposcopia: procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema ópticos, de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

Histerectomía: intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Quimioterapia: tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas al organismo

Radioterapia: tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la utilización y la aplicación de todo tipo de rayos, especialmente los rayos X.

Transmisión sexual: infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual.

Cáncer cervicouterino: es el crecimiento, desarrollo y multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del epitelio de la región que conecta el útero con la vagina.

Hábitos higiénicos-dietéticos: conjunto de condiciones y medidas que deben estar presentes en todas las etapas de producción, almacenamiento, transformación, transporte, conservación y cocinado doméstico del alimento, para garantizar la salubridad de los alimentos.

Toxicomanías: hábito de consumir drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica.

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.

Factores de riesgo: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.

Percepciones: la percepción es la forma en la que el cerebro interpreta las sensaciones que recibe a través de los sentidos para formar una impresión inconsciente o consciente.

Emociones: reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante.

Vergüenza: sentimiento de incomodidad producido por el temor a hacer el ridículo ante alguien, o a que alguien lo haga.

Incomodidad: falta de comodidad

Temor: miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido.

Miedo: sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.

Pereza: falta de ganas de trabajar, o de hacer cosas, propia de la persona perezosa.

Descuido: falta de interés, atención o cuidado de una persona en lo que hace o en lo que está a su cargo o bajo su responsabilidad.

Falta de tiempo: estado mental en el que una persona cree firmemente que no tiene el tiempo suficiente para realizar acciones que debería haber realizado en el pasado, pero que, por alguna u otra razón, no logró realizarlas.

Desinformación: falta de información.

Caso sospechoso: Toda paciente con neoformaciones de aspecto verrugoso en el área anogenital.

Caso definitivo: Todo paciente con neoformaciones de aspecto verrugoso en el área genital en quien se demuestre por colposcopia, biopsia, citología exfoliativa (coilocitos), técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) la presencia de VPH o lesiones secundarias al mismo.

Biopsia: Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

Carcinoma in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Neoplasia: Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

1.7.5 MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población del estudio

Participaron mujeres mexicanas de 18 a 60 años de edad que acudieron al centro de salud a los servicios de consulta externa solicitando una citología cervical por decisión propia y voluntaria en el periodo comprendido entre el mes de mayo a junio del 2023. Que aceptaron participar en la investigación y firmaron un consentimiento informado.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La encuesta sobre las creencias y motivos personales del estudio de papanicolaou aplicada en este estudio fue construida siguiendo los lineamientos de Robert de Vellis (De Vellis, 2003) y del *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group*. (Sprangers et al., 1993) Se diseñó una encuesta basada en la revisión de la literatura para la obtención de los datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, hábitos saludables y conductas de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano y desarrollar cáncer cervical y el conocimiento previo de la existencia del virus del papiloma humano y de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Según los lineamientos EORTC, durante el desarrollo de un cuestionario se debe evitar la duplicación de esfuerzos al elaborar los *ítems*. En el presente trabajo, se construyó un banco de preguntas tipo Likert basado en la revisión de la literatura, especialmente, los instrumentos previamente validados basados en el modelo de creencias en salud. (Urrutia&Hall, 2013) (Juntasopeepun et al. 2011)

El cuestionario está constituido por 4 secciones, la primera sección sobre los datos personales como edad, seguridad social, grado máximo de estudios, estado civil, ocupación, orientación religiosa; la segunda sección sobre los antecedentes gineco-obstétricos donde se explica que los datos serán completamente anónimos, protegidos y utilizados con finalidad académica y estadística, entre ellos la menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, situación gineco-obstétrica actual, antecedentes de la vacuna contra el virus del papiloma humano, antecedente de infección de transmisión sexual, antecedentes heredofamiliares de cáncer cervicouterino, número de embarazos, de abortos, cesáreas, partos vaginales, uso de método anticonceptivos y antecedente de citología cervical previa; sección tres sobre los hábitos saludables o factores de riesgo para el cáncer cervical, como tabaquismo, alcohol, actividad física y alimentación; sección cuatro sobre la toma del papanicolaou, grado de conocimiento, creencias, y sobre el sentir de cada participante sobre el mismo y su realización.

Se creó un documento en Google *forms* para realizar el mismo cuestionario de manera individualizada con cada paciente. Se hizo una prueba piloto del cuestionario con un paciente considerando los mismos criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. El fin de esta prueba fue que la participante indicara si el cuestionario era entendible, si tuvieron algún problema al responderlo y sugirieran cambios en la redacción. Se hicieron las correcciones pertinentes al cuestionario. Se aplicó la encuesta hasta completar una muestra de 65 respuestas, al final los datos se introdujeron en un formato electrónico de uso exclusivo, soportado por *Google Drive*, construyéndose una base de datos en Excel.

Se utilizó una libreta de citologías del centro de salud donde se vacían los datos personales, datos de la prueba de citología y los resultados de estos, generando una base de datos en Excel, para posterior análisis, obteniendo resultados mencionados más adelante.

RECURSOS MATERIALES

La encuesta aplicada a 65 mujeres sobre las creencias y motivos personales del estudio de papanicolaou realizada en la plataforma de *Google forms* constituida por 4 secciones, construida siguiendo los lineamientos ya comentados anteriormente.

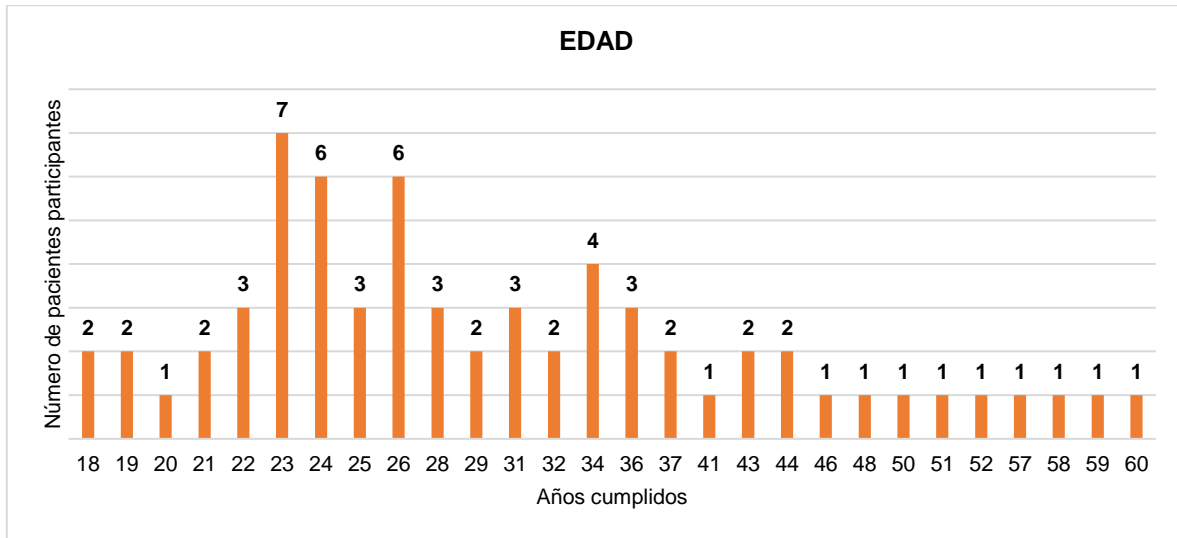
Libreta de resultados de citologías cervicales, caja con material de CEYE para toma de papanicolaou: espátula tipo Ayre, papel craft, espejo vaginal desechable o de metal, cepillo para toma de muestra, lámpara de exploración, laminillas, *spray* fijador, lápices, cama de exploración tipo ginecológica, guantes estériles.

iPad Pro (10.5 pulgadas) modelo 3D141LL/A utilizada para la aplicación de la encuesta en la plataforma *Google forms* de opción múltiple, sobre las creencias y motivos personales del estudio del papanicolaou, mediante un escaneo simple de un código QR entregado impreso previo estudio del papanicolaou.

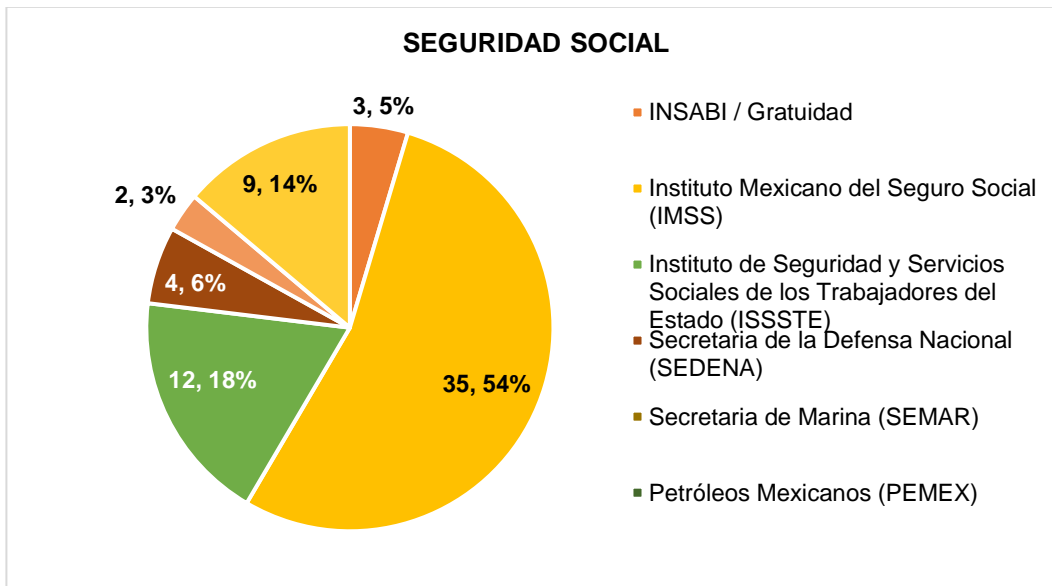
1.8 RESULTADOS

La población que participó en dicha investigación fueron mujeres mayores de edad, habitantes de la colonia del Mar de la alcaldía Tláhuac, quienes acudieron al centro de salud correspondiente solicitando una citología cervical.

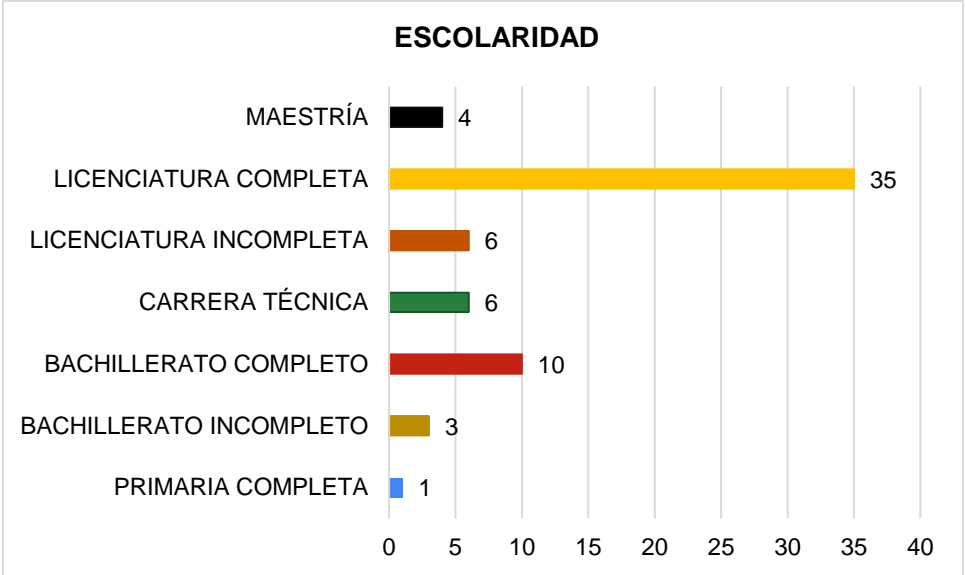
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN



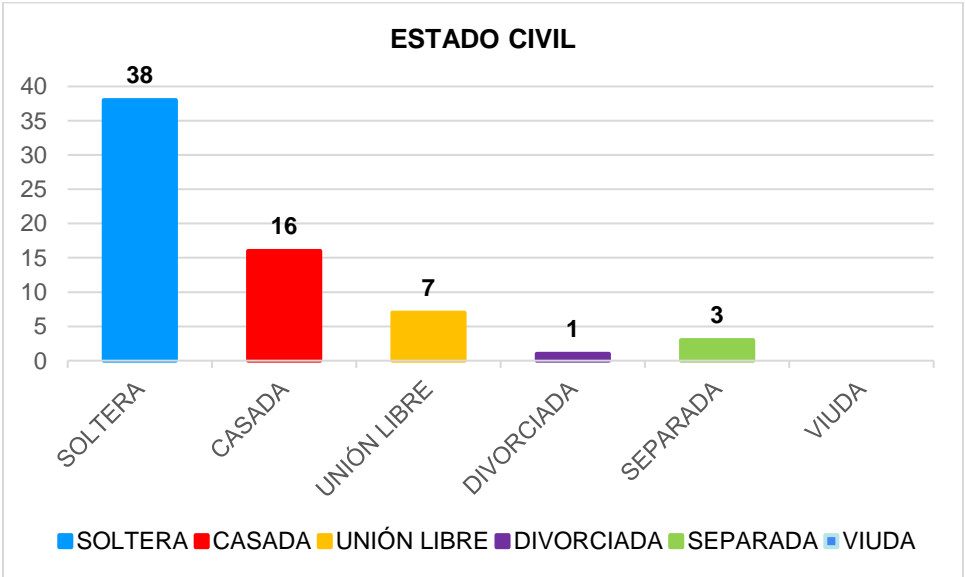
Se obtuvieron respuestas de mujeres que oscilaban entre los de 18 hasta 60 años de edad, obteniendo un promedio de 30 años, una moda de 23 años y una mediana de 34 años. Obteniendo una máxima participación del grupo entre 23 y 26 años de edad y una mínima participación del grupo de edad de 50 a 60 años con solo 7 participaciones un 10% del total de encuestadas.



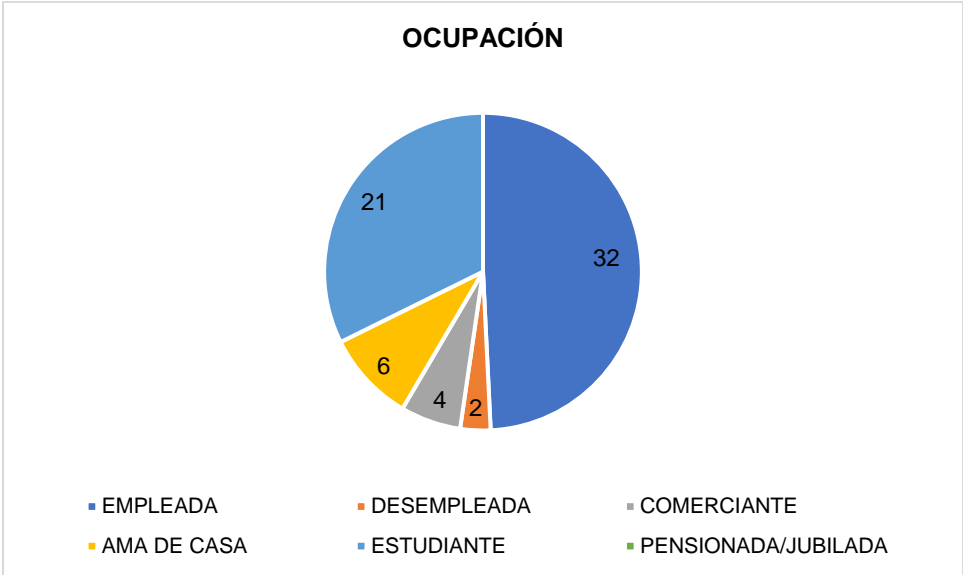
Respecto a la seguridad social con la que cuentan las participantes en este estudio se vio reflejado con un 53.8% (33 mujeres) con seguridad social en el instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido de un 18.5% (12 mujeres) con seguridad social del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE), 13.8% (9 mujeres) respondió que no cuenta con seguridad social, solo dos mujeres respondieron atenderse de manera privada cuando necesitan atención médica.



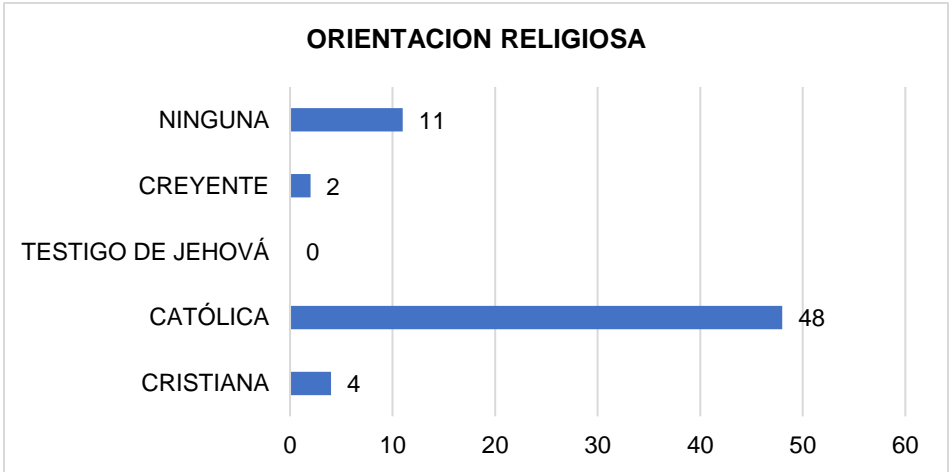
La escolaridad máxima de nuestras participantes, parece ir relacionada con la facilidad que se presenta al manejar la tecnología y la edad de las mismas, debido a que la mayoría cuenta con licenciatura completa con un 53.8% (34 mujeres), luego con 15.4% (10 mujeres) cuentan con bachillerato completo, seguido de 9.2% (6 mujeres) con grado máximo de escolaridad de carrera técnica, 9.2% con licenciatura incompleta, tres mujeres respondieron migrado máximo de estudios maestría, y únicamente una mujer con primaria completa.



El estado civil más frecuente fue soltera con un 58.5%, casadas 24.6%, en unión libre 10.8% y en menor porcentaje se encontraban separadas y divorciadas, ninguna mujer respondió ser viuda en esta encuesta.



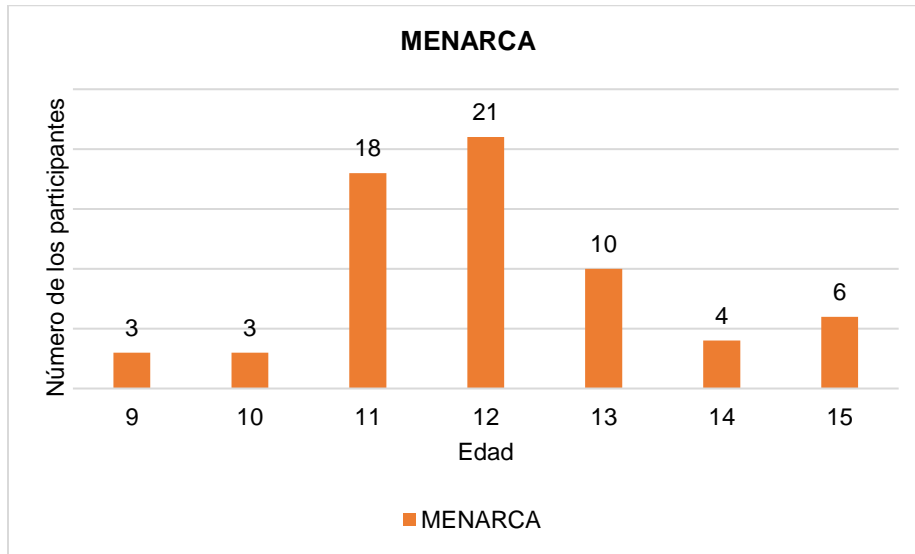
La ocupación más frecuente son empleadas en 49.2%, seguido de estudiantes 32.3%, ama de casa en 9.2%, trabajadora o comerciante en 6.2% y desempleadas el 3.2%.



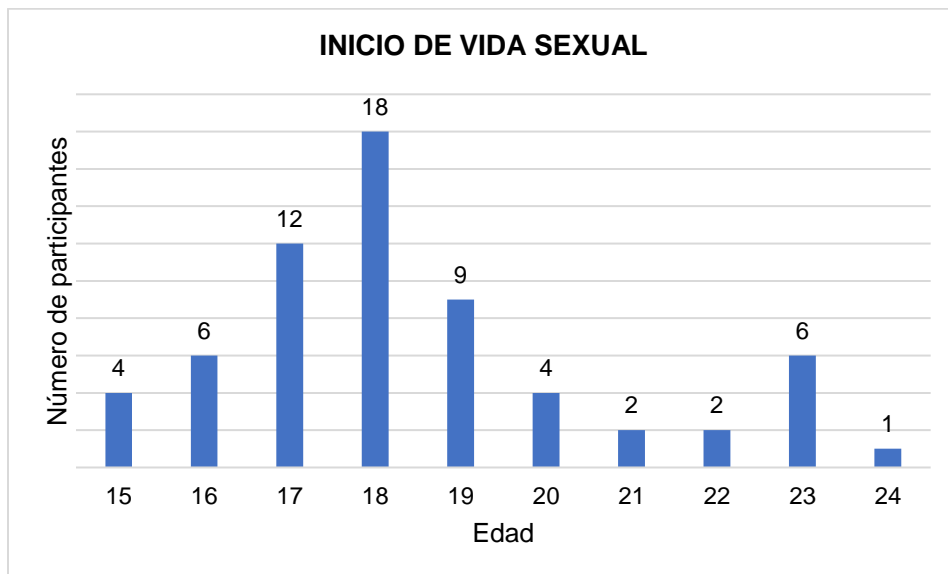
La orientación religiosa de las participantes resultó con un 73.8% católicas, 16.9% respondió ninguna, 6.2% mencionó ser de la religión cristiana, 3.1% creyente y 0% testigo de Jehová.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

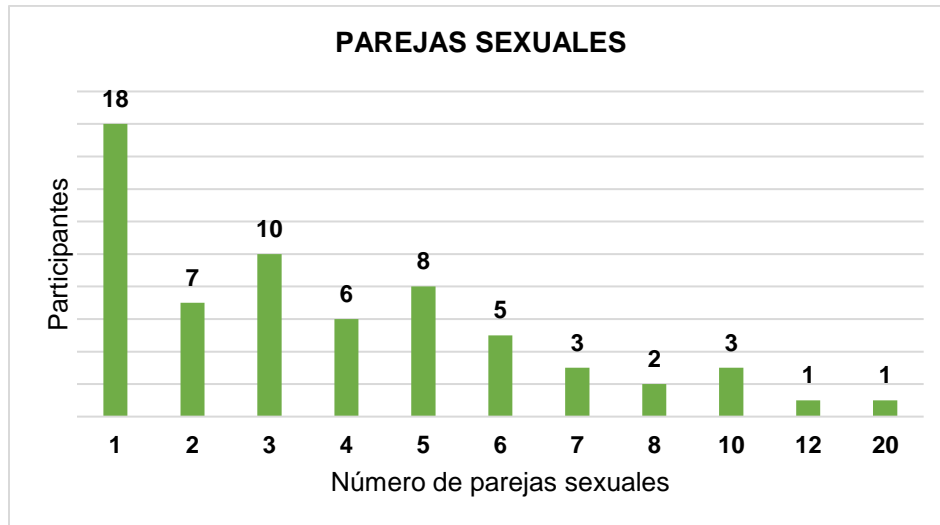
Dentro de la categoría de antecedentes gineco-obstétricos tenemos como variables importantes para la investigación: la edad de la primera menstruación o menarca, la edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales al momento, situación obstétrica actual, antecedente de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y antecedente de alguna infección de transmisión sexual.



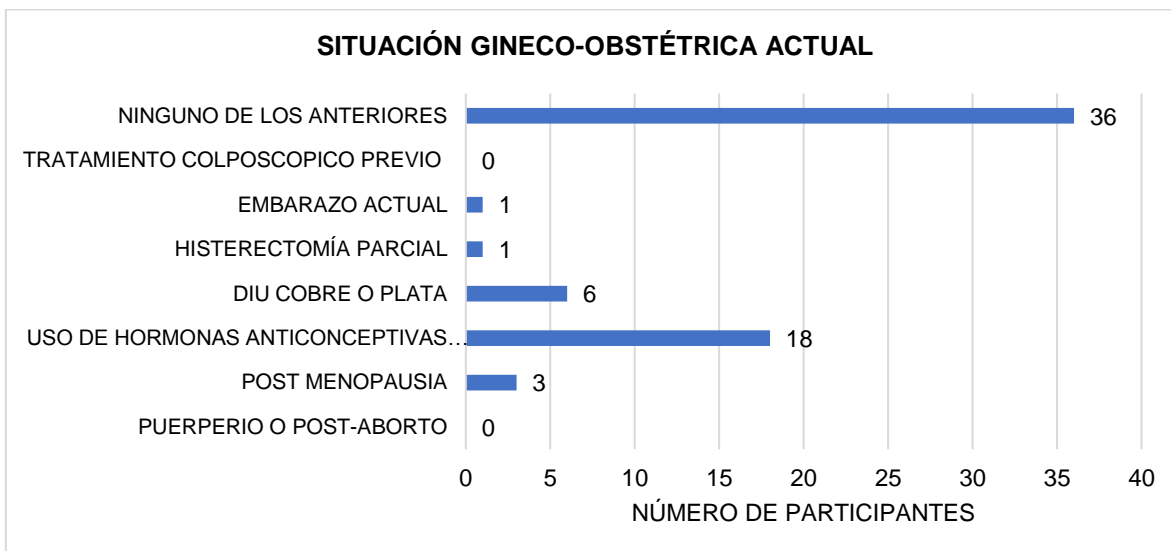
La menarca en 32.2% de las pacientes inicio a los 12 años, seguido de 27.7% a la edad de los 11 años, el 4.6% mencionó iniciar a los 9 años, el 4.6% a los 10 años, el 6.2% a los 14 años, el 9.2% a los 15 años y el 15.4% a los 13 años.



Las pacientes encuestadas respondieron haber iniciado vida sexual el 26.2% a los 18 años de edad, seguido del 18.5% a los 17 años de edad, el 13.8% a los 19 años de edad, el 9.2% a los 16 años de edad, y el 4.6% a los 15 años de edad, el 27.7% mencionó iniciar después de los 19 años.

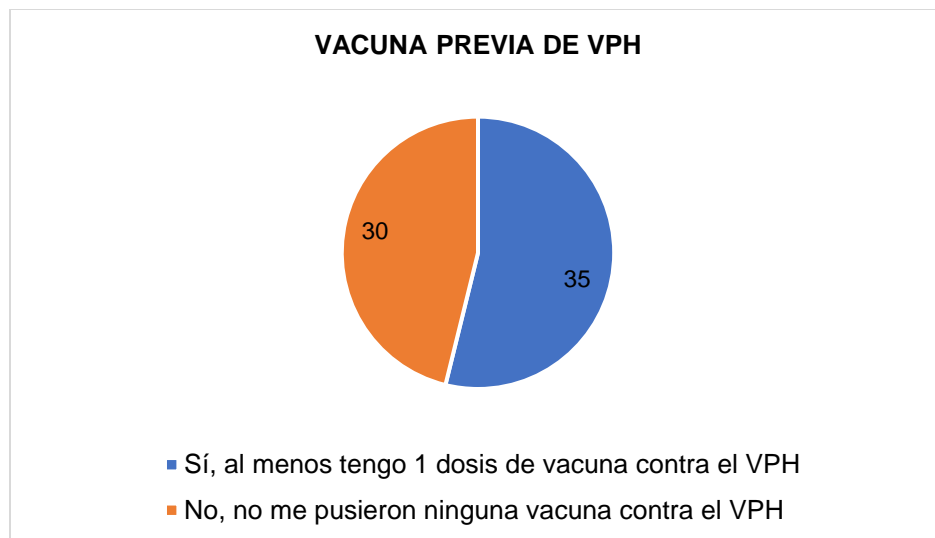


El 27.7% de las encuestadas respondió haber tenido 1 pareja sexual a lo largo de su vida, seguido del 15.3% que respondió tres parejas sexuales y 12.3% con 5 parejas sexuales.

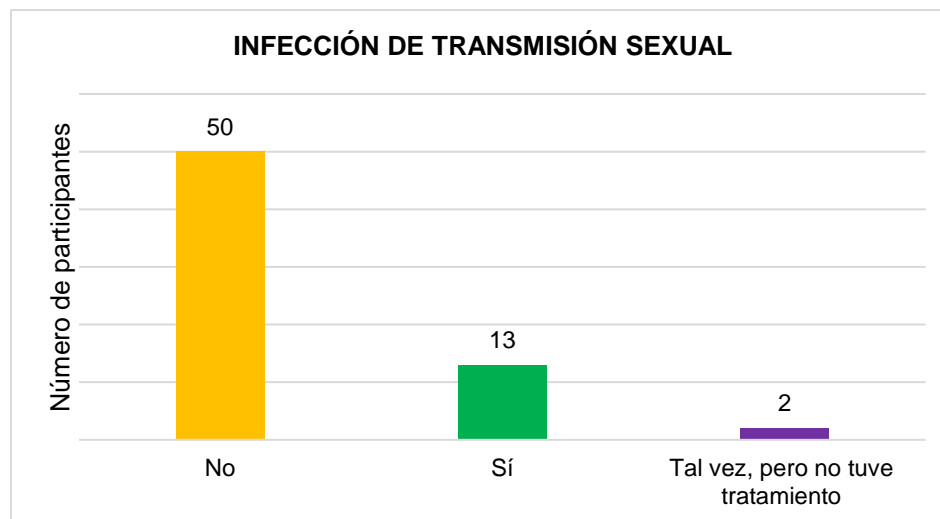


Más de la mitad de las mujeres encuestadas con un 55.4% respondieron estar sin ninguna situación ginecológica actual importante que pueda interferir o ser un factor de riesgo para alguna infección de transmisión sexual, el 27.7% respondió estar con uso de hormonas anticonceptivas, recordando que la mayoría de las mujeres se encuentran en edad reproductiva; 10% contestaron utilizar otro método anticonceptivo no hormonal (DIU de cobre o plata), con un menor porcentaje se encontró

postmenopausia en dos mujeres, embarazo actual en una mujer, e histerectomía en una mujer. Ninguna de las encuestadas respondió encontrarse con tratamiento colposcópico previo o actual.



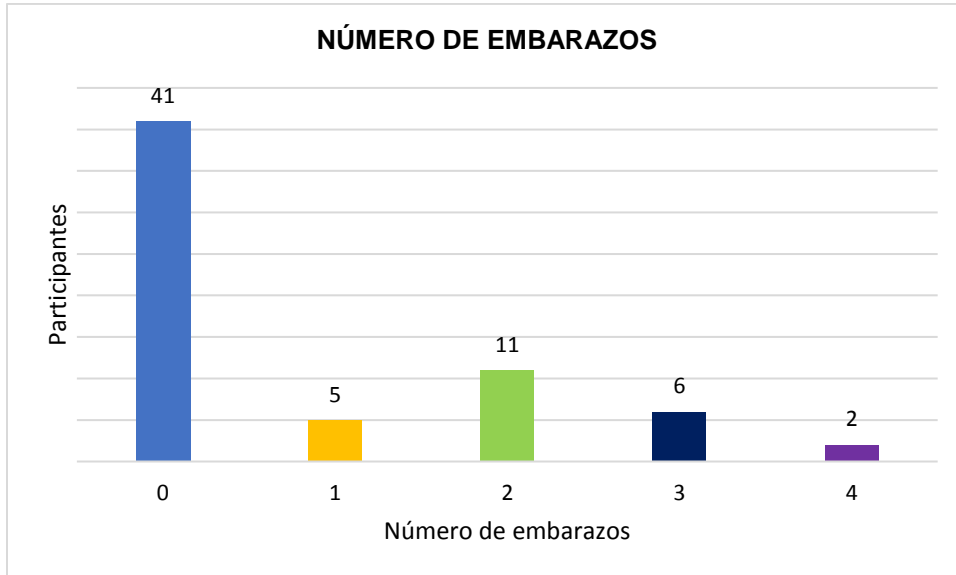
El 53.8% de las encuestadas tienen al menos una dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), el resto de la población estudiada mencionó no tener ninguna dosis.



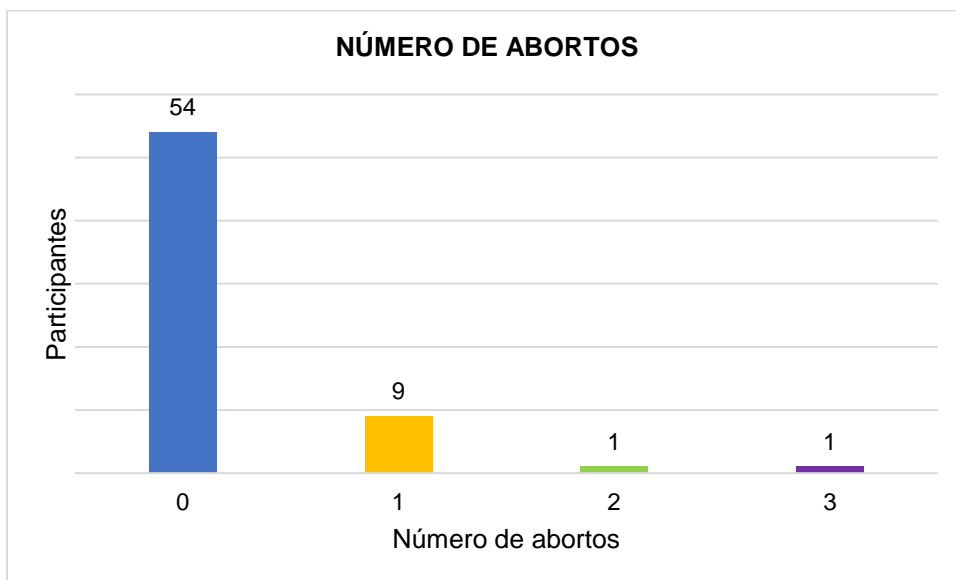
Respecto al antecedente de haber tenido una infección de transmisión sexual el 76.9% respondieron no haber cursado nunca con una infección, el 20% respondió que nunca ha tenido una infección de transmisión sexual y el resto de la población indicó que tal vez la habían cursado, pero no tuvo tratamiento.

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN EN MUJERES

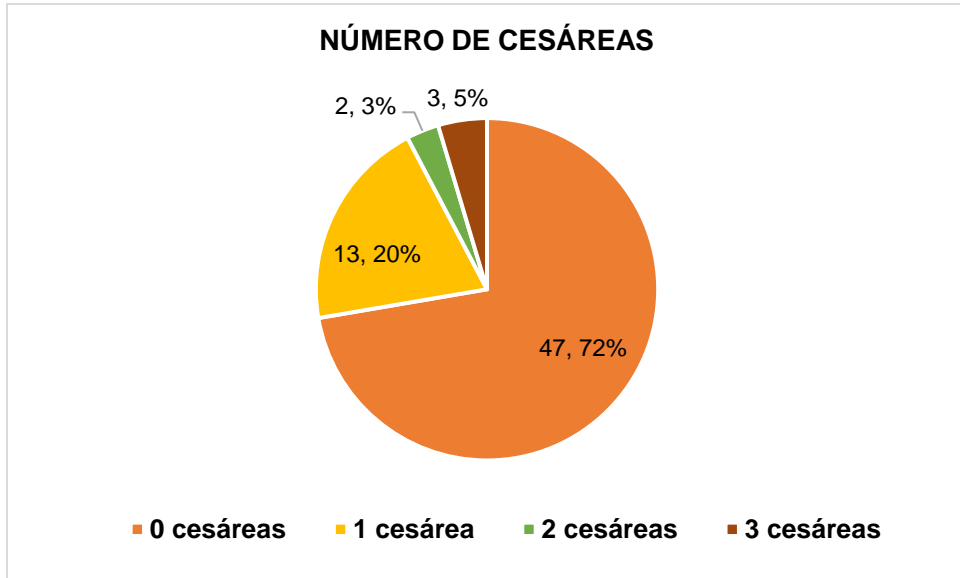
De igual forma encontramos importante conocer los antecedentes de gestaciones en las mujeres encuestadas: el número de embarazos totales (incluyendo abortos), número de abortos, número de partos vaginales, número de cesáreas.



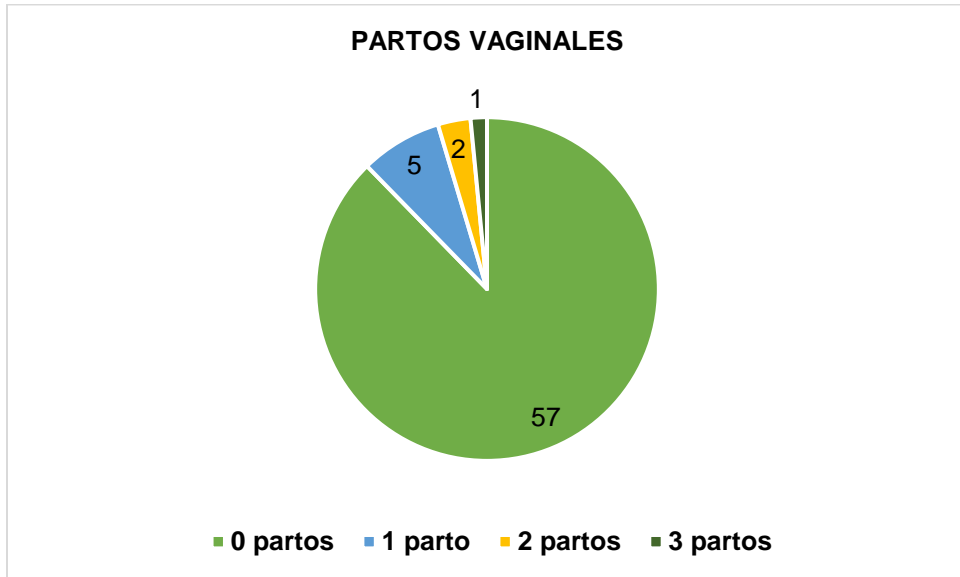
Con respecto al número de embarazos (incluyendo abortos), el 63.1% respondió haber cursado con 0 embarazos, el 16.9% han tenido 2 embarazos, el 9.2% 3 embarazos, el 7.7% 1 embarazo y el 3.1% 4 embarazos.



Predominaron las mujeres sin abortos en 83.1%, un aborto en 13.8%, tres abortos en 1.5%, dos abortos en 1.5%.



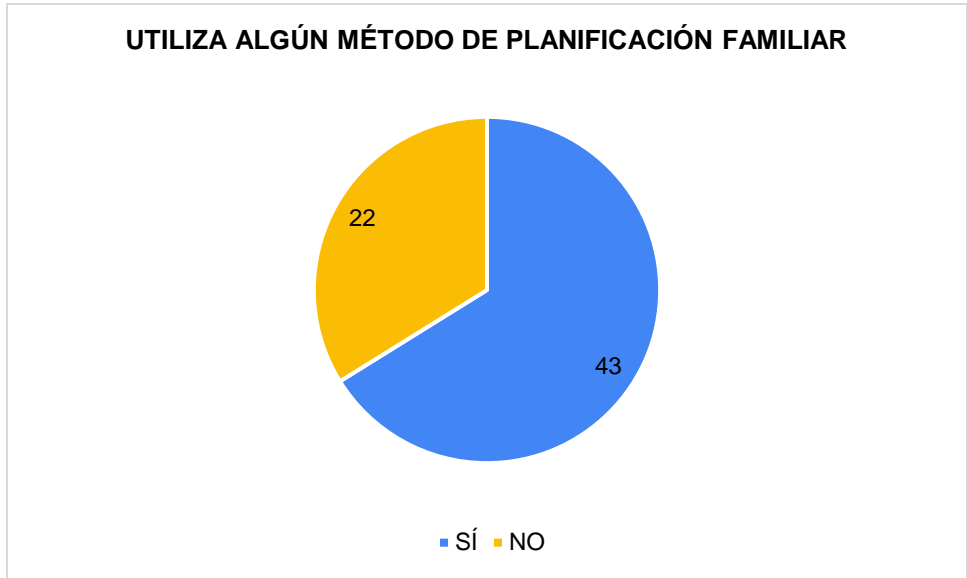
El número de embarazos resueltos por cesárea fueron 20%, en tres ocasiones el 4.6% y en dos ocasiones el 3.1%



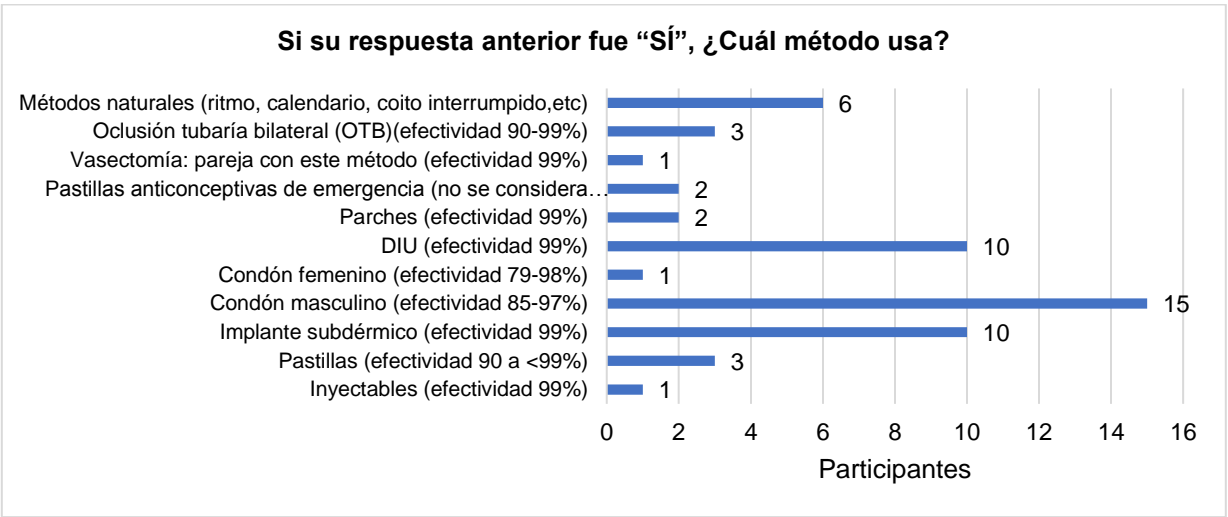
Con relación al número de embarazos resueltos por parto vaginal el 7.7% respondió en una sola ocasión, el 3.1% respondió tener resolución vía vaginal en dos ocasiones, y un 1.5% en tres ocasiones.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Conocer si las mujeres han usado o están utilizando actualmente un método anticonceptivo para planificación familiar, en caso de usarlos, se les pidió mencionaran cuál o cuáles eran los mayormente utilizados.



El 66.2% de las encuestadas mencionó utilizar actualmente un método de planificación familiar en estado óptimo y 33.8% no utiliza ningún método al momento de la encuesta.

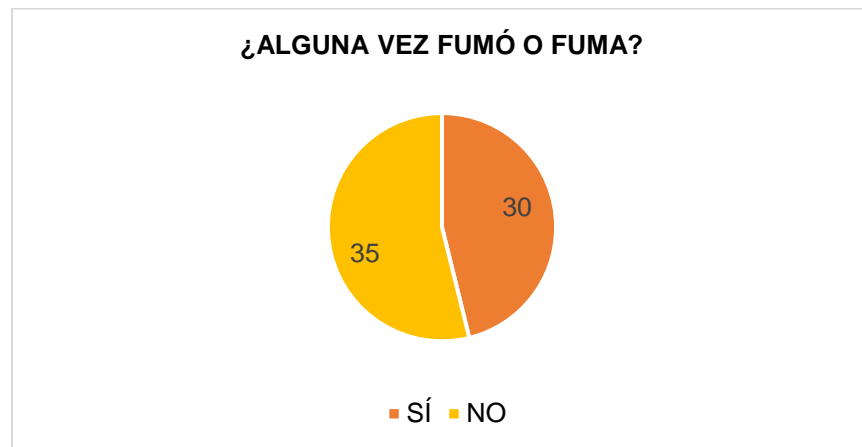


Respecto a esta última pregunta se les indicó que al responder que “sí” se especificara cuáles eran los métodos utilizados frecuentemente por las usuarias, los resultados indican que el condón masculino (método de barrera) es el más utilizado en 30.6%, seguido del implante subdérmico (método hormonal) en 20.4%, por debajo se encuentra el DIU en 20.4% de frecuencia; en menor medida se respondió utilizar métodos naturales (ritmo, temperatura corporal, coito interrumpido) como método de planificación familiar en 12.2%, el uso de pastillas anticonceptivas con 10.2%; tanto el uso de parches, como uso de pastillas del día siguiente y oclusión tubárica bilateral en 4.1% de

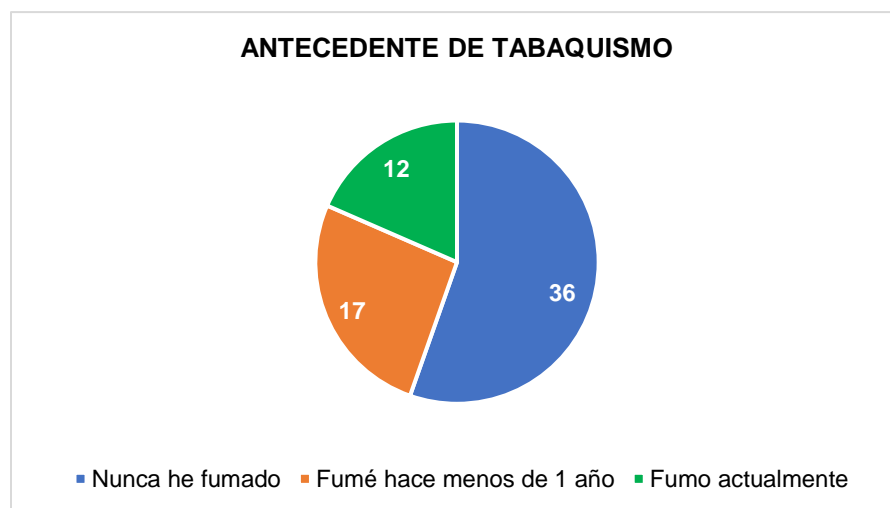
uso, seguido con menor porcentaje la vasectomía, métodos inyectables hormonales, condón femenino en 2%.

HÁBITOS HIGIENICO-DIETETICOS

Dentro de los factores de riesgo modificables y no modificables se encuentran: tabaquismo, alcoholismo, realización de actividad física, alimentación.



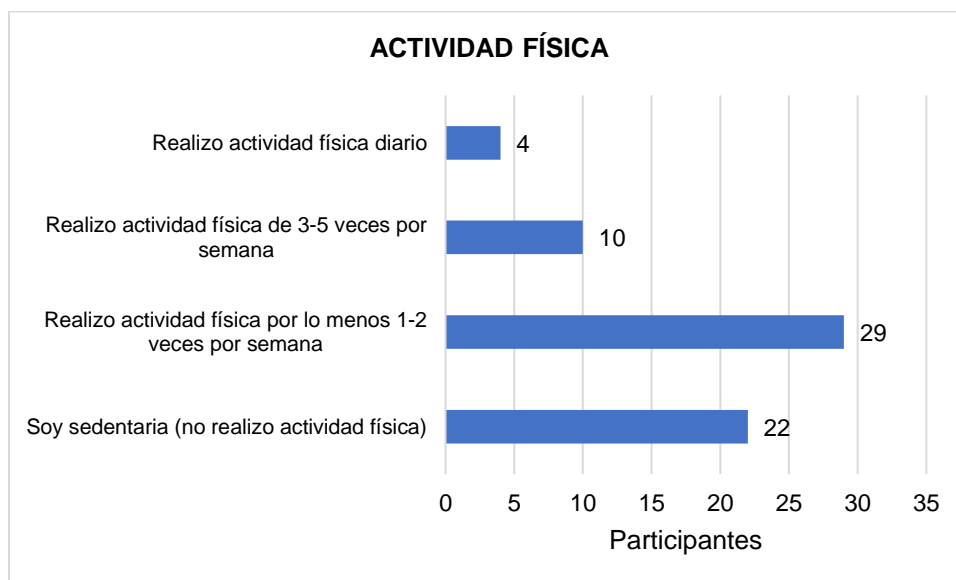
El 53.8% de las mujeres respondió que nunca ha fumado, el 46.2% por el contrario indicó haber fumado alguna vez en su vida o que actualmente continúa haciéndolo.



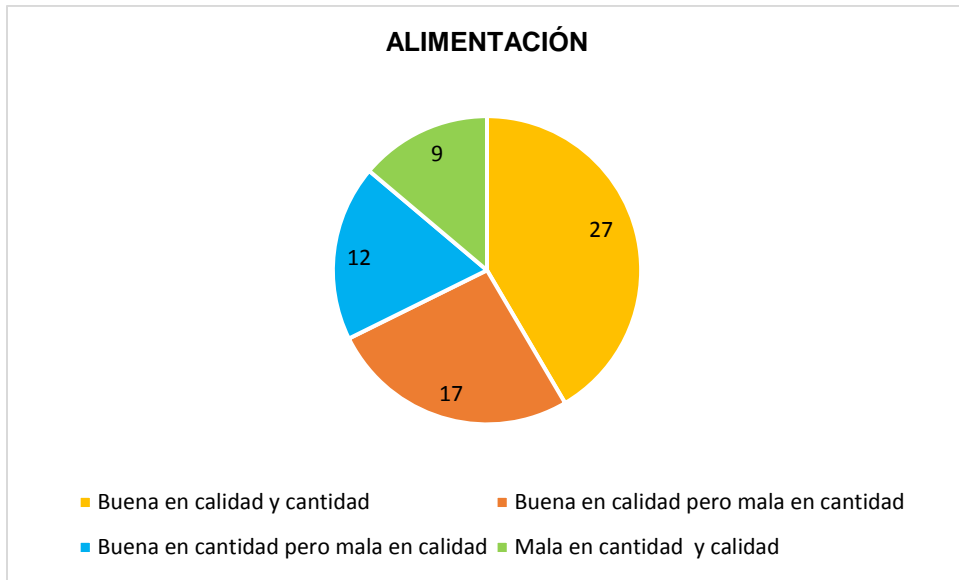
Respecto a los hábitos saludables o factores de riesgo considerados en este estudio por su importancia e impacto que tienen según la literatura, se les preguntó si se tenía el antecedente de cigarro electrónico nuevamente el 55.4% respondió que nunca ha fumado, el 26.2% respondió haber fumado hace menos de 1 año, el 18.5% respondió que fuma actualmente.



En el consumo de destilados en los últimos 12 meses, el 47.7% de las mujeres respondieron consumir alcohol por lo menos una vez al mes, el 32.7% mencionó tomar de 1 a 3 veces al mes, el 13.8% no consume alcohol y el resto de las encuestadas, es decir el 5.8% mencionó tomar de 1 a 4 días a la semana, lo cual es una frecuencia alta.



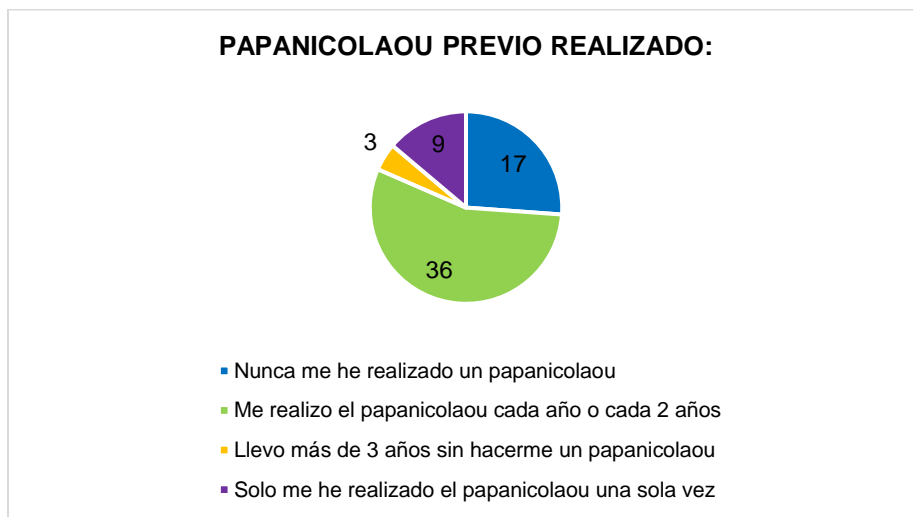
Respecto a los hábitos saludables se indagó respecto a la actividad física, el 44.6% mencionó realizar por lo menos 1 o 2 veces por semana, el 33.8% confesó ser sedentaria, el 15.4% menciona ser activa realizando actividad física de 3 a 5 veces por semana, y el resto, es decir el 6.2% realiza actividad física diario.



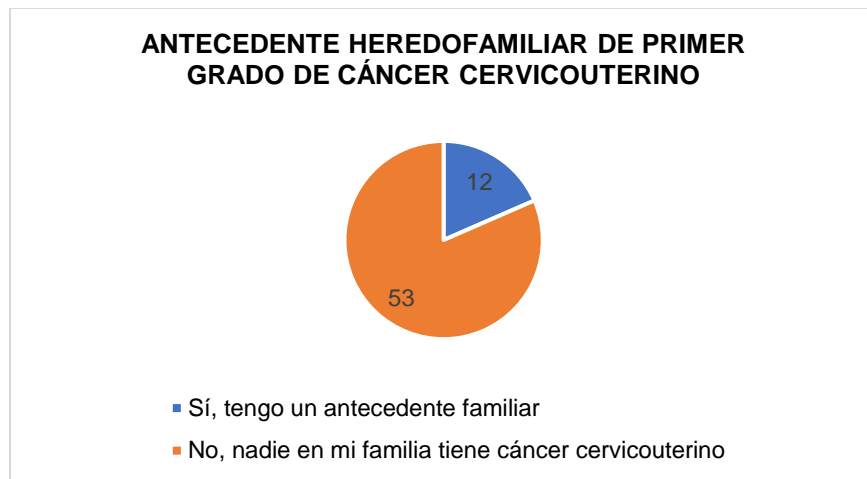
Con respecto a la alimentación, el 41.5% considera que su alimentación es buena en calidad y cantidad, el 26.2% mencionó considerar que su alimentación es buena en calidad, pero mala en cantidad, el 18.5% considera por otro lado que es buena en cantidad, pero mala en cantidad y solo el 13.8% respondió considerar que su alimentación es mala en cantidad y calidad.

ANTECEDENTE DE PAPANICOLAOU Y HEREDOFAMILIAR

Se les pregunto sobre el tema del Papanicolaou, si alguna vez se había realizado uno con anterioridad al momento de la encuesta.

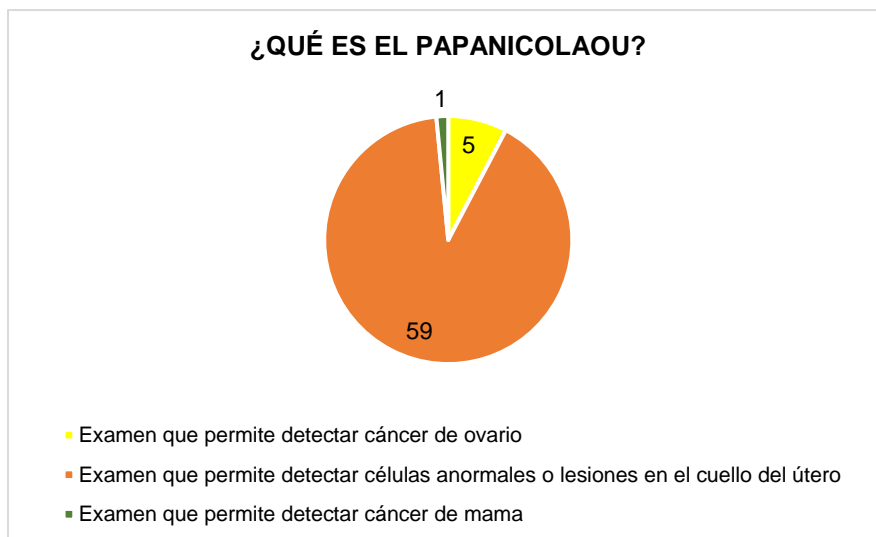


El 55.4% de las mujeres respondieron haberse realizado por lo menos cada 2 años o cada año la detección oportuna del cáncer cervicouterino, el papanicolaou. El 26.2% respondió nunca haberse realizado un papanicolaou. El 13.8% respondió que únicamente 1 sola vez en su vida se realizaron un papanicolaou. El 4.6% respondió que lleva más de 3 años sin realizarse un papanicolaou. Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentra el antecedente familiar de primer grado con cáncer cervicouterino.



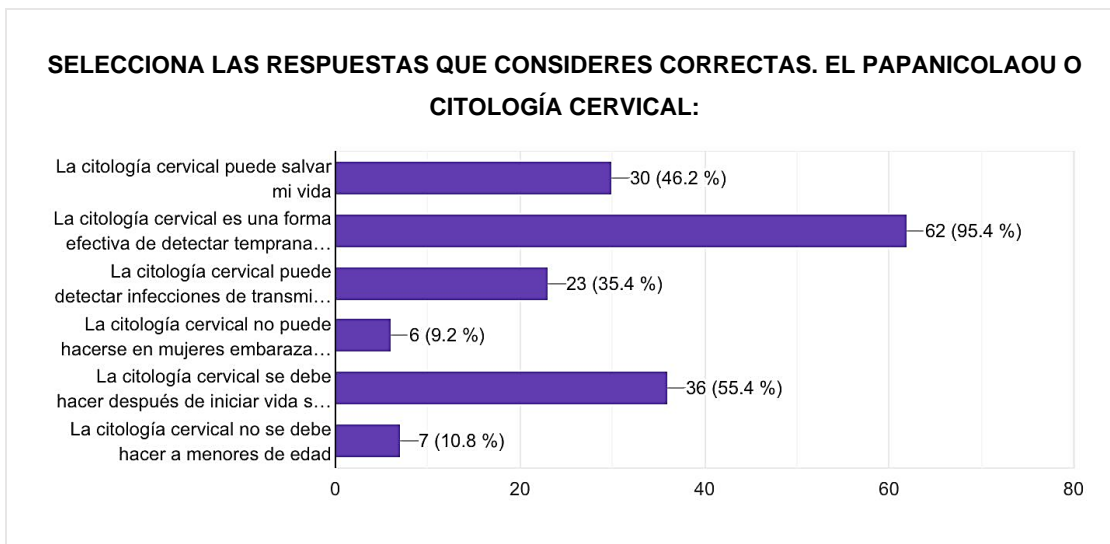
Respecto al conocimiento que se tiene respecto al tema, se cuestionó sobre qué es el papanicolaou y diversas premisas sobre lo que puede pensarse al respecto, entre ellas: que realizarse el papanicolaou puede salvar la vida, detecta de manera oportuna el cáncer cervicouterino, la presencia del virus del papiloma humano, lesiones de alto y bajo riesgo, sobre si detecta infecciones de transmisión sexual, a quienes puede realizarse el estudio y a partir de qué momento se debe realizar.

CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LA CITOLOGÍA CERVICAL

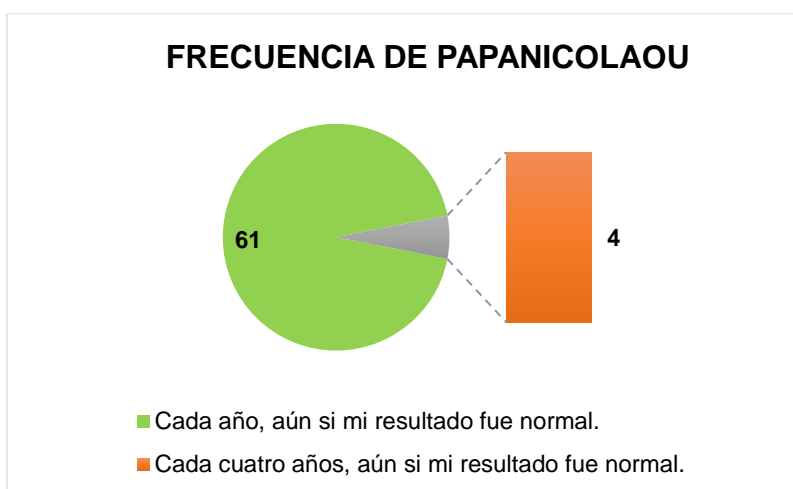


Adentrándonos al conocimiento que se tiene respecto el tema de papanicolaou y lo que pudiera derivar del mismo, se realizaron algunas preguntas donde el 90.8% respondió que el papanicolaou es un examen que permite detectar células anormales o lesiones en el cuello del útero.

El 7.7% respondió que el papanicolaou es un examen que permite detectar cáncer de ovario, y solo el 2.7% respondió que es un examen que permite detectar células anormales o lesiones en la mama.



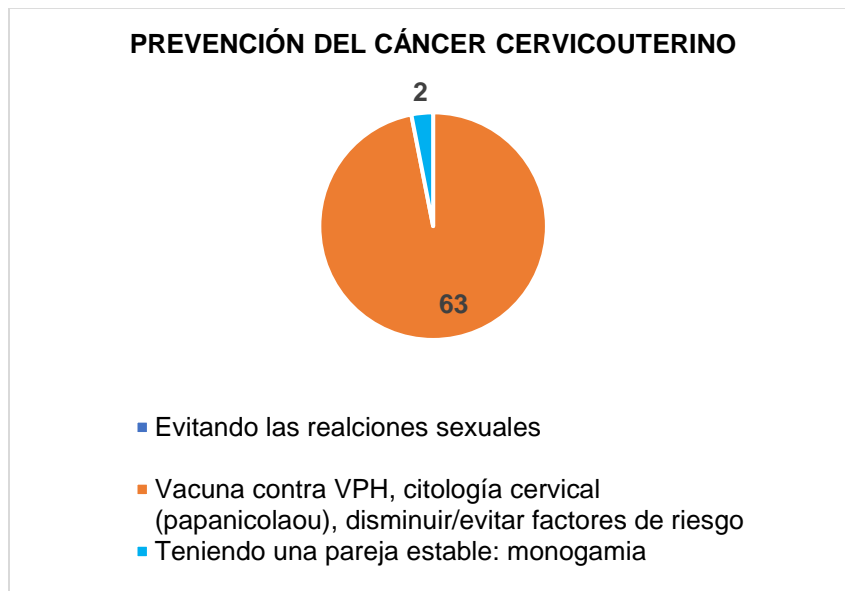
El 95.4% de las pacientes piensan que la citología cervical es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervicouterino, el 55.4% también piensa que la primera citología cervical se debe hacer después de iniciar vida sexual independientemente de la edad que se tenga, el 46.2% señala que la citología cervical puede salvar su vida, el 35.4% selecciono que la citología cervical puede detectar infecciones de transmisión sexual, el 10.8% afirma que la citología cervical no se debe hacer a menores de edad y el 9.2% afirma que no se puede realizar a mujeres embarazadas.



En cuanto a cuándo debe realizarse el Papanicolaou, el 93.8% mencionó que debe realizarse con una frecuencia de cada año, aún con un resultado normal; por otro lado, el 6.2% mencionó que debe hacerse cada cuatro años, aún si mi resultado fue normal.

PREVENCIÓN Y TAMIZAJE

Se cuestiono acerca de la prevención del cáncer cervicouterino.

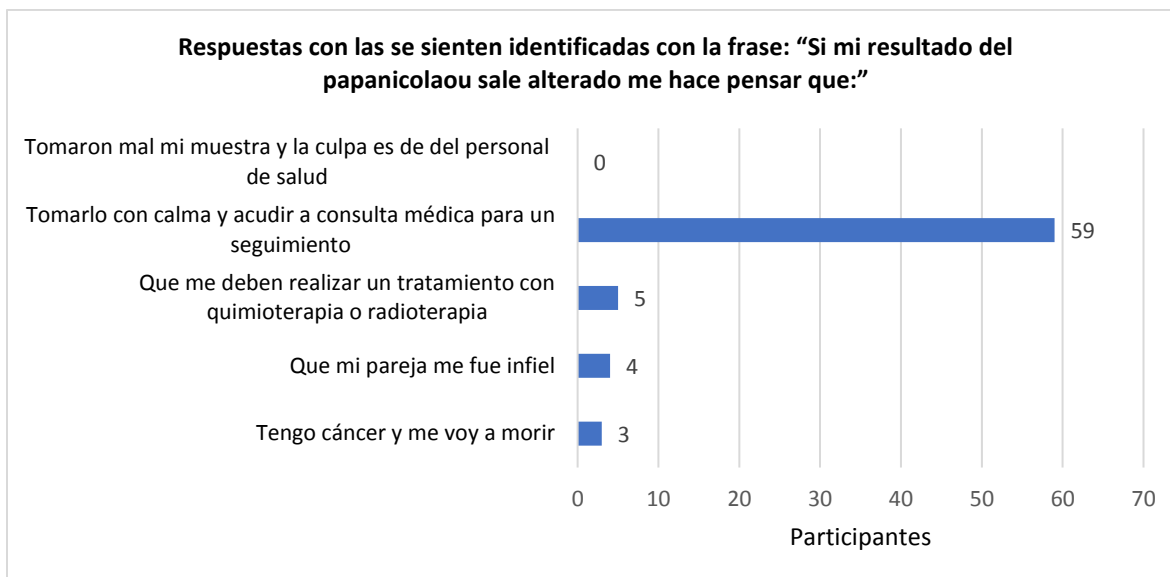


Con relación a cuál es la forma en la que se puede prevenir el cáncer cervicouterino el 96.9% respondió que la forma más eficiente es con vacuna contra VPH, citología cervical (Papanicolaou), disminuir/evitar factores de riesgo, el 3.1% respondió que se puede prevenir teniendo una pareja estable, monogámica.

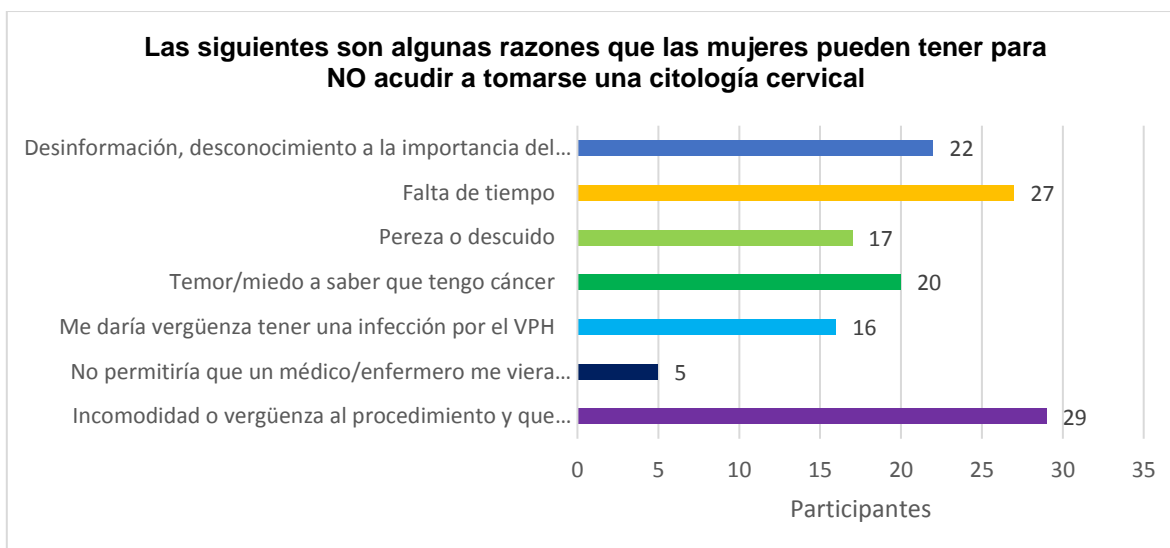
OPINIÓN DE LA MUJERES ENCUESTADAS SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

De igual forma se pregunto acerca de lo que se piensa cuando un resultado sale alterado; cabe mencionar que no se especificó que alterado significara presencia de virus detectado, lesiones de alto grado, lesiones de bajo grado o muestra inadecuada.

Respecto a un resultado anormal o alterado, el 90.8% de las pacientes consideran que deben tomar con calma el resultado, acudir a consulta médica para un seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario, el 7.7% mencionó que lo primero que piensan es que deben ser sometidas a tratamiento con quimioterapias o radioterapias, 6.2% menciona que considera que su pareja le fue infiel, y el 4.6% piensa que tiene cáncer y que se va a morir.



Acerca de los razones por las que no acudían o tenían la indecisión de realizarse un papanicolaou, se intentó plantear en rubros amplios las ideas generalizadas: incomodidad o vergüenza, no permitir que un personal del área de la salud hombre (médico o enfermero capacitado) las viera desnudas, vergüenza al enterarse que tienen una infección de transmisión sexual, miedo o temor saber que tienen el virus del papiloma humano, por pereza o descuido, falta de tiempo o desinformación respecto al tema.



Los motivos personales por los que las mujeres encuestadas no acuden a realizarse una citología cervical y con las que se sintieron identificadas fueron diversas razones, entre ellas el 44.6% refirió incomodidad o vergüenza al procedimiento y que vean sus genitales; el 41.5% por falta de tiempo;

el 33.8% desinformación, desconocimiento a la importancia del tamizaje, el 30.8% lo justifica con temor/miedo a saber que tienen cáncer, 30.8% por vergüenza a tener una infección por virus del papiloma humano (VPH), 26.2% por pereza o descuido, 7.7% porque no permitirían que un médico o enfermero hombre las vieran desnudas.

Hacerme el papanicolaou me hace sentir avergonzada	
En desacuerdo	50
De acuerdo	14
Depende del lugar y la persona	1

No me haría el papanicolaou por pereza / descuido:	
En desacuerdo	57
De acuerdo	8

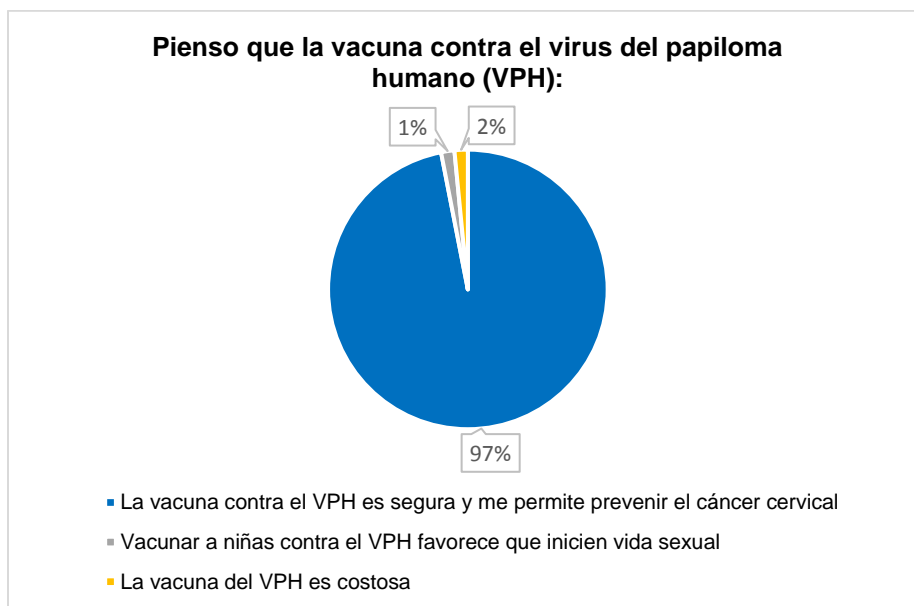
No me haría el papanicolaou por falta de tiempo:	
En desacuerdo	39
De acuerdo	26

El 76.9% está en desacuerdo con sentirse avergonzada al realizarse el papanicolaou, el 87.7% está en desacuerdo con sentir pereza/descuido para acudir a realizarse el tamizaje.

El 60% está en desacuerdo que uno de los motivos por no acudir es por falta de tiempo.

VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Se hicieron diversas preguntas, desde que se pensaba acerca de la vacuna, qué ventajas o desventajas veían al aplicarla, si se la pondrían o no, si la recomendarían o no.



Sin embargo, el 96.9% respondió que la vacuna contra el VPH es segura y le permite prevenir el cáncer cervical, el 1.6% respondió que la vacuna es costosa y el 1.6% asegura que vacunar a las niñas contra el VPH favorece que se inicie vida sexual a temprana edad.

Se vacunaría contra el virus del papiloma humano (VPH):	
De acuerdo	65
Desacuerdo	0

Recomienda a sus hijas, hermanas, sobrinas colocarse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH):	
De acuerdo	65
Desacuerdo	0

El 100% respondió que se vacunaría contra el virus del papiloma humano si les ofrecen la vacuna, el 100% recomendaría a sus hijas, hijas, sobrinas colocarse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

El 100% considera que la citología vaginal puede salvar su vida, el 98.5% está de acuerdo que el cáncer cervical o de cuello de útero puede curarse si se detecta tempranamente.

La citología vaginal puede salvar mi vida:	
De acuerdo	65
Desacuerdo	0

El cáncer cervical o de cuello de útero/matriz puede curarse si se detecta tempranamente:	
De acuerdo	64
Desacuerdo	1

Respecto a las repercusiones que representa no realizarse un papanicolaou y lo que piensan que puede significar tener reportado un resultado positivo a la presencia del virus del papiloma humano o una lesión cervical posterior a la toma del papanicolaou, se obtuvieron los siguientes resultados: El 100% asegura que la citología cervical es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervical, el 100% piensa que hacerse el papanicolaou les hace sentir bien porque significa que cuida su salud.

La citología cervical (papanicolaou) es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervical o de cuello de útero/matriz:	
De acuerdo	65
Desacuerdo	0

Hacerme el papanicolaou me hace sentir bien porque significa que yo cuido mi salud:	
De acuerdo	65
Desacuerdo	0

Con relación al cáncer cervicouterino el 98.5% afirma que es un problema serio de salud, el 93.8% respondió estar de acuerdo con que el cáncer cervicouterino puede causar la muerte, el resto de las mujeres están en desacuerdo.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud serio:	
De acuerdo	64
Desacuerdo	1

El cáncer cervicouterino puede causar la muerte:	
De acuerdo	61
Desacuerdo	4

El 92.3% está de acuerdo con que el cáncer cervicouterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía, el 92.3% está de acuerdo con que el cáncer cervical puede llevar a una mujer a tener que realizarse un tratamiento con quimioterapia o radioterapia.

El cáncer cervicouterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía:	
De acuerdo	60
Desacuerdo	5

El cáncer cervical o de cuello del útero puede llevar a una mujer a tener que realizarse un tratamiento con quimioterapia o radioterapia:	
De acuerdo	60
Desacuerdo	5

El 87.7% está de acuerdo con que el virus del papiloma humano causa cáncer cervicouterino.

El virus del papiloma humano causa cáncer cervicouterino:	
De acuerdo	57
Desacuerdo	8

El 92.3% está de acuerdo que la infección del virus del papiloma humano es frecuente, el 61.5% está de acuerdo que su pareja sexual está en riesgo de infectarse por virus del papiloma humano, el 38.5% casi una tercera parte de las mujeres encuestadas se encuentran en desacuerdo con esa premisa cuestionada.

Las mujeres encuestadas están de acuerdo en un 67.7% que el virus del papiloma humano se transmite únicamente por vía sexual, el 32.3% se encuentra en desacuerdo.

El virus del papiloma humano o VPH causa cáncer cervicouterino.	
De acuerdo	57
En desacuerdo	8

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es frecuente	
De acuerdo	59
En desacuerdo	5

Cuando se toca el tema de las formas en las que el virus puede contagiarse encontramos que las mujeres siguen con dudas, información errónea al respecto.

Mi pareja sexual está en riesgo de infectarse por virus de papiloma humano:	
De acuerdo	39
En desacuerdo	25

Cuando se toca el tema de las formas en las que el virus puede contagiarse encontramos que las mujeres siguen con dudas, información errónea al respecto.

El virus del papiloma humano se transmite únicamente vía sexual:	
De acuerdo	43
En desacuerdo	21

RESULTADO DE PAPANICOLAOU EN MUJERES ENCUESTADAS

En cuanto a los resultados de las citologías realizadas posterior a la encuesta, obtuvimos un total de 65 citologías de las mismas mujeres participantes de las cuales se obtuvieron 8 resultado de primera vez y 57 resultados subsecuentes. Asimismo, tuvimos un total de 25 citologías alteradas, cuatro de primera vez y 21 subsecuentes.

RESULTADO DE CITOLOGÍA			
	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL
ALTERADOS	4	21	25
NO ALTERADOS	4	36	40
TOTAL	8	57	65

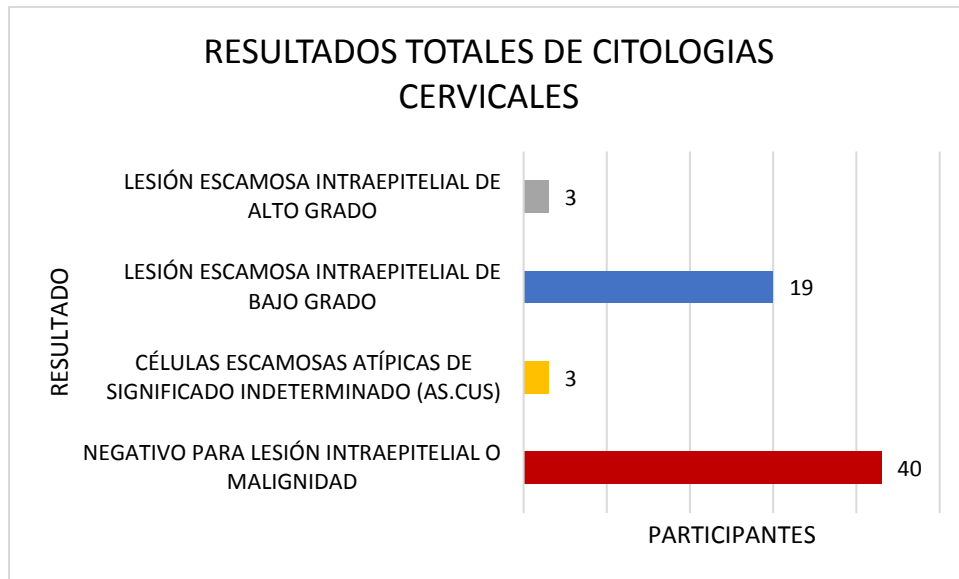
De todas las citologías realizadas tenemos un reporte de 40 resultados no alterados, notificado como negativo para lesión intraepitelial o malignidad. El segundo resultado más frecuente fue la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado en 19 mujeres participantes, seguido por una mínima proporción de tres resultados más con una descripción de células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS.CUS) y tres más con lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

RESULTADOS TOTALES DE CITOLOGÍAS CERVICALES	
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	40
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS.CUS)	3
Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)	0
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	19
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	3
Carcinoma epidermoide	0
Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)	0
Células glandulares endometriales atípicas (AGC)	0
Células glandulares atípicas (AGC)	0
Adenocarcinoma endocervical in situ	0
Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)	0
Inadecuada	0
TOTAL	65

Se clasificaron en dos categorías de primera vez y subsecuente, encontramos que el 6.1% con resultado alterado fue reportado desde el primer estudio de papanicolaou con reporte de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y lesión escamosa intraepitelial de alto grado en mujeres de 31 años y 57 años de edad respectivamente.

RESULTADOS DE CITOLOGÍAS	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL
1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	4	36	40
2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS.CUS)	0	3	3
3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)	0	0	0
4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	3	16	19
5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	1	2	3
6. Carcinoma epidermoide	0	0	0
7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)	0	0	0
9. Células glandulares atípicas (AGC)	0	0	0
10. Adenocarcinoma endocervical in situ	0	0	0
11. Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)	0	0	0
12. Inadecuada	0	0	0

Ninguna muestra tuvo que tomarse nuevamente, obteniendo cero muestras inadecuadas. De igual manera no se obtuvo ningún resultado con adenocarcinoma.

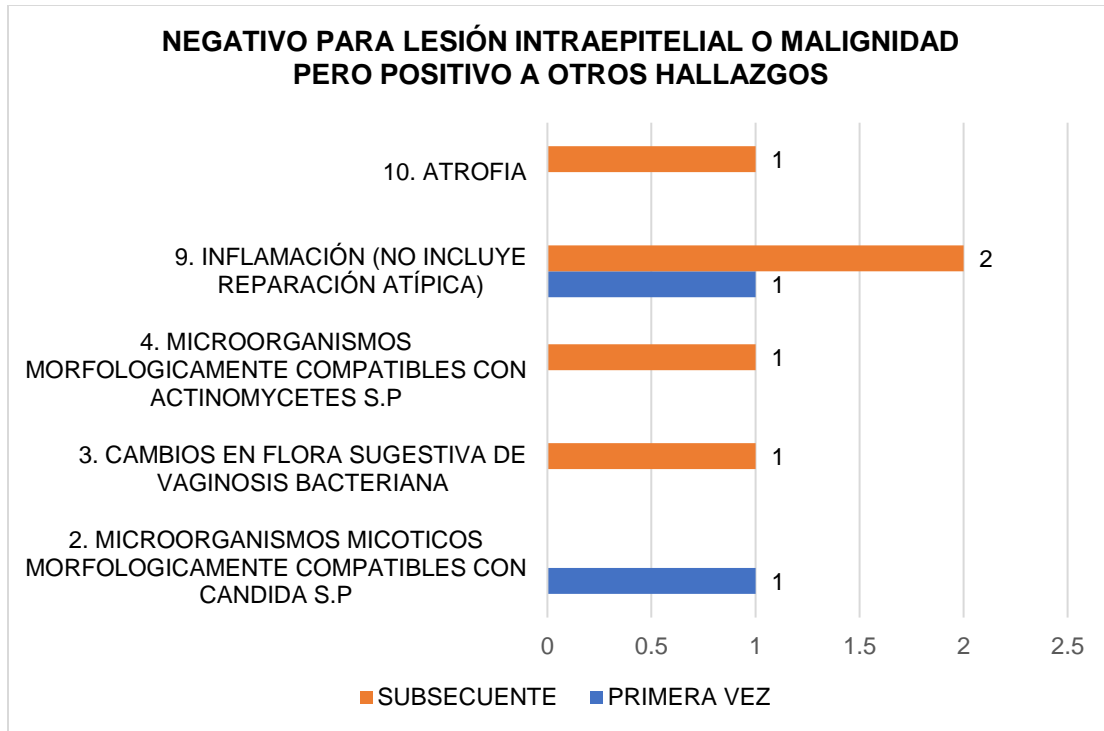


El 63% de la población estudiada, más de la mitad resultó negativo para lesión intraepitelial, el 27% resultó con reporte de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, el 4.6% por otro lado fueron de células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS-CUS) y 4.6% para lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD, PERO POSITIVO A OTROS HALLAZGOS	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE
1. <i>Trichomona vaginalis</i>	0	0
2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con <i>candida s.p</i>	1	0
3. Cambios en flora sugestiva de vaginosis bacteriana	0	1
4. Microorganismos morfológicamente compatibles con <i>actinomyces s.p</i>	0	1
5. Cambios celulares compatibles con virus del herpes simple	0	0
6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus	0	0
7. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos	0	0
8. Cambios asociados al embarazo	0	0
9. Inflamación (no incluye reparación atípica)	1	2
10. Atrofia	0	1
11. Radioterapia	0	0
12. Dispositivo intrauterino	0	0
13. Células glandulares post histerectomía	0	0
14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años y más	0	0

Otros hallazgos reportados por el patólogo en siete citologías, donde además de informar un resultado negativo para lesión intraepitelial o malignidad se informa sobre inflamación con tres

mujeres; seguido de atrofia, microorganismos morfológicamente compatibles con *actinomyces s.p*, cambios en flora sugestiva de vaginosis bacteriana y microorganismos micóticos compatibles con *candida s.p*. presentados en la misma frecuencia (una persona).



La edad promedio en la que se presentó cada anomalía como resultado, fue de 54 años para células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS-CUS), 45 años para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y de 46 años para lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

ALTERACIONES CITOLÓGICAS MÁS FRECUENTES	EDAD PROMEDIO
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS-CUS)	54
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	36
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	46

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

MENARCA, IVSA, NPS Y RESULTADOS DE PAPANICOLAOU

La correlación entre los factores de riesgo menarca, inicio de vida sexual y número de parejas sexuales de cada mujer encuestada con los resultados obtenidos del papanicolaou, se obtuvieron mediante el coeficiente de correlación de *Pearson* con un valor de 0.384 (IC 95%).

		MENARCA, IVSA, NPS	RESULTADO DE PAPANICOLAOU
MENARCA, IVSA, NPS	Correlación de Pearson	1	.384
	Sig. (bilateral)		.395
	N	65	7
RESULTADO DE PAPANICOLAOU	Correlación de Pearson	.384	1
	Sig. (bilateral)	.395	
	N	7	7

Esto indica que la edad de menarca, la edad de inicio de vida sexual y el número de parejas sexuales mantienen una correlación positiva con los resultados de papanicolaou alterados.

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VPH, USO DEL MÉTODO DE BARRERA (CONDÓN), Y RESULTADOS.

Como variables de prevención encontramos al menos una dosis de la vacuna contra el VPH y el uso del condón (masculino o femenino) durante las relaciones sexuales, estas se compararon con los resultados alterados del papanicolaou. Se obtuvo un coeficiente de *Pearson* $-.194$ (IC 95%) para el antecedente de vacunación contra el virus del papiloma humano y los resultados alterados, por lo que existe una correlación negativa entre ambas variables. Por otro lado, el coeficiente de *Pearson* entre el uso del condón como método de planificación familiar fue de $.412$ (IC 95%) por lo que sí existe una correlación positiva.

		Antecedente de vacunación contra VPH	Método de planificación familiar	VD		
Antecedente de vacunación contra VPH	Correlación de Pearson	1	.292	-.194		
	Sig. (bilateral)		.525	.677		
	N	7	7	7		
	Bootstrap ^c	Sesgo	0	-.029	-.013	
		Error estándar	0	.289	.360	
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior	1	-.417	-.942
			Superior	1	.749	.501
Método de planificación familiar	Correlación de Pearson	.292	1	.412		
	Sig. (bilateral)	.525		.359		
	N	7	7	7		
	Bootstrap ^c	Sesgo	-.029	0	-.083	
		Error estándar	.289	0	.499	
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior	-.417	1	-.859
			Superior	.749	1	.980
VD	Correlación de Pearson	-.194	.412	1		
	Sig. (bilateral)	.677	.359			
	N	7	7	7		
	Bootstrap ^c	Sesgo	-.013	-.083	0	
		Error estándar	.360	.499	0	
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior	-.942	-.859	1
			Superior	.501	.980	1

c. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 65 muestras de bootstrap

Esto indica que al menos para nuestras participantes tener o no vacunación contra el virus del papiloma humano no exenta de un resultado alterado, sin embargo, utilizar el condón como método de planificación familiar y de barrera si puede disminuir el riesgo de un resultado alterado en el papanicolaou.

ANTECEDENTE DE ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y RESULTADOS ALTERADOS EN EL PAPANICOLAOU.

Haber cursado con alguna infección de transmisión sexual a lo largo de la vida de las pacientes y haber obtenido un resultado alterado de Papanicolaou tiene una correlación positiva con un coeficiente de *Pearson* de .411 (IC 95%).

		Antecedente de infección de transmisión sexual	Resultados de Papanicolaou
Antecedente de infección de transmisión sexual	Correlación de Pearson	1	.411
	Sig. (bilateral)		.360
	N	65	7
Resultados de papanicolaou	Correlación de Pearson	.411	1
	Sig. (bilateral)	.360	
	N	7	7

Por lo tanto, las variables de antecedente de infección de transmisión sexual y un resultado alterado parecen tener una relación importante.

ANTECEDENTE DE HÁBITOS TABÁQUICOS Y EL SEDENTARISMO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Se encontró que el hábito tabáquico y el sedentarismo son factores de riesgo que no tiene una relación directa para obtener un resultado alterado en el estudio del Papanicolaou. Obteniendo un coeficiente de correlación de *Pearson* negativa con un valor de -.251 (IC 95%).

		Tabaquismo + sedentarismo	Resultados de Papanicolaou
Tabaquismo + sedentarismo	Correlación de Pearson	1	-.251
	Sig. (bilateral)		.587
	N	65	7
Resultado de papanicolaou	Correlación de Pearson	-.251	1
	Sig. (bilateral)	.587	
	N	7	7

Nos indica que al menos en las mujeres encuestadas el hábito tabáquico y el sedentarismo que son considerados en la literatura como factores de riesgo para aumentar el riesgo de cáncer cervicouterino no es evidente en las mujeres estudiadas.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y RESULTADOS ALTERADOS DEL PAPANICOLAOU

Al momento de comparar los resultados del papanicolaou con tener al menos un antecedente heredofamiliar de cáncer cervicouterino mediante un coeficiente de correlación de *Pearson* obteniendo $-.228$ (IC 95%). Por lo que tener un antecedente heredofamiliar de cáncer cervicouterino no representa un factor de riesgo para tener un resultado alterado, tal cual se menciona la literatura consultada en este trabajo.

		Antecedente heredofamiliar de CaCu	Resultado de papanicolaou
Antecedente heredofamiliar de CaCu	Correlación de Pearson	1	-.228
	Sig. (bilateral)		.623
	N	65	7
Resultado de papanicolaou	Correlación de Pearson	-.228	1
	Sig. (bilateral)	.623	
	N	7	7

EMOCIÓN DE VERGÜENZA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PAPANICOLAOU

Esta sección se enfoca en encontrar una relación directa entre las emociones que impulsan a las mujeres a realizarse o no el estudio del papanicolaou y los resultados de las mismas mujeres de este estudio, buscando encontrar si estas emociones son fundamentadas con el conocimiento previo de los factores de riesgo reconocidos. Por lo que nuevamente se realiza una correlación entre cada una de las variables frecuentes y los resultados alterados del Papanicolaou.

La vergüenza es una de las variables frecuentes que se obtuvo en la encuesta, se hace la correlación con los factores de riesgo obteniendo un coeficiente de *Pearson* de $-.389$ (IC 95%) por lo que no se relaciona directamente con los resultados del Papanicolaou. La vergüenza más bien se asocia con el procedimiento y mostrar sus genitales al personal de salud quien le realiza la prueba.

				Factor de riesgo vergüenza	Resultados alterados del papanicolaou	
Factor de riesgo vergüenza	Correlación de Pearson			1	-.389	
	Sig. (bilateral)				.389	
	N			7	7	
	Bootstrap ^d	Sesgo			0 ^e	.028 ^e
		Error estándar			0 ^e	.413 ^e
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior		1 ^e	-1.000 ^e
Superior			1 ^e	.527 ^e		
Resultados alterados del papanicolaou	Correlación de Pearson			-.389	1	
	Sig. (bilateral)			.389		
	N			7	7	
	Bootstrap ^d	Sesgo			.028 ^e	0
		Error estándar			.413 ^e	0
		Intervalo de confianza a 95%	Inferior		-1.000 ^e	1
Superior			.527 ^e	1		

d. A menos que se indique lo contrario, los resultados del bootstrap se basan en 65 muestras de bootstrap
e. Based on 60 samples

EMOCIÓN DE PEREZA, DESCUIDO Y RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PAPANICOLAOU

La pereza es otra de las variables mencionadas por las mujeres encuestadas, sin embargo, con un porcentaje mínimo. Cabe destacar que, a pesar de esto, al hacer un análisis comparativo entre la pereza de acudir a realizarse el estudio y un resultado alterado en el papanicolaou se obtuvo una correlación de Pearson de .106 (IC 95%). A pesar de ser una correlación positiva, la mayoría de las mujeres que resultaron con la prueba del papanicolaou alterada tenían otros motivos para no desear hacerse el estudio.

		Resultados alterados del papanicolaou	Factor de riesgo pereza o descuido
Resultados alterados del papanicolaou	Correlación de Pearson	1	.106
	Sig. (bilateral)		.821
	N	7	7
Factor de riesgo pereza o descuido	Correlación de Pearson	.106	1
	Sig. (bilateral)	.821	
	N	7	65

EMOCIÓN DE MIEDO Y RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PAPANICOLAOU

El miedo es considerado como la variable más importante en el estudio, la mayoría de las participantes afirma al miedo como uno de los motivos que influía en la realización o no del papanicolaou anualmente. Se comparó la variable de miedo con los resultados de las citologías cervicales y resultó con un coeficiente de correlación de Pearson de .548 (IC 95%).

Las mujeres conocen sus factores de riesgo y a veces, aunque no cumplan con la mayoría de estos, el miedo de obtener un resultado alterado está presente.

		Resultados alterados del papanicolaou	Factor de riesgo temor/miedo a saber que tengo cáncer	Factor de riesgo miedo a un resultado alterado
Resultados alterados del papanicolaou	Correlación de Pearson	1	.354	.548
	Sig. (bilateral)		.437	.203
	N	7	7	7
Factor de riesgo temor/miedo a saber que tengo cáncer	Correlación de Pearson	.354	1	.613**
	Sig. (bilateral)	.437		.000
	N	7	65	65
Factor de riesgo miedo a un resultado alterado	Correlación de Pearson	.548	.613**	1
	Sig. (bilateral)	.203	.000	
	N	7	65	65

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

FALTA DE TIEMPO Y RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Se realizó una comparación entre la variable falta de tiempo y los resultados obtenidos, se obtuvo un coeficiente correlacional de Pearson de .730 (IC 95%). Las mujeres consideran que no tienen

tiempo y muchas de ellas acuden de primera vez a realizarse el papanicolaou posterior a la tercera década de vida y se tiene una mayor posibilidad de un resultado alterado.

		Resultados alterados del papanicolaou	Factor de riesgo falta de tiempo
Resultados alterados del papanicolaou	Correlación de Pearson	1	.730
	Sig. (bilateral)		.062
	N	7	7
Factor de riesgo falta de tiempo	Correlación de Pearson	.730	1
	Sig. (bilateral)	.062	
	N	7	65

Al ser el miedo una de las variables con una correlación positiva y frecuente en la encuesta se decidió comparar el miedo con los factores de riesgo, para identificar si los factores de riesgo conocidos por las mismas pacientes son motivo suficiente para causar este sentir previo al papanicolaou.

MIEDO Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO

		FACTORES DE RIESGO	MIEDO
FACTORES DE RIESGO	Correlación de Pearson	1	-.020
	Sig. (bilateral)		.875
	N	65	65
MIEDO	Correlación de Pearson	-.020	1
	Sig. (bilateral)	.875	
	N	65	65

Resulta una correlación de -.020, indica que no hay relación lineal entre las dos variables. Realmente el miedo no es fundamentado por los factores de riesgo que cada mujer reconoce tener para un resultado alterado del papanicolaou, probablemente el miedo se fundamenta al pensar en el peor pronóstico: cáncer cervicouterino.

1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las participantes de este estudio fueron mujeres de edad entre los 18 y 60 años, con una intervención mayor de mujeres entre los 20 y 30 años, quienes tienen facilidad de ingreso a la liga y conocimiento de la plataforma utilizada, no se encontró participación de personas mayores de 50 que permitiera tener una comparación generacional que se ve influenciada por la educación conservadora, probablemente por la dificultad para responder la encuesta mediante un link, mostrándose renuentes a participar debido a esta razón.

En cuanto a la seguridad social se pudo observar que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen la oportunidad de acudir a su clínica para solicitar un papanicolaou de forma gratuita, percibiendo que esto no es una limitante para realización del papanicolaou.

La escolaridad máxima de nuestras participantes parece ir relacionada con la facilidad para manejar la herramienta con la cual se realizó el cuestionario, la mayoría las participantes cuentan con licenciatura completa esto nos permite identificar que la escolaridad tampoco es un factor que impacte de manera directa acudir a realizarse un papanicolaou anual. Esto nos lleva a plantear lo infravalorada que es la medicina preventiva, pasándose al segundo plano, enfocada hoy en día a fortalecer la medicina curativa, siendo ambas igual de fundamentales. Es importante comprender y aceptar el papel que juega la promoción y prevención en todo el proceso de salud-enfermedad de los pacientes y el efecto domino que se presenta en el sistema de salud.

El estado civil, nos indica la situación jurídica por lo que no tiene implicación alguna con la realización del papanicolaou, dicho de otra manera, no determina el número de parejas sexuales que se tienen, debido a que estado civil nunca ha sido sinónimo de monogamia, la infidelidad sexual es una decisión de índole moral y personal y, por otro lado, la conducta sexual de los cónyuges está amparada por el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la libertad sexual. (Medina Villanueva, 2021)

La ocupación parece ir de la mano con las demás razones para tener la iniciativa de realizarse el papanicolaou, cerca del 50% de las mujeres encuestadas mencionaron ser empleadas, con una rutina y horario fijo entre semana, por lo que se vuelve secundario el acudir a una cita médica cuando se encuentran asintomáticas; mexicanas nuevamente influenciadas por la estructura y cultura social, no se tiene un tema de acceso a la salud desde la prevención y eso lleva a uno de los grandes problemas de salud en el país, según los autores Rascón, González, Arroyave y Borja (2020) señalan que el diagnóstico de forma tardía aumenta el costo de la atención y por lo tanto, se tiene un acceso deficiente y un peor pronóstico (Rascón et al., 2019). Por otra parte, las mismas instituciones o comercialización impiden destinar horas a la salud si se encuentran dentro del horario laboral, incluso penalizando con salario. Todo lo antes mencionado resulta en un posterior impacto en la economía del país, afectando el ingreso familiar, debido a que la paciente se ve muchas veces imposibilitada para seguir laborando, acudiendo a la realización de un estudio o teniendo un diagnóstico. Por lo que se puede determinar que la ocupación si tiene una relación con acudir o no a realizarse un papanicolaou.

La orientación religiosa es un factor no determinante, debido a que el 90% de las mujeres encuestadas respondieron ser parte de una religión y ninguna respondió que fuese un factor que les impida realizarse el estudio de papanicolaou.

La menarca por otro lado, a pesar de ser un factor importante, no tiene relación directa con la probabilidad de presentar o no virus de papiloma humano, sino que existe una asociación entre la edad de la menarquía y ciertas conductas de riesgo, en particular el inicio precoz de relaciones

sexuales que nos lleva a una alta probabilidad de embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual como lo es el virus del papiloma humano (Olmedo et al., 2011). Sin embargo, sí representa un factor de riesgo para el cáncer de ovario, que si bien es un problema de salud en México con cifras igual de alarmantes no existe una difusión equivalente como lo tiene el cáncer cervicouterino. (Reagan, 1951)

Como ya se mencionó anteriormente, el inicio de vida sexual si es un factor de riesgo importante para el cáncer cervicouterino basándonos en probabilidades y riesgos, se ha reportado en estudios realizados en población mexicana la relación directa que existe entre ambas variables, iniciar vida sexual previos 19 años de edad incrementa cuatro veces el riesgo de padecer cáncer cervicouterino, se estima por el contrario una disminución del 40% si se iniciara vida sexual activa posterior a los 20 años de edad en nuestra población (Olmedo et al., 2011) (Syrjänen, 2010); así de importante es esta variable en la salud pública. No es regla, pero esta variable va de la mano con el número de parejas sexuales que se tienen a lo largo de la vida. Por la misma razón, las guías mexicanas de salud han sido modificadas con el paso de los años, anteriormente se invitaba a la realización del estudio a los 21 años de edad considerando que las mujeres iniciaban vida sexual a los 18 años y por la historia natural de la enfermedad ya mencionada previamente, actualmente se puede realizar a menores de edad de acuerdo a la NOM-014-SSA2-1994 y a la Guía de Práctica Clínica (GPC) "Prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención actualización 2011", donde se plantea la indicación de realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino tres años posteriores al inicio de vida sexual o hasta los 21 años, cualquiera de la situación individualizada que ocurra primero. No obstante, tener el virus del papiloma humano o iniciar vida sexual activa antes de los 19 años no asegura progresar a cáncer cervicouterino, la edad de inicio es una decisión personal, influenciada por muchos aspectos, que impacta a nivel poblacional y en la salud pública a nivel mundial. La intervención más importante, no es la edad de inicio de vida sexual activa, sino la información oportuna sobre cómo se puede disminuir el riesgo del contagio y la orientación y educación sexual que se les da a las mujeres.

Las mujeres encuestadas mencionaron tener desde una hasta 20 parejas sexuales, Rosell Juarte, et al. (2007) plantean que el hábito de tener múltiples compañeros sexuales multiplica 32 veces la probabilidad de adquirir una neoplasia maligna cervical y fue uno de los factores más significativos que reportaron en la investigación.

La vacunación contra el virus del papiloma humano es una de las principales formas de prevención del cáncer cervicouterino. Desafortunadamente para muchas mujeres, su aplicación comenzó desde el 2006 a nivel mundial, la FDA ha aprobado tres vacunas para la prevención de la infección por virus del papiloma humano: Gardasil, Gardasil 9 y Cervarix que protegen contra la infección por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los virus de alto riesgo que causan cerca del 70% de los cánceres de cuello

uterino, Gardasil protege también de los tipos 6 y 11 de VPH, los cuales causan 90% de las verrugas genitales. (Office of the Commissioner, 2018) Por otro lado, Gardasil 9 protege de la infección por los mismos cuatro tipos de VPH y otros cinco tipos que causan cáncer: 31, 33, 45, 52 y 58. En México comenzó la campaña de vacunación en el 2012, a niñas entre 9 y 16 años para intentar disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino. Actualmente se colocan dos dosis entre los 9 y 12 años, la segunda dosis se aplica a los 6 meses de haberse aplicado la primera. Al ser altamente eficaces se administran antes de la exposición inicial al virus, es decir, antes de que el individuo inicie vida sexual, nuevamente se modificó las edades de colocación por las edades tempranas de empezar relaciones sexuales. (Viquez et al., 2022)

Todas las mujeres que no cumplían con estas características antes del 2012 quedaron sin la oportunidad de tener esta vacuna por diferentes factores económicos, políticos y de salud misma. El 53.8% de las encuestadas tienen al menos una dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano, afortunadamente por edad, todavía fueron acreedoras a esta. Este año 2022, se informó por parte de las autoridades de salud que las adolescentes y adultas jóvenes entre los 13 y 26 años que no se han vacunado, o que no recibieron todas sus dosis, deberán acudir a vacunarse lo antes posible (Viquez et al., 2022), si todavía no se exponen al virus del papiloma humano 6 y 11, pudiera tener una funcionalidad de protección. El total de las participantes respondió conocer que es eficaz y segura.

Tener una infección de transmisión sexual, cualquiera que esta sea, incrementa el riesgo y la posibilidad de adquirir el virus del papiloma humano, en pleno siglo XXI las enfermedades de transmisión sexual (ETS) siguen siendo un tema tabú del que apenas se habla, en general avergüenza y repercute en la decisión de acudir o no a consulta, por lo tanto, se deja pasar días con la esperanza de que se remita sin tratamiento. Gran parte de la población, sobre todo joven, carece de información suficiente y no es consciente de la gravedad de estas. Más del 50% de la población refirió no haber cursado con alguna infección, un tercio de las citologías realizadas se encontró con datos sugestivos de alguna infección vaginal como canal cervical con secreción blanquecina, mal olor y la paciente refería prurito de días de evolución. En México al menos 30% de las personas que se encuentran entre los 18 y 30 años han padecido o tienen una enfermedad de transmisión sexual, de acuerdo con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2019 (Gayet, 2015).

El número de gestaciones no parece tener ninguna implicación para el virus del papiloma humano, sin embargo, es importante conocer los antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría de las mujeres que tienen virus del papiloma humano no tienen ningún problema para embarazarse, tampoco se ha reportado ningún tipo de complicación durante el embarazo. (Hernández et al., 2005)

Al momento de realizarse el estudio se pregunta si hay posibilidad de embarazo en ese momento debido a que existen cambios fisiológicos del cérvix en el embarazo, no porque represente algún riesgo para la gestación. Los cambios que se presentan normalmente dificultan la identificación de alteraciones que se buscan en el papanicolaou. Se alteran los componentes celulares debido a la elevación de estrógenos, aumenta la vascularidad y existe posibilidad de edema. En el 30% de las embarazadas ocurre decidualización del estroma en el segundo y tercer trimestre. Las reacciones deciduales pueden producir cambios notables en el contorno de la superficie y parecer sospechoso de lesión (Hernández et al., 2005). El embarazo puede favorecer la aparición de condilomas en la región anogenital, ya que la inmunidad durante el embarazo disminuye, pero esta respuesta se recupera al principio del tercer trimestre y post parto con una depuración muy alta de la infección. La función más importante del papanicolaou durante el embarazo es excluir un cáncer invasor, afortunadamente no obtuvimos ninguna mujer en estado de embarazo. El virus del papiloma humano tampoco parece ser una condicionante para aumentar el riesgo de abortos, ni parece tener afectación en la fertilidad (a menos que sea concomitante con otra ETS como la clamidia), no afecta al embarazo, ni al parto salvo algunas excepciones cuando las lesiones condilomatosas son muy extensas para el momento del parto, se prefiere la cesárea para evitar el paso del bebé por una región con alta carga viral e impedir la papilomatosis respiratoria en el recién nacido. (Berdasquera et al., 2001)

Respecto a los métodos de planificación familiar, el método importante dentro de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el virus del papiloma humano, es el condón, método de barrera. Las participantes reportaron que el condón masculino es el método más utilizado, sin embargo, no alcanza ni el 50% de cobertura en las participantes. Por otro lado, el método preferido de la población mencionada es el implante subdérmico, método hormonal que prioriza la prevención de embarazos no deseados y que no previene enfermedades de transmisión sexual. Si bien se reporta en las distintas literaturas que el condón no protege 100% contra la infección del virus del papiloma humano, se reduce considerablemente el riesgo de contagio del virus motivo por el cual parece indispensable hacer difusión sobre los métodos de prevención y el uso correcto del condón.

Más del 50% de las participantes mencionaron realizarse el papanicolaou cada año o cada 2 años, sin embargo, encontramos que una cuarta parte de las mujeres que ya iniciaron vida sexual no se habían realizado ningún papanicolaou hasta ese momento, de esas mujeres 2 resultaron con alteraciones importantes reportadas en su primer estudio: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y lesión escamosa intraepitelial de alto grado. De aquí radica la importancia de realizarse el papanicolaou 3 años después del primer encuentro sexual y posteriormente de forma anual independientemente del resultado obtenido.

El consumo de alcohol y el hábito tabáquico son factores de riesgo importantes para cualquier cáncer; un tercio de las mujeres encuestadas son consumidoras de ambas sustancias. Por el contrario, una tercera parte afirmó realizar actividad física por lo menos 2 veces por semana y una tercera parte mencionó ser sedentaria. La actividad física siempre ha sido factor para mantener un estado saludable, al igual que la alimentación puesto que favorece un sistema inmune competente frente a cualquier enfermedad. Sin embargo, en este estudio no se encontró la relación esperada entre las alteraciones encontradas en el papanicolaou y el consumo de destilados, hábito tabáquico y actividad física de las mujeres participantes.

Hoy en día existe un desconocimiento, aunque mínimo, sobre las indicaciones del papanicolaou y su prevención, esta falta de conocimiento ha sido reportado como una barrera para acceder al examen, Padilla, García, et al. (2015) reportan que la falta de conocimiento y percepción de riesgos que tienen las mujeres, pudiera ser la causa que lleva al incumplimiento en la citología cervical (Fernández et al., 2015). No es el caso de las mujeres encuestadas debido a que el 95% maneja un conocimiento básico respecto al estudio del papanicolaou. Respecto a los resultados obtenidos posterior a la toma del papanicolaou, consideraron que deben tomarlo con calma si este sale alterado, acudir a consulta médica y seguir las indicaciones. Pocas mujeres aseguraron que un resultado alterado es sinónimo de cáncer y por ende de tratamiento con quimioterapia o radioterapia. La educación de las mujeres es una responsabilidad de todo profesional que tiene oportunidad de trabajar con ellas.

Los factores personales que influyen en la realización del papanicolaou como lo son la incomodidad o vergüenza al procedimiento, que vean sus genitales (sobre todo si es hombre quien lo realiza), tener infección por virus del papiloma humano (VPH), falta de tiempo, temor/miedo a un resultado alterado, pereza o descuido son parte de las barreras percibidas por un grupo de mujeres.

La vergüenza, será un factor que se presente en casi todas las mujeres, por experiencia individualizada, pueden percibir poca empatía y comunicación efectiva del profesional de salud, la falta de cuidado por parte de los profesionales es una barrera que ha sido reportada por otros autores (Greenwood et al., 2006), que pueden incluso influenciar en si regresan para conocer los resultados.

La falta de tiempo es una constante porque repercute en la elección de la hora y fecha de atención para el papanicolaou que se ajuste con el cumplimiento de los requisitos para la toma, el periodo de espera, el horario laboral de cada mujer.

Así pues, el temor/miedo es una categoría reportada en diversos estudios realizados por otros autores, como el dolor asociado al examen pélvico. Cuando la palabra cáncer forma parte de la oración muchas personas sienten aprehensión, uno de los mecanismos de defensa psicológicos se

pone en marcha y entonces se comienza a postergar el estudio. Resultados que coinciden con otros investigadores (Polo et al., 2014), quienes mencionan que el 46% de las mujeres sentían temor a la hora de someterse a este estudio, miedo fundamentado en la posibilidad de una neoplasia.

Con respecto a la pereza o descuido, son dos barreras intrínsecas o propias de las pacientes que terminan impactando en las variables mencionadas previamente y que disminuyen considerablemente la adherencia a la citología cervical, la apatía también coincide con otros investigadores (Cruz&Massiel, 2015) quienes encontraron que el 48.9% olvidaban cuando debían solicitar el estudio y la pereza con un 33.1%.

Más del 90% de la población encuestada reconoce que el papanicolaou puede detectar a tiempo el cáncer cervicouterino, enfermedad totalmente prevenible y detectable, reflexiona acerca del problema de salud que representa y las consecuencias fatales de no realizarse el papanicolaou de forma periódica. El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural que permite diversas oportunidades de intervención a lo largo de la vida de una mujer, mediante estrategias de prevención primaria y secundaria. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

El 36% de las mujeres que participaron presentaron alteraciones cervicouterinas. Las lesiones encontradas en orden de frecuencia son: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) con un 27%, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) y lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) con 4.6% cada una, con una oscilación de edades entre los 28 y 54 años. Esto coincide con el estudio de Medina Villaseñor et al (2014) donde reportan que la alteración más frecuente en mujeres mexicanas fue LEIBG. (Medina et al., 2014) El 58% de las mujeres que presentaron lesiones cervicales tuvo su menarca antes de los 12 años de edad; el 76% mencionó iniciar relaciones sexuales antes de los 18 años y el 72% refirió haber utilizado métodos de planificación familiar de clasificación hormonal.

El 63% de la población resultó con resultado negativo para lesión intraepitelial. Esta categoría significa que no se detectaron signos de precáncer, cáncer, o alguna otra anomalía significativa dentro del papanicolaou. No obstante, se recomienda el seguimiento anual del papanicolaou pues detecta lesiones causadas por el virus del papiloma humano, pero un resultado negativo no descarta la presencia de este. (Viquez et al., 2022)

Los resultados de infecciones vaginales, por su parte, mostraron una baja frecuencia con un 10.7% en orden de frecuencia se reportó inflamación, atrofia, microorganismos morfológicamente compatibles con *actinomyces s.p*, cambios en flora sugestiva de vaginosis bacteriana y microorganismos micóticos compatibles con *candida s.p*.

La *Cándida albicans* es un microorganismo que se presenta con alta frecuencia en los estudios citológicos; (Zapata et al., 2023) su reporte es posible aún en mujeres asintomáticas. (Llanes et al., 2014) Puede provocar infertilidad, abortos, embarazos ectópicos y que debe conducir a la implementación de estrategias de atención primaria, relativas a enseñanza de mecanismos de sanidad.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU CON ALTERACIONES REPORTADAS

De los factores de riesgo incluidos en la encuesta y asociados a aumentar la posibilidad de tener un resultado alterado fueron la menarca, edad de inicio de vida sexual antes de los 18 años, número de parejas sexuales, no utilizar el condón como método de barrera. La infección por el VPH se adquiere en la adolescencia, muy rápidamente después de iniciar su actividad sexual. Alrededor del 79% de las mujeres sexualmente activas pueden adquirir la infección genital por VPH en toda su vida, pero la infección es habitualmente transitoria y asintomática. Se ha documentado que la prevalencia de la infección por VPH entre las mujeres de 20 años es del 38% (Medina et al., 2014). El inicio temprano de la vida sexual incrementa el riesgo de infección por VPH y se relaciona con el mayor número de compañeros sexuales, cada nueva pareja sexual aumenta 10 veces el riesgo y a su vez este incrementa con el número de parejas sexuales del compañero actual. La prevención del cáncer cervicouterino es la realización del papanicolaou, el uso del condón como método de barrera durante las relaciones sexuales y la vacunación de al menos una dosis, sin embargo, la vacunación como en cualquier virus no exenta la infección, se ha documentado que ha menor edad es más alta la frecuencia de ADN positivo del VPH de alto riesgo, hasta en el 60% de las mujeres de 30 años y más jóvenes con una LEIBG, en comparación con el 46% de las mujeres mayores (Evans et al., 2006). El miedo y la vergüenza parecen ir de la mano con la influencia de realizarse o aplazar el estudio del papanicolaou.

1.10 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó un cuestionario inicial de 49 ítems a 65 mujeres, a quienes posteriormente se le realizó la citología cervical. En el presente estudio, se determinaron las creencias sobre el cáncer cervical y su prevención, todas las áreas relacionadas con la calidad de vida se ven afectadas, principalmente la emocional, social, económica, sexual. El riesgo de cualquier enfermedad se relaciona fundamentalmente con sus condiciones socioeconómicas y culturales. De acuerdo con Luna y col. (Luna et al., 2020) la pobre adherencia a la pesquisa del CaCU ha sido claramente relacionada con la falta de conocimiento, el miedo y el riesgo percibido por la paciente, barreras presentes en las mujeres entrevistadas en este estudio; por lo tanto, estrategias dirigidas a mejorar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de cérvix y su utilidad podrían mejorar la cobertura de estos programas de tamizaje.

Los factores de riesgo más frecuentes encontrados en el estudio fueron la edad temprana de inicio de vida sexual, porcentaje bajo del uso del método de barrera; de estos factores el más modificable es el uso del condón, mediante campañas informativas, no obstante, el uso del método de barrera sigue siendo decisión propia. Por otro lado, las variables personales que influyen principalmente en la toma del papanicolaou son: incomodidad y vergüenza como la principal razón, falta de tiempo, ocupación, pereza, desinformación, miedo a resultar positivo.

En contraste con lo que se reporta en la literatura, nuestras participantes contaban con un grado alto de escolaridad promedio, por lo que el desconocimiento de la citología no representaba una barrera importante para la realización del estudio. Las lesiones precursoras son más frecuentes en las mujeres jóvenes con una mayor incidencia entre los 25-45 años, la frecuencia disminuye conforme avanza la edad, por ende, la infección se adquiere en la adolescencia.

Tener el acierto de los antecedentes sexuales de la pareja actual sería necesario para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual y del VPH, no es únicamente responsabilidad de la mujer, actualmente se sabe que el vector principal de este virus del papiloma humano es el hombre. Involucra a ambos sexos, la participación y concientización de ambos puede disminuir la transmisión.

Las investigaciones sobre los conocimientos y creencias de las personas son necesarias para determinar la población que requiere mayor intervención y favorecer las conductas de prevención en el primer nivel. Generalmente las mujeres se perciben en riesgo solo ante la presencia de un síntoma lo que atenta contra los fundamentos de las conductas preventivas, sobre todo para la presencia del virus del papiloma humano. El cáncer de cuello uterino se puede prevenir.

Brindar la facilidad para la toma de la prueba en las horas de atención, acomodar las citas de acuerdo con los horarios en los cuales sea más fácil que las mujeres puedan acudir a realizarse la citología cervical, mejorar los procesos y funciones administrativas de los centros de salud, como citar a las mujeres y notificarlas, puede ayudar a disminuir las barreras referentes a la toma de la prueba en mujeres.

Entre las malas creencias del papanicolaou (incluso entre el personal de salud), encontramos que no debe realizarse en mujeres menores de edad y en embarazadas. Es importante que la comunidad médica incorpore a la práctica los nuevos lineamientos de tamizaje y abordaje en las pacientes con citología cervical anormal.

Parece necesario realizar educación sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano. Hacer medicina preventiva informando los factores de riesgo modificables como lo son: tabaquismo, alcoholismo.

El presente estudio tuvo limitaciones, por ejemplo, no se tomó en cuenta el estrato socioeconómico. Utilizar la herramienta de *google forms* disminuyó las respuestas representativas de distintas generaciones que pueden verse influenciadas por la pareja sexual e integrantes de cada hogar.

Las creencias de las personas sobre las enfermedades influyen en sus conductas en salud, e incluso en algunos casos son determinantes. Esto hace tan importante la educación en el ámbito de salud, sobre todo para enfermedades de gran impacto en salud pública como lo son la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino. Se debe individualizar cada caso en particular de acuerdo con los riesgos potenciales, educar sobre la práctica sexual segura y responsable. Aún queda mucho por hacer y se necesitan grandes esfuerzos e inversión económica para alcanzar la cobertura de los programas de pesquisa oncológica.

1.11 ANEXO

Encuesta realizada en *Google Forms*, consta de 4 secciones, sumando en total 49 preguntas, algunas son de opción múltiple, otras más de seleccionar las respuestas, otras de dos opciones: de acuerdo y en desacuerdo, en el mismo formulario se les explica el motivo de realización de la encuesta, se les explica a las pacientes que los datos a recolectar son anónimos. Ahí mismo se les invita a enviar un correo electrónico a la dirección proporcionada en caso de tener algunas dudas respecto al tema y se les pueda resolver a la brevedad.

Encuesta sobre las creencias y motivos personales del estudio del Papanicolaou
Esta encuesta se realiza como instrumento que permita evaluar creencias de las mujeres mexicanas sobre el cáncer cervical y su prevención. Se consultaran a mujeres mayores de 18 años edad, sus datos serán totalmente anónimos. Al responder esta encuesta se da por enterado la participación y el consentimiento informado del uso de sus datos no personales para dicha investigación. El cuestionario a validar en este estudio fue construido siguiendo los lineamientos de Robert de Vellis y del *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*.

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Edad (favor de colocar únicamente el número): *

2. Seguridad social: *

Marca solo un óvalo.

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- INSABI / Gratuidad
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Secretaría de Marina (SEMAR)
- Petroleos Mexicanos (PEMEX)
- Privada
- Ninguna

3. Escolaridad (grado máximo de estudios) *

Marca solo un óvalo.

- Ninguna
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Carretera técnica
- Licenciatura incompleta
- Licenciatura completa
- Maestría
- Doctorado

4. Estado civil: *

Marca solo un óvalo.

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Separada
- Viuda

5. Ocupación: *

Marca solo un óvalo.

- Empleado
- Desempleada
- Trabajadora independiente / comerciante
- Ama de casa
- Estudiante
- Pensionada / jubilada

6. Orientación religiosa *

Marca solo un óvalo.

- Cristiana
- Católica
- Testigo de Jehová
- Ninguna
- Otras: _____

Antecedentes ginecoobstétricos (AGyO)

Los datos personales recabados serán anónimos, protegidos y utilizados con finalidad meramente académica y de estadística con el fin de tener cifras cercanas a la realidad y con ello se eviten sesgos.

7. Edad de la primera menstruación: (coloque únicamente el número) *

12. Alguna vez tuve una infección de transmisión sexual: *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- Tal vez, pero no tuve tratamiento y se quitó después

13. ¿Alguna vez fumó o fuma? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

14. Número de embarazos contando abortos (coloque número total: 0, 1, 2, 3) *

15. Número de abortos (coloque número total: 0, 1, 2, 3...) *

16. Número de cesáreas (coloque número total: 0, 1, 2, 3 ...) *

17. Número de partos vaginales (coloque número total: 0, 1, 2, 3...) *

8. Edad de Inicio de vida sexual (coloque únicamente el número): *

9. Número de parejas sexuales (coloque únicamente el número): *

10. Situación ginecoobstétrica actual: *

Marca solo un óvalo.

- Puerperio (posparto) o post-aborto
- Post menopausia
- Uso de hormonas anticonceptivas (parche, implante subdérmico, DIU medicado, inyecciones mensuales o trimestrales, pastillas anticonceptivas)
- DIU cobre o plata
- Histerectomía (Cirugía para retirar el útero, a veces se acompaña del retiro además los ovarios y trompas de Falopio)
- Embarazo actual
- Tratamiento colposcópico previo o médico por alguna infección vaginal
- Ninguno de los anteriores

11. Antecedente de vacuna del virus del papiloma humano (VPH): *

Marca solo un óvalo.

- Sí, al menos tengo 1 dosis de vacuna contra el VPH
- No, no me pusieron ninguna vacuna contra el VPH

18. Utiliza algún método de planificación familiar: *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

19. Si su respuesta anterior fue "Sí", ¿Cuál método usa? Seleccione más de uno si es el caso:

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Inyectables (efectividad 99%)
- Pastillas (efectividad 90 a <99%)
- Implante subdérmico (efectividad 99%)
- Condón masculino (efectividad 85-97%)
- Condón femenino (efectividad 79-98%)
- DIU (efectividad 99%)
- Parches (efectividad 99%)
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (no se considera método de anticonceptivo de rutina)
- Vasectomía: pareja con este método (efectividad 99%)
- Oclusión tubaría bilateral (OTB) (efectividad 90-99%)
- Métodos naturales (ritmo, calendario, coito Interrumpido, etc)
- Otros: _____

20. Citología cervical (Papanicolaou) previo realizada: *

Marca solo un óvalo.

- Nunca me he realizado un papanicolaou
- Me realizo el papanicolaou cada año o cada 2 años
- Llevo mas de 3 años sin hacerme un papanicolaou
- Solo me he realizado el papanicolaou una sola vez

Hábitos saludables o factores de riesgo para el cáncer cervical:

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer. Cada tipo de cáncer tiene diferentes factores de riesgo; tener uno o varios factores de riesgo no significa que se padecerá la enfermedad; pero si existe una mayor posibilidad. Existen factores modificables (malos hábitos) y no modificables (edad, antecedentes familiares).

21. Antecedente de tabaquismo (incluye cigarro electrónico): *

Marca solo un óvalo.

- Nunca he fumado
- Fumé hace hace menos de 1 año
- Fumo actualmente

25. Considero que mi alimentación es: *

Marca solo un óvalo.

- Buena en calidad y cantidad
- Buena en calidad pero mala en cantidad
- Buena en cantidad pero mala en calidad
- Mala en cantidad y calidad

Toma de papanicolaou

En esta sección se busca reconocer el grado de conocimiento que cada mujer mexicana en edad reproductiva tiene respecto lo que es el cáncer cervical, la detección oportuna del cáncer cervicouterino, el tamizaje llamado papanicolaou. Recuerde que las respuestas son totalmente anónimas, si desconoce el tema y quiere ser orientado respecto al tema, favor de enviar sus dudas a la dirección de correo electrónico carlaqjmnz2@gmail.com y será respondido a la brevedad

26. ¿Qué es el papanicolaou? *

Marca solo un óvalo.

- Examen que permite detectar células anormales o lesiones en la mama
- Examen que permite detectar células anormales o lesiones en el cuello del útero
- Examen que permite detectar cáncer de ovario
- Examen que se realiza mediante una toma de muestra sanguínea y de orina

22. Antecedente de consumo de alcohol en los últimos 12 meses: *

Marca solo un óvalo.

- Menos de una vez al mes
- 1-3 días al mes
- 1-4 días a la semana
- 5-6 días a la semana
- Diario
- No consumo alcohol

23. Antecedentes de cáncer cervicouterino (útero/matriz), en familiares de primer grado como: madre, abuelas, hermanas. *

Marca solo un óvalo.

- Sí, tengo un antecedente familiar
- No, nadie en mi familia tiene cáncer cervicouterino

24. Actividad física: *

Marca solo un óvalo.

- Soy sedentaria (no realizo actividad física)
- Realizo actividad física por lo menos 1-2 veces por semana
- Realizo actividad física de 3-5 veces por semana
- Realizo actividad física diario

27. Selecciona las respuestas que consideres correctas. El papanicolaou o citología cervical: *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- La citología cervical puede salvar mi vida
- La citología cervical es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervical o de cuello de útero / matriz
- La citología cervical puede detectar infecciones de transmisión sexual
- La citología cervical no puede hacerse en mujeres embarazadas
- La citología cervical se debe hacer después de iniciar vida sexual
- La citología cervical no se debe hacer a menores de edad

28. La manera de prevenir el cáncer cervicouterino se puede hacer * mediante:

Marca solo un óvalo.

- Evitando las relaciones sexuales
- Enfermándose y recibiendo la protección natural, utilizando métodos anticonceptivos hormonales
- Vacuna contra VPH, citología cervical (papanicolaou), disminuir/evitar factores de riesgo
- Teniendo una pareja estable: monogamia

29. El papanicolaou debe realizarse: *
- Marca solo un óvalo.
- Cada año, aún si mi resultado fue normal.
- Cada cuatro años, aún si mi resultado fue normal.
- Cada que presente una molestia vaginal como: flujo, comezón, mal olor, ardor. Si no tengo síntomas, no es necesario.
- Si no he tenido hijos, no necesito tomarme un citologías cervical
30. Selecciona las respuestas con las que te sentirías identificada: *
- "Si mi resultado del papanicolaou sale alterado me hace pensar que:"
- Selecciona todas las opciones que correspondan.
- Tengo cáncer y me voy a morir
- Que mi pareja me fue infiel
- Que me deben realizar un tratamiento con quimioterapia o radioterapia
- Tomaron mal mi muestra y la culpa es del personal de salud
- Tomarlo con calma y acudir a consulta médica para un seguimiento
- Otras: _____
31. Los siguientes son algunas razones que las mujeres pueden tener para NO acudir a tomarse una citología cervical. Por favor, señale con las que se sintió o se siente identificada. Recuerde que no hay respuesta correcta. *
- Selecciona todas las opciones que correspondan.
- Incomodidad o vergüenza al procedimiento y que vean mis genitales
- No permitiría que un médico/enfermero me viera desnuda
- Me daría vergüenza tener una infección por virus del papiloma humano (VPH)
- Temor/Miedo a saber que tengo cáncer
- Pereza o descuido
- Falta de tiempo
- Desinformación, desconocimiento a la importancia del tamizaje
32. Pienso que la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): *
- Marca solo un óvalo.
- La vacuna contra el VPH es segura y me permite prevenir el cáncer cervical
- La vacuna del VPH es costosa
- Me siento incómoda o avergonzada de vacunarme contra el VPH
- Vacunar a niñas contra el VPH favorece que inicien vida sexual
- Tiene efectos adversos y es mejor recibir protección natural que vacunarse
33. Se vacunaría contra el virus del papiloma humano (VPH): *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
34. Recomienda a sus hijos, hermanos, sobrinas colocarse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
35. El cáncer cervical o de cuello de útero/matriz puede curarse si se detecta tempranamente: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
36. La citología vaginal puede salvar mi vida: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
37. La citología cervical (papanicolaou) es una forma efectiva de detectar tempranamente el cáncer cervical o de cuello de útero/matriz: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
38. Hacerme el papanicolaou me hace sentir bien porque significa que yo cuida mi salud: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
39. El cáncer cervicouterino es un problema de salud serio: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
40. El cáncer cervicouterino puede causar la muerte: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo

41. El cáncer cervicouterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía (quitarse mediante una cirugía el útero, a veces incluye ovarios y trompas de falopio) *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
42. El cáncer cervical o de cuello del útero puede llevar a una mujer a tener que realizarse un tratamiento con quimioterapia o radioterapia *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
43. Hacerme el papanicolaou me hace sentir avergonzada *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Otras: _____
44. No me haría el papanicolaou por pereza / descuido: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
49. El virus del papiloma humano se transmite únicamente vía sexual: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
45. No me haría el papanicolaou por falta de tiempo: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
46. El virus del papiloma humano o VPH causa cáncer cervicouterino. *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
47. La infección por virus del papiloma humano (VPH) es frecuente *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo
48. Mi pareja sexual está en riesgo de infectarse por virus de papiloma humano: *
- Marca solo un óvalo.
- De acuerdo
- En desacuerdo

1.12 BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso De Ruiz P. (2018). Algo de historia sobre la citopatología. *Patología Rev Latinoam.* 2018;56(4):276-80. Recuperado el 06 de abril de 2023, de <http://www.revistapatologia.com/content/250319/2018-4/8-IF-Historia.pdf>
2. American Cancer Society (2020). Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino [Internet]. www.cancer.org. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
3. Arzac JP. (2009) Valor de la citología de descamación vaginal en el diagnóstico de la fisiología ovarica y del cáncer uterino. *Ginec Obstet Mex.*;77(11):529-31. Recuperado el 20 de agosto de 2023, de <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/la-citologia-de-la-descamacion-vaginal-como-prueba-de-rutina-en-servicios-de-ginecologia>
4. Berdasquera Corcho, Denis, Fariñas Reinoso, Ana Teresa, & Ramos Valle, Isora. (2001). Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 110-114. Recuperado en 13 de septiembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200006&lng=es&tlng=es.
5. Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155(S1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13865>
6. Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., Guerra Villarpanda, D., Blanco Vázquez, Y., Rodríguez González, O., & Oliva Santana, M. (2020). Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. *Medisur*, 18(4), 685-693. Recuperado de <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4648>
7. Cruz, M. S., & Massiel, M. (2015). Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini – 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
8. Cuba Reyes, Martha, González Pérez, Maybet, Scull Martínez, Midiala, Panuncia Hechavarría, Yuleyka, & Casamor Cabrera, Germán. (2019). Importancia del sistema de Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix. *Revista Médica Electrónica*, 41(1), 203-210. Recuperado en 13 de septiembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100203&lng=es&tlng=es.
9. De Vellis, RF (2003). *Desarrollo de escalas: teoría y aplicaciones* (2ª ed., Vol. 26). Thousand Oaks, CA: Publicaciones Sage.
10. Evans, MF, Adamson, CS, Papillo, JL, St John, TL, Leiman, G. y Cooper, K. (2006). Distribución de tipos de virus del papiloma humano en las pruebas ThinPrep Papanicolaou

- clasificados según la terminología de Bethesda 2001 y correlaciones con la edad del paciente y los resultados de la biopsia. *Cáncer* , 106 (5), 1054–1064. <https://doi.org/10.1002/cncr.21664>
11. Facultad de Medicina UNAM (2001). En memoria de la doctora Julieta Calderon de Laguna. *Gaceta* 25 febrero 2001. (s/f). Unam.mx. Recuperado el 13 de septiembre de 2023, de <http://www.facmed.unam.mx/gaceta/gaceta/feb252001/calderon.html>
 12. Fernández, A. D. P., Valdés, A. R., Marrero, B. B., & García, X. S. (2015). Conocimientos, percepción de riesgos y beneficios de la prueba citológica en mujeres del municipio Ciego de Ávila. *Mediciego*, 21(1). Disponible en <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/89/429> Fecha de consulta el 30 de agosto del 2023
 13. Gaona Estudillo, Rubí. (2014). El cáncer de ovario, el asalto del homicida invisible. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(1), 24-30. Recuperado en 13 de septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000100004&lng=es&tlng=es.
 14. Gayet, Cecilia. (2015) *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. México: Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-503-7
 15. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. (2020) Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*, 126(S10), 2379–2393. Recuperado en 11 de junio del 2023, de <https://doi.org/10.1002/cncr.32887>
 16. GLOBOCAN, (2022). Number of new cases in 2020, both sexes, all ages Number of deaths in 2020, both sexes, all ages. Recuperado el 12 de junio de 2023, de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
 17. Greenwood, S. de A., Machado, M. de F. A. S., & Sampaio, N. M. V. (2006). Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 14(4), 503–509. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000400006>
 18. Hernández-Girón, Carlos, Smith, Jennifer S, Lorincz, Attila, Arreola Cháidez, Emilio, Lazcano, Eduardo, Hernández-Ávila, Mauricio, & Salmerón, Jorge. (2005). Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*, 47(6), 423-429. Recuperado en 13 de septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600006&lng=es&tlng=es.
 19. Herráiz j. (2014). ¿Cómo interpretar un informe citológico cervicovaginal? dirigido a médicos y matronas de atención primaria [Internet]. Available from: http://ginecologozaragoza.org/wp-content/uploads/2014/12/COMO_INTERPRETAR_UN_INFORME_CITOLOGICO_CERVICOVAGINAL.PDF

20. IMSS, (2018). Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en primer y segundo nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica. México, CENETC. Recuperado el día 21 de agosto de 2023. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-18/ER.pfd>
21. IMSS, (2022). Epidemiología del cáncer cervicouterino. gob.mx. Recuperado el 12 de junio de 2023, de <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>
22. INEGI, (2023). Comunicado de prensa núm. 29/23 24 de enero de 2023 página 1/40. (s/f). Org.mx. Recuperado el 12 de junio de 2023, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
23. Instituto Nacional del Cáncer. (2022) ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
24. Juntasopeepun, P., Davidson, P. M., Chang, S., Suwan, N., Phianmongkhol, Y., & Srisomboon, J. (2011). Development and psychometric evaluation of the Thai Human Papillomavirus Beliefs Scale. *Nursing & health sciences*, 13(4), 475–480. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00642.x>
25. Llanes Rodríguez, M., González Reyes, O., Sánchez Miranda, L., & Fernández Limia, O. (2014). Prevalencia de trichomonas vaginalis, candida albicans y gardnerella vaginalis en mujeres sin síntomas de vaginitis. *Medimay*, 20(2), 164-174. Recuperado de <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/377/627>
26. Luna-Abanto, J., Gil-Olivares, F., & Deza Mendoza, Á. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de citología cervical en una población rural peruana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 112-124. Recuperado de <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2617>
27. Medina Villanueva, Jorge Eduardo. (2021). Daños derivados de la infidelidad conyugal. Análisis del tema a la luz del derecho al libre desarrollo de la personalidad y de la inobservancia de los deberes matrimoniales. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 54(161), 671-703. Epub 09 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.22201/ij.24484873e.2021.161.16488>
28. Medina-Villaseñor, E. A., Oliver-Parrab, P. A., Neyra-Ortizb, E., Pérez-Castroc, J. A., Sánchez-Orozco, J. R., & Contreras-González, N. (2014). Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Gaceta mexicana de oncología*, 13(1), 12–25. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-neoplasia-intraepitelial-cervical-analisis-caracteristicas-X166592011427863X>
29. Meisels, A. y Fortin, R. (1976). Lesiones condilomatosas del cuello uterino y la vagina. I. Patrones citológicos. *Acta citológica*, 20 (6), 505–509.

30. Moreno, J. A. R. (2014). Breve historia del cáncer cervicouterino. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 20 de agosto de 2023, de <https://altexto.mx/breve-historia-del-cancer-cervicouterino-fr8hn.html>
31. Nazzari N, Omar, Suárez P, Eugenio, Larraguibel P, Raúl, Rojas F, Luciano, & Bronza M, Alessandro. (2006). LESIONES PREINVASORAS DE CUELLO UTERINO: UNA VISIÓN ACTUAL. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 71(5), 341-348. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500009>
32. Office of the Commissioner. (2018). La FDA aprueba el uso ampliado de Gardasil 9 para incluir a personas de 27 a 45 años de edad. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-el-uso-ampliado-de-gardasil-9-para-incluir-personas-de-27-45-anos-de-edad#:~:text=El%20Gardasil%209%20fue%20aprobado,las%20mismas%20variedades%20del%20VPH.>
33. Olmedo Buenrostro, B. A., Ángel, V., Pamplona, Z., Gabriela, I., Maldonado, E., Rodríguez Hernández, A., & Delgado Enciso, I. (2011). El cáncer cérvico-uterino: Implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el Papilomavirus humano. Edu.mx. Recuperado el 29 de agosto de 2023, de <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/6.pdf>
34. OMS, (2022). Cáncer cervicouterino. (s/f). Who.int. Recuperado el 12 de junio de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
35. OPS. (2000) Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Paho.org. Recuperado el 13 de septiembre de 2023, de <https://www.paho.org/es/documentos/ops-planificacion-programas-apropiados-para-prevencion-cancer-cervicouterino-2000>
36. OPS. (2020) Cáncer cervicouterino. Paho.org. Recuperado el 13 de septiembre de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
37. Osorio-Castaño, J. H., Pérez-Villa, M., Montoya-Zapata, C. P., & Cardona-Restrepo, F. A. (2020). Características citológicas previas al diagnóstico de cáncer de cérvix en mujeres de Medellín (Colombia). Universidad Y Salud, 22(3), 231–237. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.195>
38. Polo Peña, E. Y., Torres Pérez, S. P., Ochoa Acosta, R., & Villarreal Amarís, G. (2014). FACTORES PERSONALES RELACIONADOS CON LA REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA VAGINAL SINCELEJO 2013 – 2014. REVISALUD Unisucre, 2(1). <https://doi.org/10.24188/23394072.v2.n1.2014.124>
39. Rascón-Pacheco, Ramón Alberto, González-León, Margot, Arroyave-Loaiza, María Gilma, & Borja-Aburto, Víctor Hugo. (2019). Incidencia, mortalidad y costos de la atención por cáncer de pulmón en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México, 61 (3), 257-264. Publicación electrónica 03 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.21149/9808>

40. REAGAN J. W. (1951). The cytological recognition of carcinoma in situ. *Cancer*, 4(2), 255–260. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(195103\)4:2<255::aid-cnrcr2820040208>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/1097-0142(195103)4:2<255::aid-cnrcr2820040208>3.0.co;2-e)
41. Rosell Juarte, Ernesto, Muñoz Dobarganes, Alba, Cepero Muñoz, Floro, Cardoso Hernández, Jorge, & Estenez Fernández, Andrés. (2007). FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 11(1) Recuperado en 13 de septiembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000100001&lng=es&tlng=es.
42. Sánchez-Mercader, A., Cámara-Salazar, A., Traconis-Díaz, V., & Sánchez-Buenfil, G. (2021). Análisis de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México y el estado de Yucatán. *Ginecología y obstetricia de México*, 89(9), 671-677. Recuperado el 04 de abril de 2022, de Epub <https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.4313>
43. Skloot R. (2012). *La vida inmortal de Hernieta Lackz*. Ed. Planeta.
44. Soto-Fuenzalida, Gonzalo Andrés, Hernández-Hernández, José Ascención, López-Sánchez, Rosa del Carmen, Aguayo-Millán, Claudia Daniela, Villela-Martínez, Luis Mario, Espino-Rodríguez, Matilde, Niño-Parra, Ventura Enrique, & Ortiz-López, Rocío. (2020). Tipificación de serotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(10), 659-666. Epub 04 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.3432>
45. Sprangers, MA, Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M. y Aaronson, NK (1993). *La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. Enfoque para la evaluación de la calidad de vida: pautas para el desarrollo de módulos de cuestionarios*. Grupo de Estudio de la EORTC sobre Calidad de Vida. *Investigación sobre la calidad de vida: una revista internacional sobre los aspectos de calidad de vida del tratamiento, la atención y la rehabilitación*, 2 (4), 287–295. <https://doi.org/10.1007/BF00434800>
46. Syrjänen S. (2010). El papel de la infección por el virus del papiloma humano en los cánceres de cabeza y cuello. *Anales de oncología: revista oficial de la Sociedad Europea de Oncología Médica*, 21 Suppl 7, vii243–vii245. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq454>
47. Toziano, M., Monge, F., Humphreys, A., Maciel, A., Santomé, A., Dra, O., Tauscher, P., Tilli, M., Velazco, D. A., Aval, S.-S., & Fasgo, A. D. (2022). Nueva guía 2022 Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino”. *Org.ar*. Recuperado el 13 de septiembre de 2023, de http://www.fasgo.org.ar/images/Nueva_Guia_2022_FINAL_SAPTGlYc_SOGIBA_FASGO.pdf
48. Urrutia, M. T., & Hall, R. (2013). Beliefs about cervical cancer and Pap test: a new Chilean questionnaire. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 45(2), 126–131. <https://doi.org/10.1111/jnu.12009>

49. Víquez Redondo, K. F., Araya Cascante, R. A., & Hidalgo Solís, M. J. (2022). Cáncer de cérvix: generalidades. *Revista Medica Sinergia*, 7(9), e898. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i9.898>
50. Virus del Papiloma Humano (VPH). (s/f). Gob.mx. Recuperado el 13 de septiembre de 2023, de <https://salud.edomex.gob.mx/isem/vph>
51. Zapata J, López L, Tirado E, Gómez N, González J, Velázquez S, et al. (2023). Frecuencia de infecciones vaginales y lesiones intraepiteliales en las usuarias de los laboratorios clínicos de dinámica IPS de la ciudad de Medellín, atendidas entre 2005-2010. *Rev. Archivos de medicina* 15(2):241-9.

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN

DATOS HISTÓRICOS

Tláhuac se fundó en el año 1222 D.C., cerca del centro del antiguo lago de Xochimilco. Sus primeros pobladores fueron los chichimecas. El código Chimalpopoca menciona que Cuauhtliutecutli, Ihitzin, Ticoatzin, Chalchiuhtzin, y Tlahuapan; fueron quienes fundaron sus pueblos donde existía la gran extensión acuática que formaba el lago de Chalco y Xochimilco, En esa época Tláhuac sufría de inundaciones, sin embargo, logró prosperar gracias al sistema de chinampas.

En el período de la independencia Tláhuac formaba parte del Estado de México; sin embargo, en 1854 se incorporó a la prefectura de Xochimilco al igual que Mixquic. En 1857 estaban comprendidas las municipalidades de Tláhuac, Mixquic y San Francisco Tlaltenco, dentro de la prefectura de Xochimilco.

El 26 de marzo de 1903 el gobierno porfirista expidió la Ley de Organización Política y Municipal del Distrito Federal que suprimió la municipalidad de Tláhuac. Una vez superada la fase militar de la Revolución, los pueblos de la zona solicitaron que se restablece el Ayuntamiento. El 5 de febrero de 1924 gracias al apoyo de Severino Ceniceros, el Congreso decretó la segregación de Tláhuac de la municipalidad de Xochimilco y restableció el Ayuntamiento. A finales de 1928 se constituyó oficialmente como delegación la cual estuvo gobernada por Crescencio Ríos. (1)

El esplendor de Cuitláhuac o Tláhuac se basó fundamentalmente en las condiciones de su paisaje original, el cual se encontraba en el centro de un lago de agua salobre. En estos lagos, fueron igual que los pantanos transformados en losas de tierra plana cultivadas, que se encontraban separadas por canales navegables denominados "*las chinampas*". Las chinampas como islotes hechos artificialmente en Ciénegas y lagos de poco fondo, con plantas acuáticas y lodo, que por medio de estacas de sauce se mantenían fijas en un lugar. Los cultivos eran: maíz, frijol, chile, tomate, calabaza, chía y flores, entre otros.

El esquema urbano de Cuitláhuac se deriva del trazo del dique-calzada que cruzaba la ciudad y de la localización del centro ceremonial, que coincide con el sitio de la iglesia conventual. (2)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COLONIA DEL MAR

El origen de la Colonia del Mar se remonta a principio del siglo X cuando San Lorenzo Tezonco, siendo uno de los 16 pueblos originarios de la delegación Iztapalapa, sufre una revaloración de terrenos y partición de estos, destinando una parte del territorio a la cosecha de maíz que más tarde

resultaría improductiva. La expropiación del lugar ocurre en el año 1922, y dos años más tarde se traza el primer plano por el Capitán Loyola. Es hacia 1950 cuando arriban los primeros pobladores provenientes de diferentes estados de la república, principalmente Puebla, Oaxaca, Michoacán y Guerrero. Para el año 1970 se acuerda formar los 7 polígonos de San Lorenzo Tezonco de acuerdo a la demografía del sitio, uno de ellos se llamó "El Tequesquite", actualmente lo que conocemos ahora como Colonia Del Mar. La Colonia del Mar lleva su nombre gracias a 67 ejidatarios que se dedicaban a la compra y venta de pescado.

Para el año 1974 el delegado de Tláhuac era el Dr. Pedro Hernández Silva, el subdelegado fue el señor

Justino Santana Manjarrez, y el Jefe de colonias de la delegación era el Licenciado Adrián Ramos. El 22 de abril de 1976 se nombra presidenta de la colonia del Mar a la señora Victoria Figueroa cuya oficina estaba ubicada en la calle de Huachinango Mz 34 Lt 6 con la leyenda "Tierra y Libertad". En 1986, después de 10 años, se entregan terrenos escriturados a cada propietario de manera legal en el Gobierno del presidente Salinas de Gortari. (3)

ORIGEN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE SALUD

Con la población en crecimiento constante se construyó el primer Centro de Salud T-I que se encontraba ubicado en la calle Sirena s/n esq. con Tiburón en la Colonia del Mar, con medidas aproximadas de 6x6 m, con características precarias. Es por demanda de los colonos que en el periodo de los Delegados De La Rosa y Marcel se hizo ampliación del mismo, construyendo y cambiando de lámina de asbesto a loza, sin embargo, era insuficiente de acuerdo a la demanda. Durante 11 años se negoció la reubicación del Centro de Salud, ahora siendo T-II, con mejores características, en terrenos ubicados en Avenida la Turba y Cangrejo.

En el año 2000 se inicia la construcción del edificio por parte de la Universidad Marista en este periodo siendo la Delegada de Tláhuac Graciela Rojas, quien otorgó el terreno a la Universidad Marista para sus instalaciones. Sin embargo el licenciado Martínez Rojo, aspirante a delegado de Tláhuac invita al comité representante de la colonia a realizar consenso con la comunidad para decidir qué obras realizaba la Universidad Marista, retomando que no tendrían beneficios directos para la colonia, por lo que es clausurada la obra de la Universidad, para reiniciarla con la negociación de otorgar parte económica para construir un centro de salud en la Colonia Del Mar, como ayuda a la comunidad en la que se instalaba la Universidad Marista, debido a que seguía siendo una necesidad por la alta demanda y la atención indigna que los pacientes referían ante las condiciones arquitectónicas.

El lugar que se eligió para reubicar el Centro de Salud fue en los antiguos terrenos de siembra de remolacha donde se encontraba el centro antirrábico de la colonia, terreno que fue donado por la ejidataria Ángela García, con una superficie de 800 metros cuadrados en la Mz 164 Lotes 1, 2, 3, 4 de Avenida la Turba entre calles Cangrejo y Abulón.

Para el inicio de la construcción fue necesario otorgar el terreno a la delegación oficialmente para continuar con la construcción ya iniciada en obra negra por parte de la Universidad Marista. El Dr. Juan Manuel Castro Albarrán (director de la Secretaría de Servicios Públicos del Distrito Federal en el 2000) supervisa el terreno y estipula que sería conveniente juntar a los habitantes de colonia Del Mar y Agrícola Metropolitana (representada por Miguel Hidalgo) para brindar el servicio a las dos comunidades, el cual se inaugura en el año 2008.

EL SISMO DEL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2017

En la madrugada del 8 de septiembre del año 2017 se presentó un sismo de 8.1 ° en escala de Richter con origen en Oaxaca el cual representó el inicio de una serie de movimientos telúricos hasta culminar el 23 de septiembre del mismo año, sin embargo el del día 19 de septiembre con epicentro en Morelos ocasionó la apertura de la falla geológica que corre por debajo del centro de salud, y de toda la colonia del mar, produciendo múltiples fracturas en pavimento, casas e instalaciones públicas y privadas; durante ese tiempo se abrieron refugios temporales para damnificados ya que se presentaron más de 136 casas dañadas y en esos se encontró el centro de salud con fracturas en la pared del área de estomatología pero la más importante la fractura del estacionamiento el cual a la valoración del personal calificado dio un dictamen de inmueble seguro pero pendiente una nueva dinámica de suelo ya que la falla que se origina en calle Alcestis y termina en calle tiburón cruzando pulpo y esturión es muy grande y con movimientos continuos podría representar un grave peligro para la estructura de la unidad médica.

Tomando en cuenta que avenida la Turba se convirtió en la única avenida primaria paralela a avenida Tláhuac desde su entronque en el panteón de San Lorenzo hasta su término en la calle Guillermo Prieto. ha ocasionado el aumento del flujo vehicular y de camiones de gran peso. Lo que ocasiona un mayor riesgo de fractura en dicha grieta geológica. El área de responsabilidad del Centro de Salud Del Mar comprende la Colonia del Mar, la colonia Agrícola Metropolitana.

GEOGRAFÍA LOCAL

2.2.2 LOCALIZACIÓN

Tláhuac es la alcaldía número 11 de las 16 que existen en la Ciudad de México, se localiza al sureste de la CDMX, a 60 kilómetros del Zócalo capitalino colindando al norte y noreste con la alcaldía de Iztapalapa, al oriente con el municipio Valle de Chalco Solidaridad del Estado de México, al poniente con la alcaldía de Xochimilco y al sur con la alcaldía de Milpa Alta.

Geográficamente está situada entre los paralelos 19° 20° y 19° 12° de latitud norte, y los meridianos 98°56° y 99° 04° de longitud Oeste.

Extensión territorial

La Alcaldía tiene una superficie de 85.91 hectáreas; que corresponden al 5.75% del total de la CDMX y ocupa el quinto lugar entre las cuales el 39.1% es de superficie urbana, con 2,860 ha y el 60.9% es de zona de conservación ecológica con 5,674 ha. Dentro de esta cifra, 4,030 se han dedicado a sus agropecuarios y el resto corresponde a la zona inundable de la Ciénega.

Características y Uso de Suelo

Del total de la superficie delegacional, el 24.19% corresponde a suelo urbano, que abarca 2,064.8 hectáreas (ha); mientras que el 75.81% corresponde al suelo de conservación (dentro del que se contemplan las zonas de agricultura de riego temporal y eventual), que corresponde a 6,469.82 ha (PDDU, 2008; Mapa VIII). El suelo urbano se distribuye al noroeste de la delegación, y una franja al centro de la misma se divide en: habitacional (47.1%), habitacional con comercio (9.1%), habitacional mixto (6.7%), industria (4.1%), equipamiento (7.2%), espacios abiertos (7.3%), baldíos (8.3%) y vialidad (10.2%).

En la zona del suelo de conservación se distinguen dos grandes áreas destinadas a la agricultura de temporal y a la agricultura de riego eventual; se encontraron además los siguientes usos de suelo habitacional rural (9.3%), habitación rural con comercio (0.9%), equipamiento rural (2.5%), vialidad (1.6%), preservación ecológica (16%), producción rural agroindustrial (63.1%) y rescate ecológico (6.6%). Sin embargo, de acuerdo con información más reciente, se conoce que Tláhuac tiene una superficie total de 8,534.62 ha, está conformada en su mayor parte por suelo de conservación, representando el 66.49% del total de la superficie, en tanto que el suelo urbano ocupa el 33.50%. Dentro del suelo de conservación el 61.32% es de uso agropecuario; el 4.55% es de pastizal y tan solo un 0.62% de bosque. Para la zona urbana, el habitacional es el predominante con el 26.50% y con menor porcentaje el mixto: 4%; el de equipamiento: 2% y en áreas verdes: 1%.

La región se caracteriza por ser una zona de transición que va de lo rural a lo urbano. Colinda con una alcaldía completamente urbanizada como Iztapalapa y otra totalmente rural como Milpa Alta. La tendencia de crecimiento poblacional con respecto a la CDMX la ubica como una Alcaldía receptora del crecimiento de la ciudad, producto de la expulsión poblacional en las demarcaciones centrales; por la escasa oferta de suelo y por el relativo bajo costo del suelo en Tláhuac.

2.2.3 OROGRAFÍA

Tláhuac se localiza dentro de la zona geográfica "Altiplano Mexicano", en la provincia "Eje Neovolcánico", correspondiendo a la subprovincia "Lagos y Volcanes de Anáhuac"; con una clasificación de acuerdo con el sistema de topoformas de: Sierra Volcánica con estrato volcánico ocupando el 28% de la superficie de la Delegación; Llanura aluvial con 18%; Llanura lacustre 42%

del total de la superficie y Llanura lacustre salina con un 12%. La altitud media sobre el nivel del mar de la zona es de 2,235 metros, con una pendiente descendente mínima en sentido noroeste sureste, por lo que la colonia de Santiago Zapotitlán se localiza a una altitud promedio de 2,300 msnm; el Edificio Delegacional está a 2,240 msnm y el poblado de San Andrés Mixquic se localiza en una cota promedio de 2,220 msnm. La principal elevación que cuenta con una altura de 2,710 msnm es el Volcán Teuhtli localizado en la porción sur de la Delegación, sirviendo de límite con las delegaciones de Xochimilco y Milpa Alta. En el límite norte de la Delegación se localiza la Sierra de Santa Catarina cuya altura máxima es de 2,500 msnm, integrada por las elevaciones del Volcán de Guadalupe, el Cerro Tetecón y el Volcán Xaltepec.

De acuerdo con la vocación del suelo determinada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el 55.68% de la superficie total de la Delegación es apta para el desarrollo agrícola, especialmente para la cosecha de maíz, alfalfa, frijol, peral, romerito, entre otros; otro 4.55% de la superficie es apta para el desarrollo de pastizales conocidos en la zona como zacate, el zacatón y enchilada que se emplean como forraje, en tanto que el 0.62% del territorio delegacional es considerado con vocación ambiental (Bosque). El 39.15% restante no se refiere con vocación alguna, por lo que corresponde a la superficie ocupada por asentamientos humanos.(4)

2.2.4 HIDROGRAFÍA

Tláhuac se encuentra totalmente dentro de la cuenca del Anáhuac. El centro de su territorio corresponde a la superficie de los lagos de Chalco y Xochimilco. De ellos sólo se conserva un sistema de canales que corre entre las chinampas de los pueblos de Tláhuac y Mixquic. En la actualidad, el Anáhuac forma parte de la cuenca del río Pánuco, a la que quedó ligado a través de las obras hidráulicas realizadas en el norte del valle de México a partir del siglo XVII. Este drenaje lleva las aguas de la cuenca al río Tula, tributario del Pánuco que desemboca en la vertiente del golfo de México junto al puerto de Tampico.

El sistema de canales de la chinampería es alimentado con aguas residuales procedentes de la planta de tratamiento del cerro de la Estrella, en Iztapalapa. Esta es conducida a través del conducto subterráneo del canal de Garay y la avenida Tláhuac hasta los canales de la zona de Cuemanco y Tlaltenco. De no ser así, los canales estarían secos debido a que los manantiales que alimentaban los lagos de la cuenca están exhaustos o han sido desviados hacia el desagüe general del valle de México. En 2003 la planta del cerro de la Estrella enviaba a los canales de Xochimilco y Tláhuac un total de 1.6 m³/s, y 1.2 m³/s para emplear en los canales de riego de la región de Tláhuac-Mixquic. La calidad de las aguas que reciben los canales de Tláhuac es regular, debido a que no se emplean para consumo humano, sino para actividades agrícolas. Como estos cauces no están completamente purificados, el suelo de la chinampería tlhuaquense presenta indicios de contaminación por sales y metales pesados, aunque no rebasan los límites permisibles.

Los humedales de Tláhuac constituyen un rasgo hidrológico importante en el valle de México. Se localizan sobre la planicie lacustre de Chalco, al oriente de la delegación. La formación de esta ciénega se debe a la explotación del acuífero de Santa Catarina-Mixquic a través de un conjunto de pozos que bombean el agua desde el subsuelo de la zona. La extracción del líquido ha provocado el hundimiento de las zonas cercanas a los pozos, y esto ha favorecido la acumulación de agua en la superficie localizada en torno a la carretera Tláhuac-Chalco. Desde 1988 el nuevo lago ha alcanzado 12 metros de profundidad. Los estudios que se han realizado sobre el fenómeno pronostican que la superficie del humedal se extenderá en los años siguientes hacia el sureste, acentuando la exposición de la zona habitacional de Valle de Chalco y el oriente de San Pedro Tláhuac al riesgo de inundaciones más graves, puesto que la infraestructura hidráulica de la región de Chalco se verá afectada por la deformación del suelo. (4)

2.2.5 CLIMA

El clima de Tláhuac es templado subhúmedo con lluvias en verano (Cwb, de acuerdo con la clasificación climática de Köppen). El norte tlahuacuense presenta condiciones de menor humedad, mientras que el tercio meridional tiene una humedad media. La temperatura anual promedio es de 16.8°C, con una máxima promedio de 25.4°C y una mínima de 5.2°C. Los meses más cálidos son abril y mayo, en tanto que los más fríos son diciembre y enero. La temporada de lluvias comienza en mayo y concluye en octubre, las precipitaciones se hacen más intensas se presentan entre julio y agosto, meses en que llueve entre 13 y 15 días en promedio. (4)

2.2.6 FLORA

La flora de la región corresponde al tipo de vegetación de pradera; existen muy pocas zonas boscosas consideradas en el estrato arbóreo y se detectan extensas áreas de cultivos permanentes, especialmente las zonas este y sur, donde se cultivan de forma cíclica: maíz, espinaca, romeritos y acelgas.

En el Teuhtli se conserva un pequeño bosque de encino, que es representativo de los ecosistemas nativos del valle de México. (4)

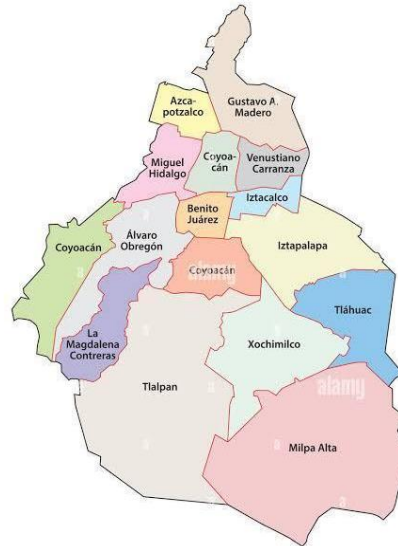
2.2.7 FAUNA

La fauna ha tenido serios cambios conforme ha transcurrido el tiempo, al verse transformado su medio natural por causa de la presencia del hombre persisten algunas especies altamente amenazadas como el ajolote, ardillas, culebras de agua, sapos y especies como axayácatl, así por ejemplo en la Sierra de Santa Catarina se han encontrado ejemplares de tejón, cacomixtle y murciélago; es posible encontrar alguna serpiente de cascabel y ardillas en la zona. En las

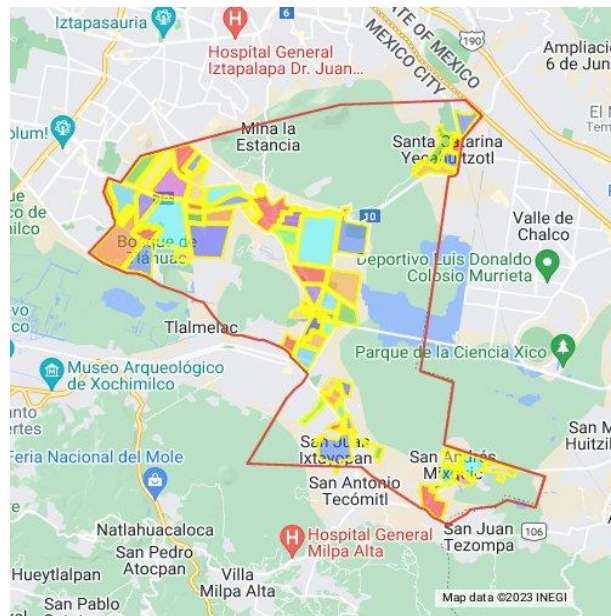
poblaciones y ranchos existe el ratón casero, la rata noruega y el tlacuache; de las aves, la más común es el tordo. (4)

2.3 MAPAS

2.3.1 MAPA DEL ESTADO



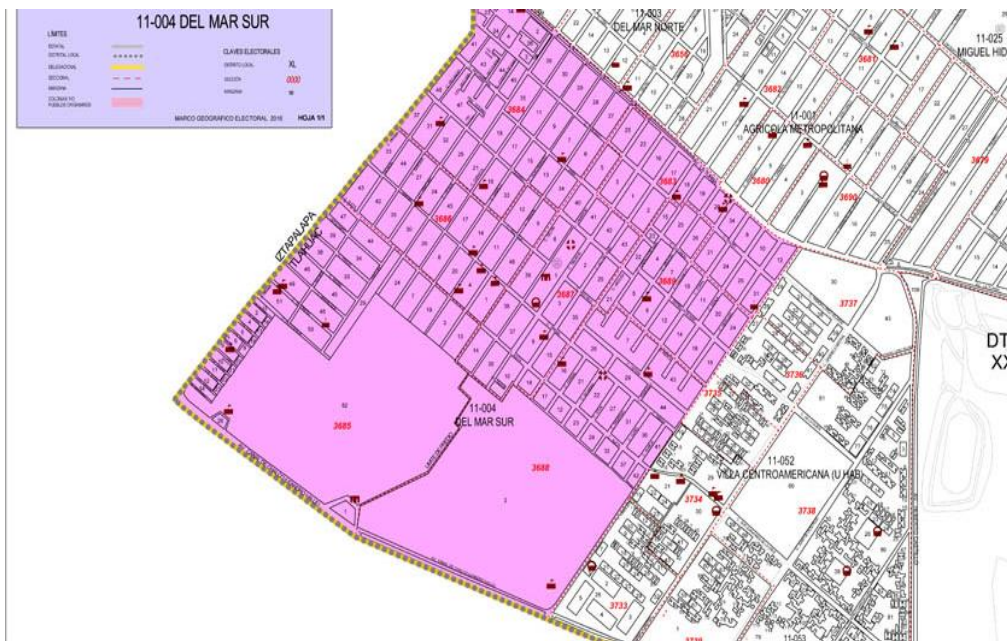
2.3.2 MAPA DEL MUNICIPIO O DELEGACIÓN



2.3.3 MAPAS DE CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS



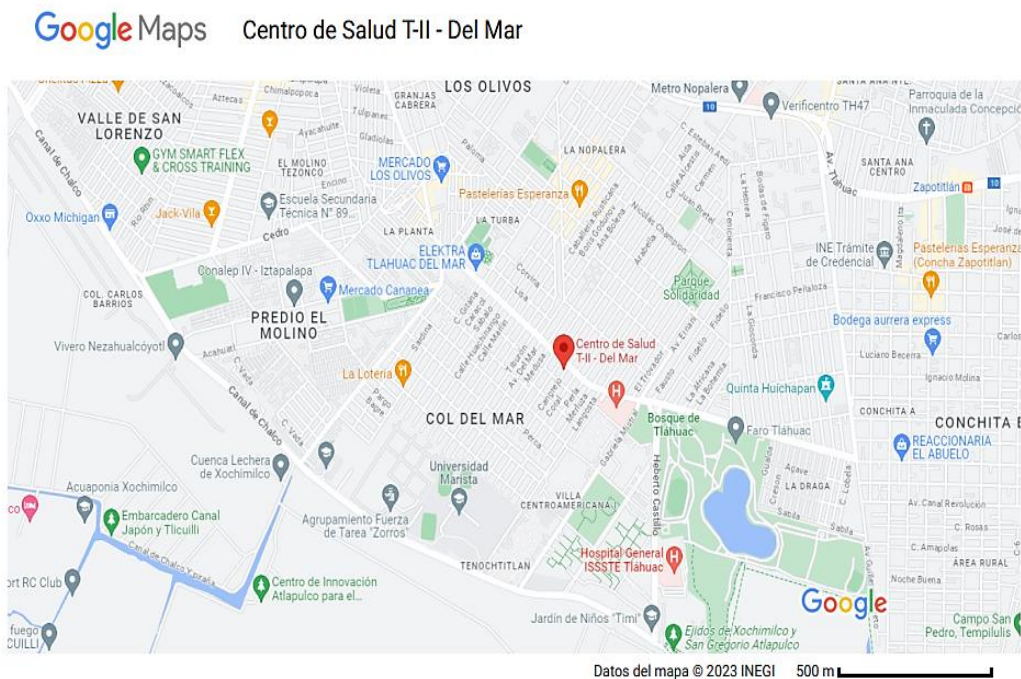
2.3.4 CROQUIS DE LA COMUNIDAD O ZONA



UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Al norte con las colonias Nopalera y la Turba, al oeste con las colonias la Planta y el Predio el molino de la delegación Iztapalapa, al este con la colonia Miguel Hidalgo, Villa Centroamericana y unidad habitacional Tenochtitlan, al sur con el canal de Chalco y los viveros Nezahualcóyotl y la zona de lago que corresponde el centro de salud TII del Mar se encuentra ubicado en Av. La Turba, entre Cangrejo y Abulón, Col. del Mar, 13270.

Mapa del área



INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ESTADÍSTICAS VITALES

3.1 POBLACIÓN TOTAL: PIRÁMIDE POBLACIONAL

La población de del Mar y Agrícola Metropolitana con o sin derechohabiente del seguro popular hay una totalidad de 28,657 habitantes en los 9 AGEBS que corresponden al área de responsabilidad del centro de salud TII del Mar el grupo de edad en donde se concentra la mayoría de los integrantes en el grupo de edad de 15 a 19 años mostrando como ya se empieza a invertir la pirámide poblacional al igual que la tasa nacional. Por dicho motivo es de suma importancia los programas para prevenir el embarazo en la adolescencia con énfasis en la consejería preconcepcional, y la planificación familiar, así como general acciones encaminadas a prevención de adicciones, suicidios, violencia.

POBLACIÓN TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO 2022			
GRUPO DE EDAD	CENTRO DE SALUD T-II DEL MAR		
	SEXO		TOTAL
	Masculino	Femenino	
0	95	88	183
1	105	100	205
2	94	90	184
3	84	80	164
4	76	73	149
1-4	359	343	702
0-4	454	431	885
5-9	455	435	890
10-14	492	478	970
5-14	974	913	1,860
15-19	633	594	1,227
20-24	601	589	1,190
25-29	582	570	1,152
30-34	500	514	1,014
35-39	469	502	971
40-44	423	471	894
45-49	425	459	884
15-49	3,633	3,699	7,332
50-54	345	354	699
55-59	270	270	540
50-59	615	624	1,239
60-64	194	206	400
65-69	133	144	277
70-74	88	112	200
75-79	57	78	135

Fuente: Estimaciones de la DGIS con base en las proyecciones generadas por el CONAPO (2018), además de la información de los Censos de Población y Vivienda, La Encuesta InterCensal, El Padrón General de Salud y las ENSANUT.

3.2 POBLACIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL

POBLACION SIN SEGURIDAD SOCIAL 2021		
MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL

6,128	6,304	12,586
-------	-------	--------

Evidentemente al encontrarse en los servicios de salud de la ciudad, la mayor parte de nuestra población no cuenta con algún tipo de servicio médico o gastos mayores, por lo que acuden a nuestras instalaciones.

3.3 DENSIDAD DE POBLACIÓN

Población total por grupos de edad y sexo en los últimos 5 años

AÑO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2018	13,738	14,694	28,462
2019	13,889	14,753	28,641
2020	14,017	14,890	28,907
2021	13,958	14,828	28,786
2022	13,110	13,927	27,037

Se puede observar una disminución de 1,749 habitantes de los cuales pueden corresponder a defunciones por COVID19 y migración principalmente.

3.4 POBLACIÓN POR LOCALIDAD O DELEGACIÓN

En las áreas recreativas y de espacios abiertos, destacan: el Bosque de Tláhuac, el deportivo de ampliación Selene y el Parque Los Olivos que data del periodo virreinal y que muestra cierto grado de abandono. En promedio existen 2.5 m³ de Áreas verdes por habitante; por lo que se requiere de un programa para su rehabilitación.

Dentro del uso habitacional se cuentan treinta asentamientos irregulares, la mayoría ubicados en la periferia de la Sierra de Santa Catarina y los alrededores de San Juan Ixtayopan y La Conchita. Las zonas de usos mixtos se ubican principalmente al norponiente de la delegación y a lo largo de la Avenida Tláhuac, que concentra zonas comerciales y de servicios como corredor urbano.

La falta de control en las autorizaciones del uso de suelo de conservación generó irregularidades como el incremento incontrolado de población, la incorporación de áreas agrícolas a usos urbanos. Adicionalmente, se asignaron usos urbanos a la zona de Bosque de Tláhuac y Villa Centroamericana, actualmente en estado irregular, se considera la conveniencia de realizar un programa parcial en esa zona para su reordenamiento urbano. Con respecto al área urbana, el 74.9% corresponde al uso habitacional; el 12.1% a uso mixto; el 5.8% corresponde a áreas verdes y

espacios abiertos; el 5.5% son asentamientos irregulares y el 1.7% restante comprende las áreas con equipamiento urbano.

Este cuadro tiene información sobre población, área, densidad, uso predominante, lote tipo, nivel social, uso de 1987 y uso propuesto actual, equipamiento, y otras normas aplicables

3.6 MIGRACIÓN

El secretario de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), Rigoberto Salgado Vázquez, informó que, del 29 de marzo al 22 de abril, el Albergue Temporal para personas migrantes de la Alcaldía Tláhuac ha atendido a 7 mil 788 personas con trámites, alimentación y servicios. La SIBISO ha brindado una atención integral para que las personas migrantes cuenten con todos los servicios durante su estancia, con la instalación de tres carpas para dormitorio, 110 casas de campaña, ocho áreas de dormitorios fijos y móviles, además de la entrega de paquetes de higiene, colchas y colchonetas. Indicó que, hasta el corte de hoy, 800 personas pernoctan en el Albergue Temporal, 425 hombres, 231 mujeres, 144 niñas, niños y adolescentes, de las siguientes nacionalidades: 511 de Haití, 171 de Venezuela, 38 de Chile, 23 de Brasil, 15 de Honduras, 10 de Ecuador, 9 de Angola, 5 de República Dominicana, 3 de El Salvador, 3 de Nicaragua, 3 de Colombia, 2 de Guatemala, 2 de Cuba, 2 de Guyana, 2 de Egipto y 1 persona de Siria. También se instaló una coordinación con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, ONGs, e instancias de la ONU para seguimiento y mejora constante de las atenciones brindadas, y se abrieron dos puntos de acopio, uno en la entrada del Bosque de Tláhuac y otro en la sede del DIF Tlazocihualpilli de San Sebastián, en Tulyehualco, Alcaldía Xochimilco.

TASAS DE CRECIMIENTO TOTAL, NATURAL Y MIGRATORIO, 1980-1992.

Unidad administrativa	Tasa Total	Tasa Natural	Tasa Migratoria
Delegación Tláhuac	4.46	2.70	1.76
Distrito Federal	0.19	1.85	-1.66

Fuente: Cuadernos de Información Básica Delegacional 1992-1993, Anuario Estadístico del Distrito Federal 1993.

Tomando en consideración que la tasa de crecimiento natural para el periodo 1980-1992 en la delegación fue de 2.70%, con una tasa migratoria de 1.76%, tenemos que el crecimiento migratorio significó cerca de la mitad del incremento de la población total. Esta tasa de crecimiento migratorio es la segunda más alta en el Distrito Federal para el periodo señalado. Una cantidad importante de esta migración son flujos de personas provenientes de otras delegaciones del Distrito Federal. La población inmigrante se ha asentado, en general al norponiente de la Delegación, en las colonias Los Olivos, Las Arboledas y La Nopalera, zonas que colindan con Iztapalapa.

El esquema de Tláhuac contrasta con el del conjunto del Distrito Federal, que en el mismo periodo tuvo una tasa de crecimiento de 0.19%, con una tasa migratoria de -1.66%.

3.7 TASA DE NATALIDAD

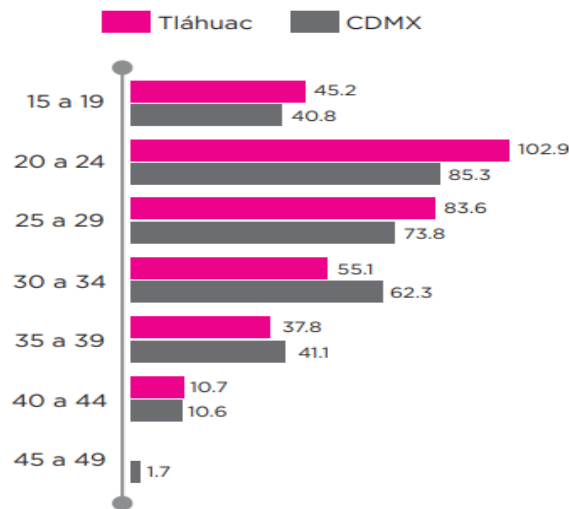
Mediante la Encuesta Intercensal 2015, se estima que durante 2014 en la demarcación el más alto promedio de nacimientos por cada mil mujeres se encuentra entre la población femenina de 20 a 24 años (102.9). Asimismo, la tasa de fecundidad adolescente² (45.2) se encuentra por arriba del promedio de la Ciudad de México.

Para la alcaldía de Tláhuac se tiene un promedio de 1.4 hijos por cada mujer entre 15 y 49 años habitante de la demarcación.

3.8 TASA DE FECUNDIDAD

La tasa global de fecundidad³ es 1.68 el cual se encuentra por arriba del promedio de la Ciudad de México (1.58). Para esta misma alcaldía el porcentaje de hijos o hijas fallecidas es del 2.4%, en otras palabras, por cada 100 niños o niñas nacidos poco más de 2 fallecen.

Gráfica 3. Tasa de fecundidad por grupos quinquenales de edad⁴ para la Ciudad de México y la alcaldía de Tláhuac, 2014



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal, 2015.

4. INDICADORES SOCIALES

4.1 EDUCACIÓN

PLANTELES OFICIALES		PLANTELES PARTICULARES	
EDUCACIÓN BÁSICA			
Guarderías (turno completo)	1	Guarderías (servicio ofrecido por jardín de niños)	3

Jardín de niños	1	Jardín de niños	10
Primarias (turno matutino y vespertino)	3	Primarias (turno matutino)	3
Secundarias (turno matutino y vespertino)	1	Secundarias (turno matutino)	1
EDUCACIÓN MEDIA			
Preparatoria (Turno matutino y vespertino)	1	Preparatoria	0
EDUCACIÓN SUPERIOR			
Universidad	0	Universidad	2

Fuente: trabajo social C.S.T II Del Mar.

4.2 GRUPOS VULNERABLES

Desarrollo comunitario

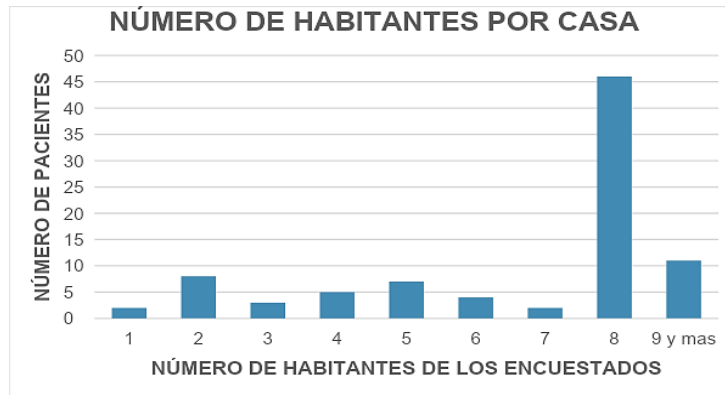
Existen grupos que tienen como propósito los desarrollos comunitarios dentro de estos destacan los grupos de ayuda mutua, comité de salud, grupos de alcohólicos anónimos y grupos de comunidad.

DESARROLLO COMUNITARIO	NÚMERO	NÚMERO DE INTEGRANTES	NÚMERO DE ACCIONES	TIPO DE ACCIONES QUE REALIZA
Comité de salud	1	10	3	Promoción, elaboración de material didáctico, gestiones
Grupos de ayuda mutua	1	25	2	Educación para la salud, activación física
Grupo de alcohólicos	2	30	3	Promoción, elaboración material didáctico, gestiones
Grupos de la comunidad	3	30	3	Participación en el desarrollo, educación para la salud, promoción.

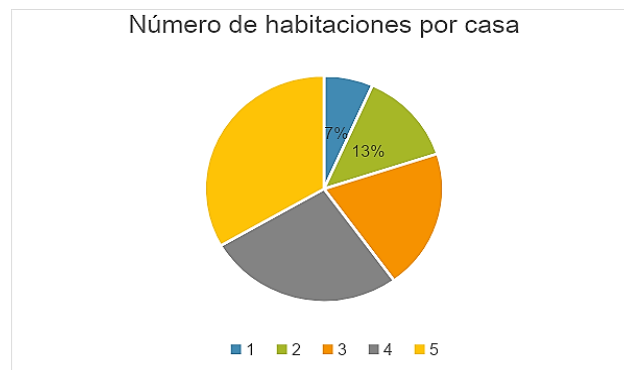
4.3 VIVIENDA

4.3.1 ORGANIZACIÓN FAMILIAR

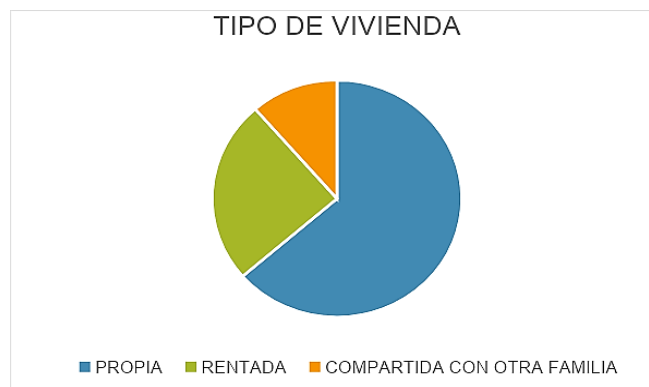
Desafortunadamente aún en pleno 2023 y debido a las condiciones económicas y demográficas, todavía existe una gran cantidad de la población viviendo en situación de hacinamiento.



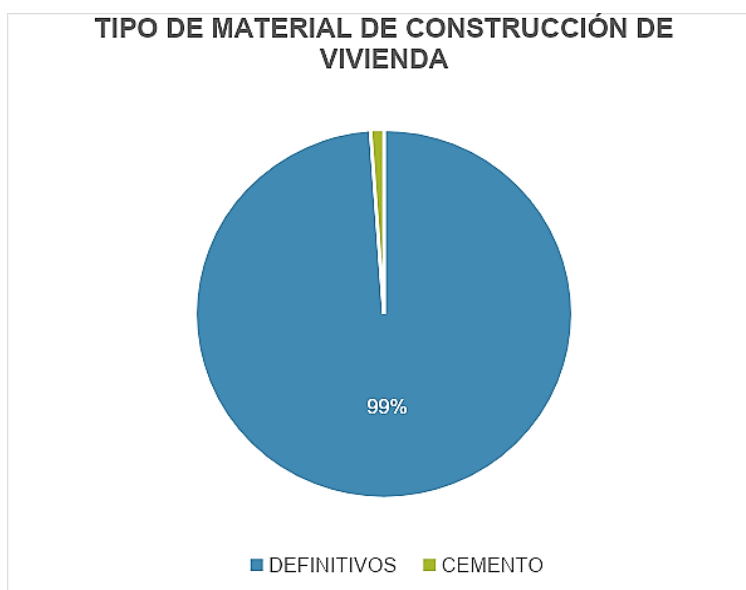
Como ya se mencionó en la gráfica previa, los pacientes aún en este año están expuestos a situaciones de hacinamiento al vivir más de 8-9 personas promedio por casa y contando principalmente con 2-3 habitaciones para distribuir a esa cantidad de habitantes.



La mayor parte de nuestra población cuenta con vivienda propia, al tratarse de un 64% del total.



Afortunadamente la población casi en su totalidad ya cuenta con vivienda de materias perdurables.



CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA 1995

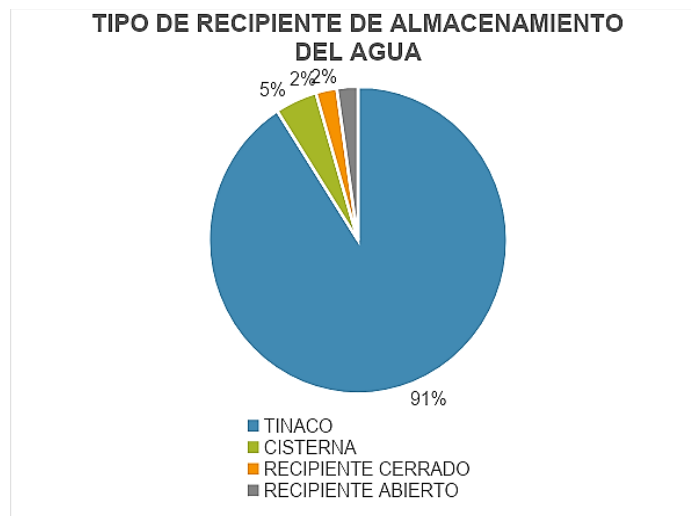
	TLÁHUAC		DISTRITO FEDERAL		TLÁHUAC/DF
	Miles	%	Miles	%	%
Total	55.9	100.0	2,010.7	100.0	2.7
Propias	44.4	79.5	1,302.9	64.8	3.4
Rentadas	6.1	10.9	515.3	25.5	1.1
Otras	5.4	9.6	195.0	9.7	2.7
Unifamiliar	49.5	88.6	1,057.6	52.6	4.6
Plurifamiliar	5.8	10.4	920.9	45.8	0.6
Otras	0.6	1.0	32.1	1.6	1.8
Hacinamiento	14.0	25.1	297.5	14.8	4.7
Precariedad	19.9	35.7	376.0	18.7	5.2
Deterioradas	3.7	6.6	625.3	31.1	0.5
Agua entubada	54.3	97.1	1962.6	97.6	2.7

Drenaje	52.9	94.6	1961.9	97.5	2.6
Energía eléctrica	55.5	99.2	2001.7	99.5	2.7
Sin información	0.2	-	5.7	-	-

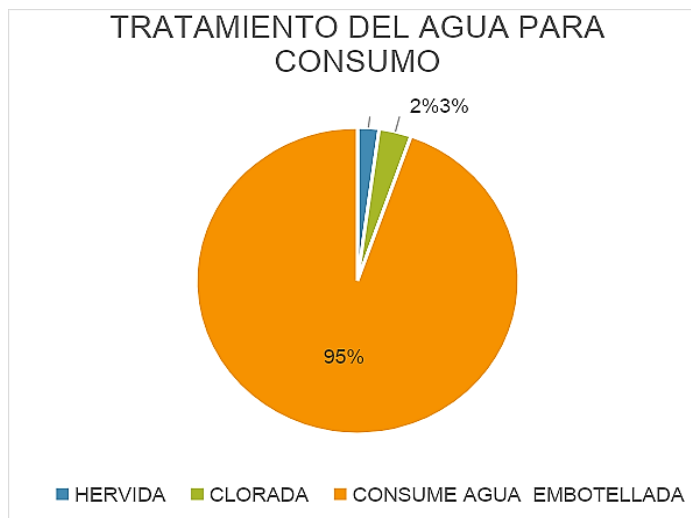
Fuente: Escenario Programático de la vivienda en la Ciudad de México 1996-2010-2020, con base en el XI Censo General de Población y Vivienda 1990 y el Censo de 1995. Ver definiciones y notas metodológicas en el anexo documental.

4.3.2 DISPONIBILIDAD DE AGUA

La disposición de agua el 100% de los encuestados respondió tener llave domiciliaria que le permite el acceso al agua potable.



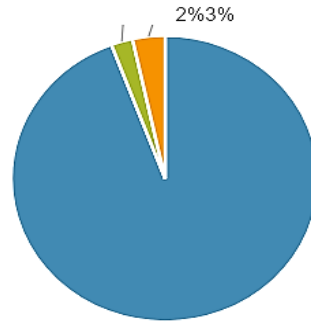
Casi el 100% de la población estudiada cuenta con acceso al agua potable, sin necesidad de hervirla, clorarla o recurrir a algún otro método de potabilización.



El 94% de la población cuenta con gas para la cocción de alimentos.

TIPO DE COMBUSTIBLE UTILIZADO

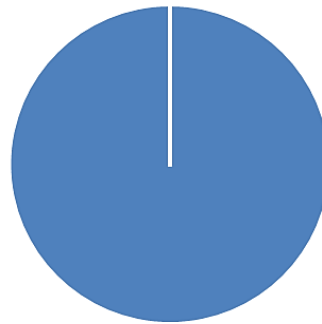
■ GAS ■ PARRILLA ELÉCTRICA ■ LEÑA Y/O CARBÓN



4.3.3 ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

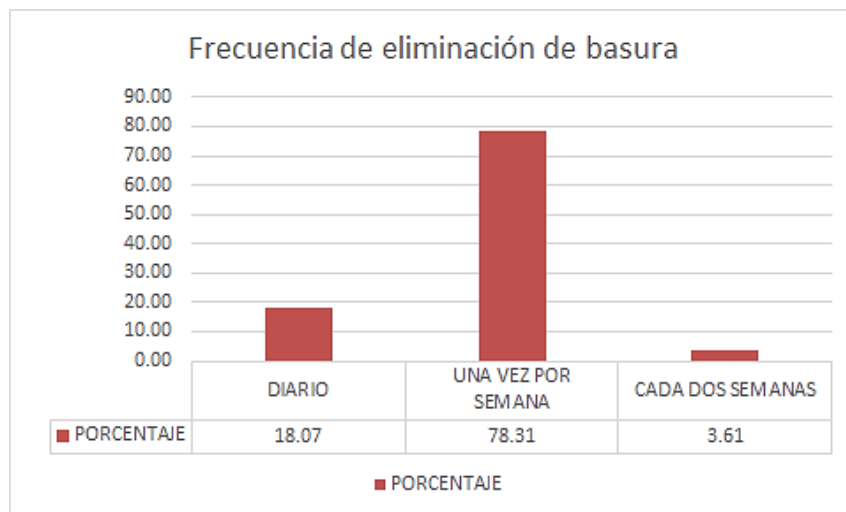
El 100% de la población encuestada respondió realizar la eliminación de las excretas mediante baño.

Eliminación de excretas



■ BAÑO ■ LETRINA ■ RAS DE SUELO ■ OTROS

4.3.4 ELIMINACIÓN DE BASURA



4.4 VÍAS DE COMUNICACIÓN

Las principales vías de acceso al Centro de Salud TII Del Mar son por su localización, a través de la Avenida Tláhuac, así como por el Periférico Por Avenida Tláhuac se puede acceder desde sus límites con la Delegación Iztapalapa de donde se encuentra ubicada una base de microbuses Ruta 41, los cuales toman un tramo de Avenida Tláhuac y posteriormente se introducen en la Avenida de La Turba y pasan frente al Centro de Salud.

Microbuses de la ruta 12: recorren de Avenida 10 de mayo en los límites de la delegación Iztapalapa, hasta la Colonia Agrícola Metropolitana, con base en el Mercado Delegacional a tres cuerdas del C.S. T-II Del Mar.

De la Terminal del metro General Anaya, la Ruta 50 Tláhuac-Las Piedras por Colonia Del Mar, los cuales llegan a la Delegación a través del Periférico y toman la desviación hacia Canal del Chalco hasta Avenida

Piraña y posteriormente La Turba hasta su base en Villa Centroamericana.

Más recientemente se encuentra la línea 12 del Metro que brinda transporte desde la estación Mixcoac hasta estación Tláhuac, y representa una importante vía de acceso a estas inmediaciones desde lugares más lejanos a bajo costo y en un menor

La estación más cercana al Centro de Salud Del Mar es Nopalera tomado un mototaxi sobre la calle de Alcestis hasta la turba dejándole en frente del centro de salud o por la estación Tezonco, de la cual se toma una Combi con el nombre "Villas", bajarse en el Centro de Salud.

4.5 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Las principales vías de acceso al Centro de Salud TII Del Mar son por su localización, a través de la Avenida Tláhuac, así como por el Periférico Por Avenida Tláhuac se puede acceder desde sus límites con la Delegación Iztapalapa de donde se encuentra ubicada una base de microbuses Ruta 41, los cuales toman un tramo de Avenida Tláhuac y posteriormente se introducen en la Avenida de La Turba y pasan frente al Centro de Salud.

Microbuses de la ruta 12: recorren de Avenida 10 de mayo en los límites de la delegación Iztapalapa, hasta la Colonia Agrícola Metropolitana, con base en el Mercado Delegacional a tres cuerdas del C.S. T-II Del Mar.

De la Terminal del metro General Anaya, la Ruta 50 Tláhuac-Las Piedras por Colonia Del Mar, los cuales llegan a la Delegación a través del Periférico y toman la desviación hacia Canal del Chalco hasta Avenida

Piraña y posteriormente La Turba hasta su base en Villa Centroamericana.

Más recientemente se encuentra la línea 12 del Metro que brinda transporte desde la estación Mixcoac hasta estación Tláhuac, y representa una importante vía de acceso a estas inmediaciones desde lugares más lejanos a bajo costo y en un menor

La estación más cercana al Centro de Salud Del Mar es Nopalera tomado un mototaxi sobre la calle de Alcestis hasta la turba dejándole en frente del centro de salud o por la estación Tezonco, de la cual se toma una Combi con el nombre "Villas", bajarse en el Centro de Salud.

4.6 NUTRICIÓN

4.6.1 ALIMENTOS MÁS FRECUENTES

En Tláhuac se puede disfrutar de la comida tradicional mexicana aderezada con los productos que se producen en la región, como el huauzontle, la flor de calabaza, los quelites, las verdolagas, quintoniles, romeros, hongos seta y huitlacoche. El caldo de xoconostle y los tlapiques (especie de tamal elaborado a base de pequeños trozos de pescado como los charales o carpa, y tripas de pato, pollo, o médula, aunque originalmente el tlapique era de rana o ajolote)

De la cocina tradicional de Tláhuac es también el michmole, hecho con pescado y aderezado con hierbas como epazote y la lengua de la vaca, el mole de petate, el chichicuilete aderezado con nopalitos y xoconoxtle, tamales de frijol cocidos, atole de pinole al que se le agrega piloncillo, canela y anís, atole de maíz remojado, escamoles y desde luego tortillas de maíz hechas a mano, el dulce de calabaza, quesos de leche de cabra.

4.6.2 OBTENCIÓN DE ALIMENTOS

Se detectan extensas áreas de cultivos permanentes, especialmente las zonas este y sur, donde se cultivan de forma cíclica: maíz, espinaca, romeritos y acelgas, y en forma perenne: alfalfa, peral, higo, y nogal. Otra vegetación importante es la acuática encontrándose lirio acuático, chichicastle y ninfa

4.7 ECONOMÍA

4.7.1 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

Mercados

El mercado Del Mar fue entregado y promovido por el subdelegado de la Colonia del Mar el Sr. Justino Santana Manjarrez además de Jaime Santana Manjarrez, José Rocío Deolarte Ortega, Avelina Mariles Palma, Martha Palma, Ángeles García Palma. Otorgando los espacios y puestos de manera gratuita a los locatarios, comienza funcionando como tianguis, actualmente es un mercado cerrado. Se encuentra ubicado en la calle Tiburón casi esquina con Av. Sirena.

4.8 ENERGÍA ELÉCTRICA

La red de energía eléctrica es, generalmente, la que ofrece menos obstáculos para su dotación, razón por la cual el 95% de las viviendas cuenta con este servicio. Únicamente existe déficit del servicio en las Colonias: Rosario, Arboledas y Estación.

En relación con el alumbrado público este cubre las zonas habitacionales que cuentan con electrificación, por lo que tiene también una cobertura del 95%, a través de 14,168 luminarias. Se puede mejorar el servicio con la colocación de luminarias adicionales y/o con el reacondicionamiento de las actuales.

4.9 CONTAMINANTES AMBIENTALES

Existen zonas de incendio de pastos, estos riesgos se dan por el calentamiento natural de algunas zonas, o por descuido de los mismos habitantes, se localizan principalmente en: a) Volcán Guadalupe y Sierra de Santa Catarina, b) Ejido Tlaltenco, Colonia Las Puertas; c) Ejido Tláhuac, Barrio La Asunción; d) Carretera a Santa Catarina (Eje 10 Sur); e) Calzada Tláhuac-Chalco y f) atrás del hospital materno infantil.

4.10 RELIGIÓN

Predomina la religión católica y evangelista por los templos que se encuentran en la región. Desde 1960 se realiza una de las celebraciones religiosas de mayor relevancia entre sus habitantes, se inicia el domingo de ramos. El viernes se realiza el vía crucis por las calles principales, cada estación se ilustra con un cuadro que representa algún pasaje histórico de la vida y muerte de Jesucristo.

4.11 SERVICIOS PARA EL RECREO COMUNITARIO

LUGARES DE INTERES PÚBLICO

La Colonia del Mar cuenta a su vez con la Casa de Cultura Del Mar. Existe un Centro de Rehabilitación Cristiano que alberga a personas en tratamiento de diferentes adicciones, se encuentra ubicado en la calle Tiburón casi esquina con Av. La Turba.

La Colonia del Mar cuenta con una biblioteca de la Red de Bibliotecas Públicas del Distrito Federal, lleva por nombre Biblioteca "Barón de Humboldt"

4.12 HÁBITOS Y COSTUMBRES

4.12.1 FIESTAS CIVILES Y RELIGIOSAS MÁS IMPORTANTES

DÍA DE MUERTOS

La celebración de los días de muertos se empieza a preparar en los siete pueblos de la Jurisdicción de Tláhuac desde finales del mes de octubre, con la compra de los elementos de la ofrenda que se pone en honor de las personas que fallecieron; para que luego se comparta con amigos y vecinos de la familia el 3 de noviembre.

CARNAVALES

En cuanto a las manifestaciones culturales propiamente de la zona no existen; ya que acuden a los carnavales y ferias de las zonas aledañas como Zapotitlán, San Lorenzo Tezonco y Tlaltenco.

IGLESIA

En noviembre de 1975 crece la demanda de servicios religiosos por parte de la comunidad de la colonia del Mar. La iglesia de la Colonia se consolida el 19 de noviembre de 1977 con la donación de terreno (mil metros cuadrados) por parte de: Justino Santana Manjarrez, Leónides Reyes (comisario ejidal), Ángel Salas, Avelina Mariles, Ángela García Palma. El primer sacerdote en dar servicio religioso fue Santiago Huerta Ajospa. A la iglesia se le nombra "Capilla Cristo del Mar" a partir de la votación realizada con tres nombres posibles: "Capilla Cristo del Mar", "Cristo del Océano" y "Señor del Mar" y esta ganó con 50 votos a favor. El tejaban, adornos, campana y Cristos fueron sufragados por habitantes de la colonia, el 10 de abril de 1977. Actualmente con fiesta de aniversario celebrada el 30 de junio, se ubica en Calle Camarón.

Como parte de los servicios públicos, para el año de 1975 (de marzo-octubre) se inicia la petición de abrir zanja para la tubería de agua, dotando de 1500 metros de tubería de 4 pulgadas y obteniendo el recurso en ese año, no es a más de dos años después que se adquiere energía eléctrica por parte del gobierno de la Ciudad de México

5. DAÑOS A LA SALUD

5.1 MORTALIDAD GENERAL

Diez principales causas de mortalidad 2020				
Número	Causa	Criterios de agrupación	Volumen	Tasa (*)
1	COVID 19	189	89	307.88
	- Virus identificado	189	49	169.51
	- Virus no identificado	189	40	138.37
2	Enfermedades del corazón	97	40	138.37
3	Diabetes mellitus	61	38	131.46
4	Tumores malignos	49	18	62.27
	- Estómago	49	4	13.84
	- Próstata	49	3	10.38
5	Neumonía e influenza	105	12	41.51
6	Enfermedades del hígado	125	12	41.51
7	Enfermedad cerebrovascular	98	5	17.30
8	Accidentes	167	5	17.30
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	4	13.84
10	Insuficiencia renal	139	4	13.84
11	Signos, síntomas, estados morbosos mal definidos	998	1	3.46

12	Las demás causas	999	43	148.75
Total			271	93.75

Fuente: SIMBA, PEIIS, defunciones 2020 (CIE-10) (*) Tasa por 100,000 habitantes, excepto el total por 10,000. Población total de 28,907 habitantes.

COVID 19 como principal causa de mortalidad que ha tenido nuestra población.

5.1.1 MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES -1 AÑO		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLU MEN
1	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5
2	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO Y OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL (**)	4
3	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGENITAS (**)	2
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	2
5	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICION FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SALUD CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	1
6	ENFERMEDADES DE LA MADRE QUE AFECTAN AL FETO O AL RECIEN NACIDO	1
7	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA DEL NACIMIENTO	1
8	INHALACION E INGESTION DE ALIMENTO QUE CAUSA OBTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	1
9	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1
10	LAS DEMAS CAUSAS	3
TOTAL		21

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 15 A 19 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	1
2	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES	1
3	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
4	AGRESIONES (HOMICIDIO)	1
LAS DEMAS CAUSAS		0
TOTAL		4

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 20 A 24 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	COVID-19 (VIRUS IDENTIFICADO)	1

2	TUBERCULOSIS MILIAR	1
3	NEUMONIA E INFLUENZA	1
3	INSUFICIENCIA RENAL	1
3	PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS	1
3	BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	1
3	TRASTORNOS SISTEMICOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1
	LAS DEMAS CAUSAS	0
	TOTAL	8

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 25 A 29 AÑOS 2020

Núm. De Orden	CAUSA	VOLUME N
1	DIABETES MELLITUS	4
2	COVID-19	3
	- Virus Identificado	2
	- Virus No Identificado	1
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	2
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	2
5	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1
6	AGRESIONES (HOMICIDIO)	1
7	ACCIDENTES	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	2
	TOTAL	22

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 30 A 34 AÑOS 2020

Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	COVID-19	5
	- Virus Identificado	4
	- Virus No Identificado	1
2	DIABETES MELLITUS	1
3	TUMORES MALIGNOS	1
4	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
5	NEUMONIA E INFLUENZA	1
6	AGRESIONES (HOMICIDIO)	1
7	OBESIDAD	1
8	TRASTORNOS DEL METABOLISMO, DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	6
	TOTAL	18

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 35 A 39 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	14
	- Virus Identificado	7
	- Virus No Identificado	7
2	DIABETES MELLITUS	3
3	TUMORES MALIGNOS	3
	- Tumor maligno de la mama	1
	- Tumor maligno del estómago	1
	- Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	1
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	2
5	ANEMIA	2
6	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	1
7	TRASTORNOS SISTEMICOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1
	LAS DEMAS CAUSAS	2
	TOTAL	28

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 40 A 44 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	16
	- Virus Identificado	6
	- Virus No Identificado	10
2	TUMORES MALIGNOS	5
	- Tumor maligno de la mama	2
	- Tumor maligno del cuello de útero	2
3	DIABETES MELLITUS	4
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	2
5	ENFERMEDADES DEL CORAZON	1
6	ACCIDENTES	1
7	ANEMIA	1
8	ENFERMEDADES RENALES TUBULOINTERSTICIALES	1
9	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	1
10	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	1
	LAS DEMAS CAUSAS	4
	TOTAL	31

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 45 A 49 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	21
	- Virus Identificado	11
	- Virus No Identificado	10
2	DIABETES MELLITUS	9
3	TUMORES MALIGNOS	8
	- Tumor maligno de la mama	3
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	3
5	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3
6	OBESIDAD	2
7	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2
8	ESCLEROSIS MULTIPLE	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	4
	TOTAL	53

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 50 A 54 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN EN
1	COVID-19	34
	- Virus Identificado	25
	- Virus No Identificado	9
2	DIABETES MELLITUS	19
3	TUMORES MALIGNOS	15
	- Tumor maligno del ovario	4
	- Tumor maligno de la mama	4
	- Tumor maligno del cuello de útero	2
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	13
5	NEUMONIA E INFLUENZA	5
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	3
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
8	OBESIDAD	2
9	EPILEPSIA	2
10	ULCERA GASTRICA Y DUODENAL	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	6
	TOTAL	102

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 55 A 59 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	40
	- Virus Identificado	18
	- Virus No Identificado	22
2	DIABETES MELLITUS	24
3	TUMORES MALIGNOS	21
	- Tumor maligno del ovario	4
	- Tumor maligno del cuello de útero	3
	- Tumor maligno del páncreas	2
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	9
5	NEUMONIA E INFLUENZA	5
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	3
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
8	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
9	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	1
10	ILEO PARALITICO Y OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	11
	TOTAL	118

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 60 A 64 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	45
	- Virus Identificado	28
	- Virus No Identificado	17
2	DIABETES MELLITUS	41
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	21
4	TUMORES MALIGNOS	11
	- Tumor maligno del ovario	2
	- Tumor maligno del cuello de útero	2
	- Tumor maligno del colon	2
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	7
6	NEUMONIA E INFLUENZA	6
7	INSUFICIENCIA RENAL	5
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
9	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	2
10	ILEO PARALITICO Y OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	15
	TOTAL	157

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 65 A 69 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	COVID-19	50
	- Virus Identificado	31
	- Virus No Identificado	19
2	DIABETES MELLITUS	36
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	25
4	TUMORES MALIGNOS	13
	- Tumor maligno del ovario	2
	- Tumor maligno del cuerpo del útero y del útero parte no especificada	2
	- Tumor maligno del estómago	2
5	NEUMONIA E INFLUENZA	12
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	5
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3
8	POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS	3
9	INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	2
10	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	18
	TOTAL	169

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 70 A 74 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	COVID-19	36
	- Virus Identificado	24
	- Virus No Identificado	12
2	DIABETES MELLITUS	26
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	23
4	TUMORES MALIGNOS	15
	- Tumor maligno de la mama	4
	- Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	2
	- Tumor maligno del estómago	2
5	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	8
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	5
7	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	4
8	NEUMONIA E INFLUENZA	2
9	INSUFICIENCIA RENAL	1
10	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	12
	TOTAL	133

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 75 A 79 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	33
2	DIABETES MELLITUS	33

3	COVID-19	28
	- Virus Identificado	14
	- Virus No Identificado	14
4	TUMORES MALIGNOS	14
	- Tumor maligno de la mama	3
	- Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	3
	- Tumor maligno del cuello de útero	2
5	NEUMONIA E INFLUENZA	5
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	4
7	ENFERMEDADES DEL HIGADO	3
8	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	3
9	ENFERMEDAD DE PARKINSON	2
10	SEPTICEMIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	14
	TOTAL	140

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 80 A 84 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
2	ENFERMEDADES DEL CORAZON	46
1	DIABETES MELLITUS	42
3	COVID-19	19
	- Virus Identificado	12
	- Virus No Identificado	7
4	TUMORES MALIGNOS	7
5	NEUMONIA E INFLUENZA	6
6	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	3
3	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
8	DESNUTRICION Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	2
9	ENFERMEDADES DEL HIGADO	2
10	INSUFICIENCIA RENAL	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	13
	TOTAL	143

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 85 A 89 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUM EN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	44
2	DIABETES MELLITUS	24
3	COVID-19	13
	- Virus Identificado	3
	- Virus No Identificado	10
4	TUMORES MALIGNOS	7

	- Tumor maligno de la mama	2
5	NEUMONIA E INFLUENZA	3
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
7	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	1
8	INSUFICIENCIA RENAL	1
9	SEPTICEMIA	1
10	ANEMIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	17
	TOTAL	114

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 90 A 94 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	45
2	DIABETES MELLITUS	10
3	COVID-19	4
4	TUMORES MALIGNOS	2
5	NEUMONIA E INFLUENZA	2
6	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	2
7	ACCIDENTES	1
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1
9	INSUFICIENCIA RENAL	1
10	SEPTICEMIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	9
	TOTAL	78

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES 95 Y MAS AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	29
2	DIABETES MELLITUS	4
3	COVID-19	4
4	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	3
5	TUMORES MALIGNOS	2
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1
7	ANEMIA	1
8	ENFERMEDADES DEL HIGADO	1
9	ARTROSIS	1
	LAS DEMAS CAUSAS	2
	TOTAL	48

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES -1 AÑO 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	7
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGENITAS (**)	6
3	COVID-19	2
4	COMPLICACIONES OBSTETRICAS QUE AFECTAN AL FETO O AL RECIEN NACIDO	1
5	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICION FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACION CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	1
6	AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL INTESTINO DELGADO	1
7	DESNUTRICION Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	1
8	NEUMONIA E INFLUENZA	1
9	EPILEPSIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1
	LAS DEMAS CAUSAS	4
	TOTAL	26

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 1 A 4 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	LEUCEMIA	2
2	PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS	1
3	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1
4	ACCIDENTES	1
	SEPTICEMIA	1
	TOTAL	6

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 5 A 9 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	LEUCEMIA	2
	LAS DEMAS CAUSAS	0
	TOTAL	2

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 10 A 14 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	TUMORES MALIGNOS	1

LAS DEMAS CAUSAS	0
TOTAL	1

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 15 A 19 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ACCIDENTES	3
2	COVID-19 (Virus No Identificado)	1
3	PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS	1
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	1
5	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1
6	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
7	AGRESIONES (HOMICIDIO)	1
	LAS DEMAS CAUSAS	3
	TOTAL	12

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 20 A 24 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	5
	- Virus Identificado	1
	- Virus No Identificado	4
2	NEUMONIA E INFLUENZA	2
3	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	2
4	ACCIDENTES	2
5	AGRESIONES (HOMICIDIO)	2
6	LINFOMA NO HODGKIN	1
7	OBESIDAD	1
8	PARALISIS CEREBRAL Y OTROS SINDROMES PARALITICOS	1
9	ENFERMEDADES DEL HIGADO	1
10	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1
	LAS DEMAS CAUSAS	3
	TOTAL	22

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 25 A 29 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	5
	- Virus Identificado	1

	- Virus No Identificado	4
2	AGRESIONES (HOMICIDIO)	4
3	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL CORAZON	1
4	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	1
5	DIABETES MELLITUS	1
6	ACCIDENTES	1
7	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
8	ENFERMEDADES DEL CORAZON	1
9	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1
10	HIDROCEFALO CONGENITO	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	7
	TOTAL	24

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 30 A 34 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	12
	- Virus Identificado	6
	- Virus No Identificado	6
2	AGRESIONES (HOMICIDIO)	9
3	ENFERMEDADES DEL HIGADO	7
4	ACCIDENTES	4
5	TUMORES MALIGNOS	3
6	DIABETES MELLITUS	3
7	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	2
8	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	1
9	ENFERMEDADES RENALES TUBULOINTERSTICIALES	1
10	EPILEPSIA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	4
	LAS DEMAS CAUSAS	11
	TOTAL	58

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 35 A 39 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	28
	- Virus Identificado	15
	- Virus No Identificado	13
2	TUMORES MALIGNOS	6
	- Tumor maligno del encefálo	2
	- Tumor maligno del colon	2

3	NEUMONIA E INFLUENZA	5
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	4
5	ACCIDENTES	4
6	AGRESIONES (HOMICIDIO)	4
7	ENFERMEDADES DEL HIGADO	3
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3
9	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2
10	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	6
	TOTAL	66

PA3:F16RINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 40 A 44 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	44
	- Virus Identificado	19
	- Virus No Identificado	25
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	18
1	DIABETES MELLITUS	12
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	7
2	TUMORES MALIGNOS	5
	- Tumor maligno del estómago	2
9	AGRESIONES (HOMICIDIO)	4
10	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	3
7	NEUMONIA E INFLUENZA	2
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
8	ILEO PARALITICO Y OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1
	LAS DEMAS CAUSAS	11
	TOTAL	111

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 45 A 49 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	54
	- Virus Identificado	35
	- Virus No Identificado	19
2	DIABETES MELLITUS	19
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	19
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	10
5	TUMORES MALIGNOS	8
	- Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	3

6	NEUMONIA E INFLUENZA	7
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3
8	ACCIDENTES	3
9	AGRESIONES (HOMICIDIO)	2
10	ULCERA GASTRICA Y DUODENAL	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	12
	TOTAL	139

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 50 A 54 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	91
	- Virus Identificado	49
	- Virus No Identificado	42
2	DIABETES MELLITUS	30
3	ENFERMEDADES DEL HIGADO	16
4	ENFERMEDADES DEL CORAZON	14
5	TUMORES MALIGNOS	10
	- Tumor maligno del colon	3
6	NEUMONIA E INFLUENZA	10
7	ACCIDENTES	5
8	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	2
9	INSUFICIENCIA RENAL	1
10	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	9
	TOTAL	189

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 55 A 59 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	97
	- Virus Identificado	48
	- Virus No Identificado	49
2	DIABETES MELLITUS	37
3	ENFERMEDADES DEL HIGADO	17
4	NEUMONIA E INFLUENZA	14
5	ENFERMEDADES DEL CORAZON	11
6	TUMORES MALIGNOS	9
7	OBESIDAD	5
8	AGRESIONES (HOMICIDIO)	2
9	INSUFICIENCIA RENAL	2
10	TRASTORNOS DEL METABOLISMO, DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	2

SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
LAS DEMAS CAUSAS	18
TOTAL	214

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 60 A 64 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	81
	- Virus Identificado	45
	- Virus No Identificado	36
2	DIABETES MELLITUS	47
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	27
4	TUMORES MALIGNOS	13
	- Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	4
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	12
6	INSUFICIENCIA RENAL	6
7	NEUMONIA E INFLUENZA	6
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
9	ACCIDENTES	2
10	AGRESIONES (HOMICIDIO)	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	15
	TOTAL	213

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 65 A 69 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	83
	- Virus Identificado	43
	- Virus No Identificado	40
2	DIABETES MELLITUS	42
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	41
4	NEUMONIA E INFLUENZA	12
5	TUMORES MALIGNOS	11
	- Tumor maligno del colon	2
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	6
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3
8	INSUFICIENCIA RENAL	3
9	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2
10	EPILEPSIA	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	23
	TOTAL	228

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 70 A 74 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	61
	- Virus Identificado	31
	- Virus No Identificado	30
2	DIABETES MELLITUS	45
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	29
4	TUMORES MALIGNOS	13
	- Tumor maligno del colon	3
	- Tumor maligno de la próstata	2
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	9
6	NEUMONIA E INFLUENZA	5
7	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	5
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	4
9	INSUFICIENCIA RENAL	4
10	ANEMIA	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	15
	TOTAL	192

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 75 A 79 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	COVID-19	44
	- Virus Identificado	24
	- Virus No Identificado	20
2	DIABETES MELLITUS	43
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	29
4	TUMORES MALIGNOS	12
	- Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	2
	- Tumor maligno de la próstata	2
5	NEUMONIA E INFLUENZA	7
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	4
7	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	3
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
9	ANEMIA	1
10	INSUFICIENCIA RENAL	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	9
	TOTAL	155

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 80 A 84 AÑOS 2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	48
2	COVID-19	30

	- Virus Identificado	18
	- Virus No Identificado	12
3	DIABETES MELLITUS	29
4	ENFERMEDADES DEL HIGADO	7
5	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	6
6	TUMORES MALIGNOS	4
	- Tumor maligno del páncreas	2
7	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	4
8	NEUMONIA E INFLUENZA	4
9	INSUFICIENCIA RENAL	2
10	ULCERA GASTRICA Y DUODENAL	2
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	16
	TOTAL	152

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 85 A 89 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	28
2	DIABETES MELLITUS	12
3	COVID-19	14
	- Virus Identificado	7
	- Virus No Identificado	7
4	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	7
5	TUMORES MALIGNOS	6
	- Tumor maligno de la próstata	3
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	6
7	ENFERMEDADES DEL HIGADO	2
8	NEUMONIA E INFLUENZA	1
9	INSUFICIENCIA RENAL	1
10	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	6
	TOTAL	84

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 90 A 94 AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	26
2	COVID-19	7
	- Virus Identificado	5
	- Virus No Identificado	2
3	DIABETES MELLITUS	7
4	TUMORES MALIGNOS	2

5	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	2
6	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	2
7	ANEMIA	2
8	ILEO PARALITICO Y OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	2
9	INSUFICIENCIA RENAL	1
10	NEUMONIA E INFLUENZA	1
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
	LAS DEMAS CAUSAS	6
	TOTAL	58

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES 95 Y MAS AÑOS		
2020		
Núm. De Orden	CAUSA	VOLUMEN
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	8
1	TUMORE MALIGNO DE LA PROSTATA	1
3	DIABETES MELLITUS	1
4	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1
5	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	1
2	INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	1
	LAS DEMAS CAUSAS	3
	TOTAL	16

5.2 MORBILIDAD

5.2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Principales causas de morbilidad en población masculina en el Centro de Salud T-II del Mar 2022

CAUSA	POBLACIÓN TOTAL MASCULINA	%
COVID-19	1688	33
Infecciones respiratorias agudas	748	14.6
Otras enfermedades del sistema respiratorio	363	7.1
Caries dental	61	1.2

Fuente: Sistema de información en salud (SIS) C.S. T-II Del Mar, 2018-2022.

Durante el 2021 cobra relevancia además del COVID19 como causa de morbilidad en la población masculina lo relacionado con trastornos dentales y trastornos mentales y de comportamiento dentro de estos los generadores de violencia, sentenciados en libertad.

Principales causas de morbilidad en población femenina en el Centro de Salud T-II Del Mar 2022

CAUSA	POBLACIÓN TOTAL FEMENINA	%
COVID 19	2213	25.8%
Infecciones respiratorias agudas	1045	12.2
Otras enfermedades del sistema respiratorio	450	5.2
Cistitis, síndrome uretral e infección de vías urinarias de sitio no especificado	159	1.9
Consejería de VIH	140	1.6
Caries dental	136	1.6
Otras enfermedades del sistema digestivo	123	1.4

Fuente: sistema de información en salud (SIS) C.S T-II del Mar 2018-2022

En la población femenina de nuestra área de responsabilidad durante 2021, predominó COVID 19 e infecciones de vías áreas respiratorias altas, pero también cistitis, uretritis y en menor grado enfermedades del tubo digestivo.

5.2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

CAUSA	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
Certificado médico (discapacidad)	204	2.2	262	0.3	466	5
Otros factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	47	0.5	268	0.3	315	3.4
Otros trastornos mentales y del comportamiento	29	0.3	77	0.1	106	1.1

Fuente: sistema de información en salud (SIS) C.S T-II Del Mar 2018-2022.

En el grupo de edad de 20 a 59 años se colocan las personas que padecen algún tipo de discapacidad y también en estos principales padecimientos se integran los trastornos mentales y de comportamiento, lo que manifiesta que nuestra población mayormente en edad reproductiva requiere atención en estas áreas.

5.3 BROTES EPIDEMIOLÓGICOS

Durante mi año de pasantía no existió ningún brote epidemiológico.

Sin embargo, durante la emergencia sanitaria en el 2021 se habilitó, el área de diagnóstico, seguimiento, referencias de COVID-19, por medio de toma de muestras a las población que cumplía definiciones operacionales, así como la atención a pacientes diagnosticados con este padecimiento con sintomatología leve, se destaca la participación en las intensivas campañas de vacunación contra COVID-19, lo que ha puesto de manifiesto la vacunación como recurso efectivo para evitar las complicaciones y mortalidad por COVID-19.

BIBLIOGRAFIA

1. Gobierno de México (s/f). *Alcaldía de Tláhuac – Historia de la Alcaldía*. Gob.mx. Recuperado el 22 de septiembre de 2023, de <http://www.tlahuac.cdmx.gob.mx/historia-de-la-alcaldia/>
2. *Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Tláhuac*. (s/f). Org.mx. Recuperado el 22 de septiembre de 2023, de <https://paot.org.mx/centro/programas/delegacion/tlahuac.html>
3. (S/f). Marketdatamexico.com. Recuperado el 22 de septiembre de 2023, de <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-Del-Mar-Tlahuac-Ciudad-Mexico>
4. (S/f-b). Gob.mx. Recuperado el 22 de septiembre de 2023, de http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/PACDEL_Tlahuac.pdf

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

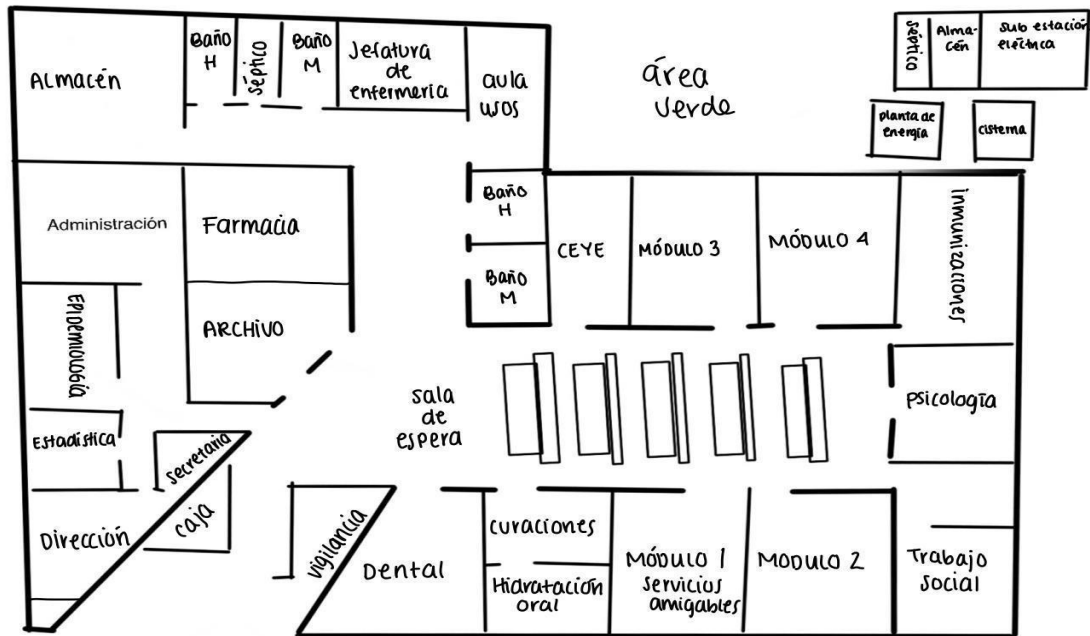
1. RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD

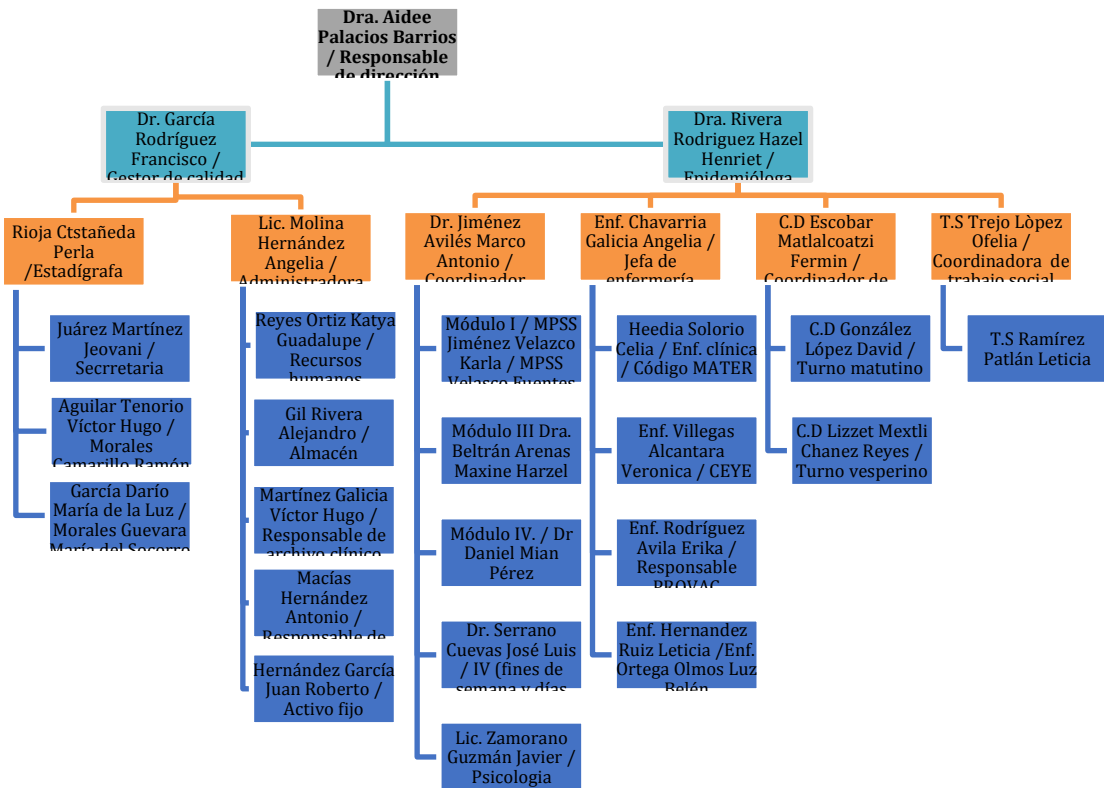
El Centro de Salud T.II Del Mar está constituido en una sola planta que cuenta con los siguientes servicios:

- Módulo de vigilancia
- Área de gobierno que incluye la oficina de la dirección
- Área para secretaria de dirección
- Epidemiología
- Estadística
- Administración y recursos humanos
- Área de almacén
- Coordinación de enfermería
- Aula de usos múltiples
- Sanitarios públicos y de personal
- CEYE
- Cuatro módulos de consulta general
- Módulo de inmunizaciones
- Consultorio de psicología
- Oficina de trabajo social y su respectiva coordinación
- Módulo de curaciones que cuenta con área de hidratación oral
- Módulo de consulta de odontología con dos unidades de dental
- Área de archivo
- Una farmacia
- Sala de espera con capacidad para 50 personas

1.1 INFRAESTRUCTURA EN SALUD



1.2 INFRAESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD



1.3 PROGRAMAS DE SALUD

PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD	
Programa de crónico degenerativos	Salud mental y nutrición
Sobrepeso y obesidad	COVID-19
Enfermedad cardiovascular	Mortalidad infantil y vacunación
Seguridad vial	Atención de desastres
Adicciones	Tuberculosis
Cáncer de mama	Violencia
Cáncer cervicouterino	Promoción a la salud
Mortalidad materna	Vigilancia epidemiológica
Planificación familiar	Equidad de género
Discapacidades	
VIH-Sida	

1.4 RECURSOS HUMANOS

CUERPO DIRECTIVO

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD:	Dra. Palacios Barrios Aidee Teléfono particular: 50381700 Ext: 7540. Correo electrónico: @sersalud.df.gob.mx
NOMBRE DEL GESTOR DE CALIDAD:	Lic. Enf. Rodríguez Ávila Erika Teléfono: 5578099823
NOMBRE DEL COORDINADOR MÉDICO:	Dr. Jiménez Avilés Marco Antonio. Correo electrónico: jimenezaviles@gmail.com
NOMBRE DEL EPIDEMIÓLOGO:	Dr. Rodríguez García Francisco Teléfono particular: 50381700 Ext. 7547. Correo electrónico:
NOMBRE DE LA COORDINADORA DE T.S:	Trejo López Ofelia. Teléfono particular: 50381700 Ext. 7546 Correo electrónico: ofeliatrejo963@gmail.com
NOMBRE DEL COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:	CD. Escobar Matlalcoatzi Fermin. Correo electrónico: fermine1505@gmail.com
NOMBRE DEL COORDINADOR DE PSICOLOGÍA:	Lic. Zamorano Guzmán Javier. Correo electrónico: psyco014@hotmail.com

CAPÍTULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

1. PRODUCTIVIDAD

1.1 CONSULTAS OTORGADAS

CONSULTAS	NÚMERO TOTAL
Consultas con tutor:	237
Consultas sin tutor:	464
Consultas de primera vez:	132
Consultas subsecuentes:	143
Historias clínicas:	134

1.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	NÚMERO TOTAL
Implantes colocación	34
Retiro de implantes	23
Retiro de DIU medicado	6
Vasectomía	1
Total:	64

1.3 CONTROL NUTRICIONAL POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO TOTAL
0 - 5 años	12
6 - 11 años	17
12 - 18 años	8
19 - 26 años	4
27 - 59 años	23
60 años y más	15
Total:	79

1.4 CONTROL DE EMBARAZO

TRIMESTRES	NÚMERO TOTAL
Primer trimestre	15
Segundo trimestre	12
Tercer trimestre	9
Alto riesgo	8
Interrupción legal del embarazo (ILE)	2
Detecciones de VDRL y VIH	14 (no reactivas)
Detecciones de proteinuria	8 (negativas)

1.5 CONTROL DE PACIENTES CRÓNICOS

ENFERMEDAD CRÓNICA	NÚMERO TOTAL
Diabetes mellitus	74
Hipertensión arterial sistémica	124
Electrocardiograma 12 derivaciones en reposo	576

1.6 ATENCIÓN Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

ENFERMEDAD INFECCIOSA	NUMÉRO TOTAL
COVID 19	5 positivos
PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19	23 pruebas
IRAS menores de 5 años	42
EDAS menores de 5 años	26

1.7 INMUNIZACIONES

Vacunas antirrábicas	35
Vacunas COVID-19	0
Vacunas influenza	2

1.8 DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO

Detección de CaCu (número de citologías realizadas)	Citologías realizadas: 136 Realizados dentro del C. S. TII DEL MAR: 91 Citologías realizadas fuera del C. S. TII DEL MAR: 45 Pacientes referidas a toma nueva por muestra previa inadecuada: 5 Mujeres con Cándida Albicans o vaginosis que se les dio tratamiento: 7 Resultado anormal: 26 Embarazadas: 2
Detección de cáncer de mama	165 exploraciones
Mastografías:	16
Detecciones de cáncer de ovario	31: 1 cédula positiva y enviada a ultrasonido pélvico
Seguimiento de mujeres con alteraciones de papanicolaou	43 pacientes en seguimiento referidas al servicio de colposcopia

1.9 OTRAS

ACTIVIDAD	
Número de sesiones a las que asistió	Fitoterapia clínica endobiogenia Actualización: Medicamento COVID Paxlo Vid Métodos anticonceptivos, implante subdérmico y taller de colocación, inyección Sayana mensual. Actualización de enfermedades crónicas Dieta de la Milpa Actualización de rabia Capacitación de código infarto Caso clínico de reporte de caso: Síndrome de Turner + Síndrome de Goldenhar, embarazo y puerperio Curso de actualizaciones de tuberculosis Online
Participó en capacitación al personal dentro de la unidad	Rabia, vacuna antirrábica, difteria actualizaciones Toma de papanicolaou, actualización de parámetros para seguimiento y envío de muestras a jurisdicción Cáncer infantil: datos de alarma y conmemoración
Participó como ponente (nombre de la ponencia)	Plato del buen comer y trastornos alimenticios Trastornos alimenticios en adolescentes Enfermedad pie-mano-boca

	<p>Violencia de género y de los adultos mayores</p> <p>Explanada del día “arcoíris” en Zapotitla: Toma de pruebas VIH y de antígeno prostático, detecciones de sobrepeso y obesidad, detecciones de hipertensión arterial sistémica</p> <p>Rehidratación: Vida suero oral</p> <p>Sesión de síntomas y signos de síndrome coronario agudo</p> <p>Anticonceptivos y uso correcto del condón</p>
OTROS	Pruebas de anemia en niños en CENDI

CAPÍTULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

1.1 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA

El servicio social de medicina me permitió adquirir habilidades nuevas y reforzar aquellas que venía ya practicando durante la carrera y el internado, pasó a ser un año que me hizo crecer como persona y profesionalmente.

Me permito ser más flexible conmigo misma y con las situaciones que se iban presentando todos los días, practiqué más la empatía con mis compañeros de trabajo y con los pacientes. Muchos de ellos sólo querían ser escuchados y brindarles una atención con escucha activa permite que se sientan más cómodos y con la confianza de externar sus dolencias o motivo de consulta.

Aprendí a manejar mis emociones. Me volví más resolutiva, reforcé el trabajar en equipo, mi puntualidad, mi responsabilidad como persona. Aprendí a cuidarme y poner sobre todo mi salud mental y salud física, pese a todo y todos.

Reforcé mi puntualidad, debido a las obras del metro en Avenida Tláhuac que se mantuvieron durante toda mi pasantía debía medir muy bien mis tiempos para siempre llegar a tiempo.

Separe lo personal de lo laboral, para mantener una mejor convivencia con todos y no fallar como pasante en mis actividades individuales indicadas por las autoridades. Reestructure mis prioridades este año, aprendí a realizar cosas sola, mejore mi comunicación y convivencia intrapersonal, me volví más compartida y a trabajar bajo presión.

Tuve la oportunidad de tener a mi cargo estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería a quienes mediante la consulta les enseñaba lo que yo sabía siempre con evidencia.

Encontré guías, profesionistas y amigos en una sola persona. Comencé a laborar por las tardes como pasante, en una clínica con médicos que me dieron la oportunidad de poner en práctica mis habilidades ya aprendidas durante la universidad y mi pasantía en el centro de salud. Eso me permitió tener una habilidad verbal para la consulta y a darme cuenta de mis debilidades y los temas que tenía que reforzar que durante mis tiempos libres me ponía a estudiar.

La pasantía me hizo crecer en muchos ámbitos de mi vida, sin embargo, espero que algún día deje de ser requisito para las siguientes generaciones.

1.2 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL

El servicio social me impulsó a entender que el paciente es un mundo individualizado que hay que tratar con amabilidad y respeto. Logré tener la seguridad para dar consulta sola como médico general, objetivo que siempre busqué al querer una plaza en un centro de salud.

Me permitió además seguir aprendiendo de los médicos de base, pude observar la forma en la que se lleva la consulta, la anamnesis dirigida que se logra cuando solo tienes 20 minutos para la consulta. Aprendí a realizar muchas actividades que como médico interno de pregrado no me permitían hacer con tanta confianza y libertad, aprendí a realizar actividades que tampoco pensé hacer como vacunar perros y gatos durante las campañas.

Tuve un acercamiento importante en el grupo de mujeres que se realizaban un papanicolaou, debido a que yo era quien llevaba ese programa. Hice muchos papanicolaous, las mujeres confiaban en mí, y me sentí muy contenta de que me recomendaran y además tuvieran la confianza de preguntarme todas sus dudas respecto al estudio y la importancia de este.

A la par de realizar notas médicas de forma correcta, también aprendí en la marcha las normas oficiales mexicanas (NOM), las guías de práctica clínica (GPC), y con ello los tratamientos de primera línea que se indican. Esto me llevó a estar en constante actualización como pasante y médico en formación. A su vez, me dejaban constantemente realizar cursos en las distintas plataformas de las instituciones públicas de salud.

Acudí a distintas jornadas y ferias de la salud, que a pesar de que no me gustaban, se realizaban distintas actividades. También aprendí la práctica que debe y no debe hacerse.

Tener una población constante, de distinta educación y estrato socioeconómico, también me hizo expresar los términos médicos a manera que me pudiera explicar mejor y ellos me entendieran, aprendí que debo tener una letra legible para que puedan leer las recetas en casa posterior a la consulta. Todo lo antes mencionado me permitió seguir con mi formación académica. Me formó como el médico general que soy en la actualidad.

1.3 EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Me permitió ver panoramas extensos de los problemas sociales presentes en la comunidad, fui médico que brindó sus conocimientos adquiridos durante toda la carrera de medicina, durante el internado médico. Pude orientar y calmar la angustia que presentaban los pacientes al recibir un diagnóstico durante la consulta, explicaba el tratamiento indicado por otro médico.

Me propuse educar a la población del centro de salud donde realicé mi pasantía sobre los síndromes agudos coronarios para prevenir de forma oportuna y detectar tempranamente los síntomas y signos. Realice un proyecto con mi compañero pasante de la Universidad Autónoma Metropolitana sobre la importancia de realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo todos los pacientes pertenecientes al grupo de crónicos degenerativos, así como dimos orientación dando pláticas durante las consultas, durante la sala de espera, y durante la toma de los electrocardiogramas todos los días jueves, buscando una educación para estos pacientes y que acudan de forma inmediata al servicio de urgencias en caso de presentar alguno de éstos síntomas. Realice un cartel con estos datos importantes uno se quedará en el centro de salud para que se sigan conociendo cuando no esté presente al terminar mi pasantía.

Así como de aplicación de cédulas de signos y síntomas de cáncer infantil que siempre ha marcado una significativa diferencia entre aquel niño que lo canalizan tempranamente y aquel que no. Es importante que los médicos también los conozcan de memoria. No sabía del impacto de esta cédula, hasta que presencié un caso de la jurisdicción sanitaria Tláhuac expuesto en mi centro de salud donde se obtuvo de manera desafortunada un mal desenlace por no aplicar esta cédula y no sospechar de un probable cáncer infantil. Realicé un video en el mes del cáncer infantil, lo compartí en la jurisdicción sanitaria y en mis redes sociales permitiendo compartirlo, aprovechando los medios de comunicación existentes.

Existe mucha desinformación que representa una barrera social frente a la salud, muchos tabúes que siguen marcando la diferencia para la prevención mediante vacunación, detecciones tempranas, diagnósticos de mal pronóstico. Falta mucho por hacer, debido a que la salud debe visualizarse como una prioridad, acudir a consulta médica para un chequeo general y no hasta presentar una molestia. Acudí a distintas jornadas de salud, ferias de salud, eventos gubernamentales donde se realizaban distintas actividades gratuitas. Realice acciones altruistas.

1.4 EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

El formar parte de una universidad tan importante de México me llena de orgullo ya que al ser una universidad joven se ha logrado posicionar en el ranking nacional de las mejores universidades del país, sobre todo con gran impacto en la investigación. Durante mi formación profesional, la universidad me brindó las herramientas necesarias para ser un médico de excelencia, las cuales fueron clases con especialistas de renombre así como institutos nacionales en los cuales tuve la oportunidad de rotar por los diversos servicios médicos y brindar atención integral a los pacientes.

Durante la pasantía se presentaron algunos retos que fueron solucionados con apoyo de la doctora de enseñanza y mi tutora encargada de la Universidad Autónoma Metropolitana.