



Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer

Virginia Ledesma-López,* Mavil López-Casamichana,** Fabiola Fragozo-Sandoval,***
 Mónica Sierra-Martínez,**** Sonia Chávez-Ocaña,**** Octavio Daniel Reyes-Hernández,*****
 Ignacio Jaime Bárcenas-Trejo,***** Israel López-Reyes*

Objetivo: Evaluar el perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales desde la perspectiva de la promoción de la salud de mujeres mexicanas diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical que pudiera conducirlas a cáncer cervicouterino y que asistieron tanto al Hospital Juárez de México como a la Clínica Integral de la Mujer. **Material y métodos:** Este estudio retrospectivo y descriptivo se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México y en la Clínica Integral de la Mujer donde se realizaron encuestas y entrevistas. El tamaño de la muestra fue de 299 casos. **Resultados:** Más de la mitad de las mujeres tienen educación primaria o ninguna, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, muchas de ellas no utilizaron el preservativo y en su mayoría presentan NIC-II y -III, es decir LIEAG. Los resultados de las entrevistas revelaron que sufrieron violencia de género. **Conclusiones:** Los factores que inciden con más frecuencia en el CaCu son el bajo nivel educativo, la pobreza, el machismo y la violencia de género.

Palabras clave: Cáncer cervicouterino, neoplasia intraepitelial cervical, factor de riesgo, determinantes sociales de la salud, promoción de la salud.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the epidemiological profile and some social determinants of Mexican women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia that could lead them to cervical cancer, who attended the Hospital Juárez de México and the Clínica Integral de la Mujer from the perspective of health promotion. **Material and methods:** This retrospective and descriptive study was carried out at the Hospital Juárez in Mexico and at the Clínica Integral de la Mujer where surveys and interviews were conducted. The sample size was 299 cases. **Results:** More than half of the women: have primary education or none; belong to a low socioeconomic level, mostly did not use the condom and present CIN-II and -III that is to say HSIL. The results of the interviews showed that they were suffering gender violence. **Conclusions:** The factors that affect cervical cancer most are low educational level, poverty, «machismo» and gender violence.

Key words: Cervical cancer, cervical intraepithelial neoplasia, risk factor, social determinants of health, health promotion.

www.medigraphic.org.mx

* Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Plantel Cuautepec.

** Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Postgrado en Ciencias Genómicas. Plantel Del Valle.

*** Unidad de Displasias de Ginecología. Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, México.

**** Laboratorio de Genética y Diagnóstico Molecular. Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, México.

***** Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

***** Clínica Integral de la Mujer. Secretaría de Salud de la Ciudad de México, México.

Recibido: 22/05/2017. Aceptado para publicación: 03/06/2017.



INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una de las neoplasias más comunes en las mujeres, anualmente se registran 270,000 defunciones a nivel mundial y es considerada una epidemia.¹ En los países desarrollados el CaCu representa de 4 a 6%, mientras que en los países en desarrollo se registran de 20 a 30% de los casos² y ocupa el primer lugar en mortalidad.³ En los últimos 30 años este padecimiento disminuyó en los países desarrollados,⁴ pero no en los países en desarrollo como México, donde ocupa el segundo lugar de cáncer en la mujer⁵ y a pesar de su gran incidencia en morbilidad y mortalidad no se le ha dado la suficiente atención.⁶

El CaCu es una enfermedad mortal que si se detecta y atiende a tiempo es curable en la mayoría de los casos.⁷ El principal factor de riesgo (FR) es la infección por el virus del papiloma humano (VPH),⁸ el cual ocasiona una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en las mujeres.⁹ Las medidas preventivas que se han implementado para disminuir este padecimiento se enfocan sobre todo en los FR, específicamente en los aspectos individuales y biológicos del ser humano. Una de estas medidas es la prueba de Papanicolaou (Pap) que ha funcionado muy bien y ha ayudado a reducir la incidencia en mortalidad por CaCu, sobre todo en los países desarrollados.⁴ Uno de éstos es México, donde a pesar de la existencia de dicho método preventivo, el CaCu continúa ocasionando gran mortalidad, sobre todo en los estados o localidades que presentan menor índice de desarrollo humano y en las zonas rurales.⁵

Para superar el reduccionismo biológico de esta enfermedad es necesario que se tome en cuenta que el ser humano es un ente biológico y social,¹⁰ ya que la salud es compleja y multicausal.¹¹ Las llamadas determinantes sociales de la salud (DSS), esto es las condiciones y circunstancias en las que las personas viven, también influyen en gran medida en el desarrollo de las enfermedades.¹²

Desde la perspectiva de la promoción de la salud (PS) sí se toman en cuenta los aspectos antes mencionados, puesto que es una multidisciplina con una perspectiva social y desde esa visión se considera que la salud debe verse y entenderse de manera holística. Además la salud y la enfermedad (S-E) deben ser analizadas y atendidas por todos los profesionales de la salud y otras disciplinas no directamente vinculadas, pues trabajar en conjunto tal vez permita enfrentar de manera más eficaz los padecimientos que aquejan a la población.

Por lo antes mencionado, se decidió hacer un estudio epidemiológico desde la perspectiva de la PS, el

cual se realizó con mujeres diagnosticadas con neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que es la lesión cervical que antecede al CaCu y propiamente con CaCu. Las NIC-I se consideran lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG), mientras que las NIC-II y -III lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG). Estas investigaciones se efectuaron en el Hospital Juárez de México (HJM) de la Secretaría de Salud Federal y en la Clínica Integral de la Mujer (CIM) perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México con el propósito de evaluar el perfil epidemiológico y algunas de las determinantes sociales de la salud (DSS), ya que se sabe que la pobreza, el bajo nivel educativo, el género y los servicios de salud influyen en este padecimiento.¹³ Lo anterior tuvo como fin tratar de conocer cuáles de estos factores son los que más influyen en la salud de las mujeres de este estudio, puesto que en México se han abordado poco los DSS que afectan el desarrollo del CaCu. Así entonces, esperamos que el presente trabajo proporcione evidencias de la utilidad de la PS que permitan disminuir los mencionados factores del caso de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio epidemiológico fue retrospectivo, pues abarcó de 2010 a 2015. Se realizó con un grupo de personas con patologías específicas, cuyas características que conforman la muestra se pretenden describir, por lo que también fue descriptivo. La población estuvo integrada por mujeres mexicanas diagnosticadas con NIC (LIEBG o LIEAG) o CaCu atendidas en el HJM o la CIM. Como criterios de inclusión se consideró que fueran mujeres diagnosticadas con NIC o CaCu, mexicanas que ingresaron al HJM o la CIM y los casos en los que se contaba con los datos de las 20 variables a considerar en este trabajo, mientras que los criterios de exclusión fueron mujeres que no contaran con los requisitos anteriores.

El tamaño total de la muestra fue de 299 casos, de los cuales 255 son del HJM y 44 de la CIM. Cabe mencionar que de los 1,082 expedientes que se revisaron en el HJM sólo se consideraron 255 por ser los que cumplían con nuestros criterios de inclusión. De la clínica CIM se tomaron en cuenta los datos de 44 mujeres que cumplían con estos mismos criterios y de éstas sólo 32 aceptaron ser entrevistadas.

Como ya se mencionó las variables del estudio fueron 20. Para su elección se tomaron en cuenta las variables empleadas en otras investigaciones sobre el CaCu y las del cuestionario que se aplican en el HJM para recabar datos sobre el padecimiento en cuestión. Así pues, las variables

consideradas fueron: lugar de origen, residencia actual, edad, estado civil, escolaridad, tabaquismo, alcoholismo, inicio de menarca, inicio de vida sexual, número de hijos, método anticonceptivo, número de parejas sexuales, edad en la que se realizó el Pap, tipo de lesión, religión, ocupación, nivel socioeconómico, tipo de vivienda, antecedentes familiares con displasía u otra enfermedad y asociación a otras patologías. Dentro de éstas se consideró el nivel socioeconómico, debido a que también influye en el desarrollo del CaCu.¹³ Lo anterior obedeció al hecho de que dichas variables nos permitirían obtener información sobre el perfil epidemiológico y sobre algunas de las DSS de las mujeres de este estudio.

La técnica para recabar la información fue la entrevista. Como instrumento para la recolección de datos se elaboró un cuestionario con las 20 variables del estudio y con preguntas que servirían de guía para las entrevistas semiestructuradas.

La información que se obtuvo de fuentes directas provino de mujeres con diagnóstico de LIEBG, LIEAC o CaCu que fueron entrevistadas y la información de fuentes indirectas se recabó a través de la revisión de los expedientes clínicos en el HJM.

El procedimiento utilizado para interpretar los resultados cuantitativos fue la estadística descriptiva. Se elaboraron gráficas con el programa Excel para obtener los valores de frecuencia y los datos se presentaron de forma cuantitativa y en porcentajes para evaluar el perfil epidemiológico de nuestra muestra. Para analizar los datos cualitativos de las entrevistas se empleó el método Galviz,¹⁴ ya que éste sistematiza la información y sirve para interpretar la subjetividad de los individuos, pues ayuda a encontrar los objetos de deseo (OD). Éstos se clasifican en: OD FÍSICO (ODF) y son objetos tangibles; los OD MODALES (ODM) son ideas intangibles como adjetivos o la falta de amor y los OD CONOCIMIENTO (ODC) son

habilidades o destrezas. Cabe señalar que los OD son positivos si se tienen o benefician y son negativos si afectan o no se tienen. Además, ayudan a identificar los sujetos secundarios (ss) que son las personas que los rodean. Éstos son positivos (ss+) si los benefician o negativos (ss-) si son perjudiciales. Por otra parte, cada entrevistada fue clasificada, por ejemplo, el primer sujeto o entrevistada fue S1, la segunda S2 y así sucesivamente. Asimismo las variables del estudio se clasifican, esto es que la primera variable fue V1, la segunda variable V2 y así en lo sucesivo con todas las demás variables.¹⁴

RESULTADOS

Resultados de las 20 variables. La mayoría de las pacientes o 48% residen en el Estado de México (Cuadro 1). La edad promedio de la muestra estudiada fue de 47 años y 30% de estas mujeres estuvo en un rango de 40 a 49 años de edad (Cuadro 2). Cincuenta y un por ciento de las mujeres cuentan sólo con educación primaria o son analfabetas (Figura 1). 66% de las mujeres pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Sesenta y siete punto ochenta y nueve por ciento o 203 de estas mujeres inició su vida sexual a los 18 años de edad o menos (Figura 2). Sólo 7% de las mujeres utilizó el preservativo. Ciento treinta y cinco (45%) refirieron haber tenido sólo una pareja sexual. Cuarenta y dos (14%) mujeres dijeron que nunca antes de asistir al HJM o a la CIM se habían realizado la prueba del Pap. Ciento noventa y cinco (65%) presentan LIEAC y 104 (35%) de ellas fueron diagnosticadas con LIEBG. De manera que ninguna de las mujeres contempladas al momento de este estudio tenía diagnóstico de CaCu.

Resultados de las entrevistas de mujeres en la CIM a través del método Galviz (Cuadro 3).

Con respecto a los FR del CaCu, las entrevistadas evidencian que los principales factores de riesgo son el VPH,

Cuadro 1. Lugar de residencia actual.

Residencia	f	%
Estado de México	145	48
Distrito Federal (ahora Ciudad de México)	107	36
Otros estados (Hidalgo, Veracruz, Puebla, Guanajuato, Chiapas, Zacatecas y San Luis Potosí)	26	9
Domicilio desconocido	21	7
Total (N)	299	100

Cuadro 2. Edad de las pacientes.

Intervalo de edad	f	%
20-29	35	12
30-39	46	15
40-49	88	30
50-59	67	22
60-69	41	14
70-79	15	5
80-89	7	2
Total (N)	299	100

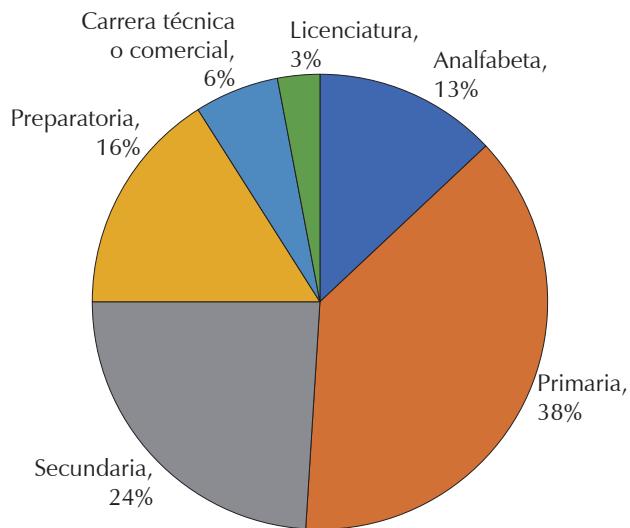


Figura 1. Nivel socioeconómico.

el haber tenido varias parejas sexuales, además de la falta del examen de Pap y el no usar preservativo, aunque esto último, indicaron, fue sobre todo por la influencia de sus parejas masculinas.

Sobre la prevención del CaCu mencionan que no saben lo suficiente sobre los métodos de prevención e indicaron que quisieran saber más sobre el VPH y cómo es que se contagian. Sobre el preservativo, las entrevistadas sólo lo usan como método de planificación familiar e indicaron que no lo utilizan por el machismo de sus maridos, porque confían en que su pareja es fiel y se consideran unas «mansas» por no exigir el preservativo.

Sobre el Pap como método preventivo dicen que sí previene el CaCu, pero no se lo realizan por «miedo a que las lastimen», «que les digan que tienen CaCu», «por vergüenza», «se preocupan por los demás y se dejan hasta el último», porque «sus esposos son celosos», les «da vergüenza que las vea un doctor (hombre)», «las atienden con morbosidad», porque esto «ocasiona un pleito con sus maridos», por los «maridos machistas (que les prohíben)», por «miedo a los maridos celosos», porque «hay peleas y golpes», por «los maridos posesivos», porque «tardan mucho los resultados», «no les gusta exponerse en la postura en que las colocan».

Por otra parte, refieren que no ejercen sus derechos sexuales porque sus esposos son «machistas», porque «no es fácil ejercer los derechos sexuales», dicen que «ceden (en las relaciones sexuales) sólo para que sus esposos no se enojen», dicen que «es un pleito ejercer los derechos

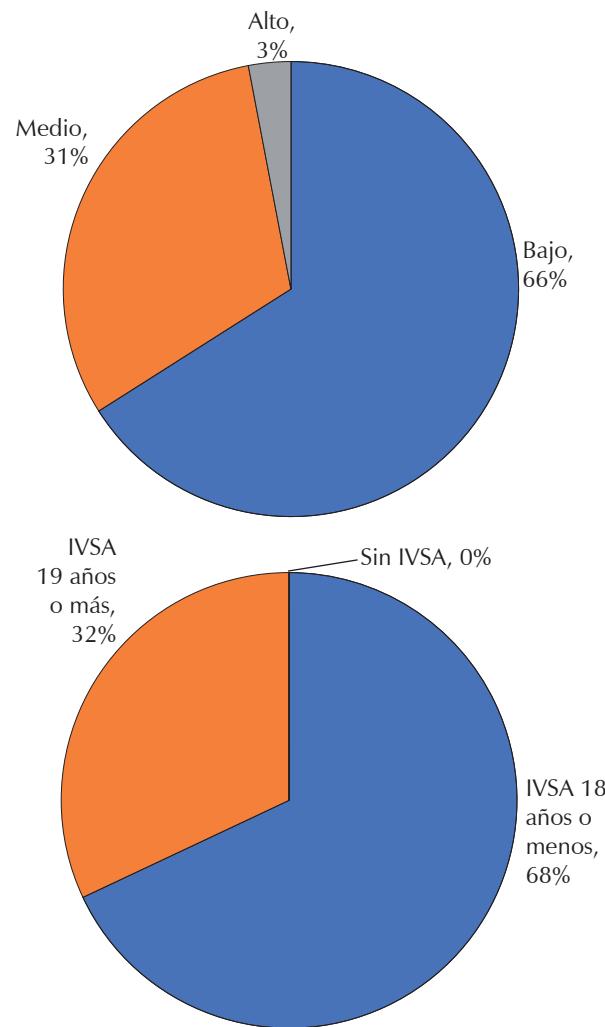


Figura 2. Inicio de vida sexual activa (IVSA).

sexuales». Cabe destacar que los sujetos secundarios negativos (ss-) son las madres que nunca hablan de estos temas, los esposos que tienen relaciones sexuales con otras mujeres y las contagian y los maridos que les prohíben que se realicen el Pap.

DISCUSIÓN

La edad promedio de las mujeres fue de 47 años y el grupo etario predominante fue el de 40 a 49 años, en el que se encontraban 88 (30%) de estas mujeres. Lo anterior refleja la ausencia de un diagnóstico precoz¹⁵ y coincide con la bibliografía en la que se indica que deben incrementarse las pruebas para la detección del VPH, sobre todo en mujeres entre 40 y 60 años de edad.⁶

Cuadro 3. Análisis de las entrevistas realizadas utilizando el método Galviz.

Variables	Resultados
Servicios de salud	ODF + 29 cuentan con servicios de salud cercanos a su domicilio (la CIM)
Conocimiento sobre factores de riesgo del CaCu	ODC + 32 tienen conocimientos sobre los FR del CaCu ODM - 16 relacionan el CaCu o el FR del VPH con pensamientos y sentimientos negativos, sus maridos son machistas, se enojan y las culpan; les da vergüenza, piensan que son cerradas
Conocimiento del CaCu	ODC + 34 Saben cómo prevenir el CaCu ODC - 17 dicen que no saben y quieren pláticas sobre el CaCu
Métodos preventivos (preservativo)	ODF - 15 no usan el preservativo ODM - 10 por ser confiadas; creer que su pareja es para siempre; por terca; porque se siente diferente y ODC - 12 que usan el preservativo sólo como un MPF
Método preventivo (Pap)	ODC + 34 saben que con la prueba del Pap puede prevenirse el CaCu, ya que al diagnosticarlas les dan tratamiento ODM - 28 sus pensamientos y percepciones sobre la realización del Pap son negativos, les da miedo que las lastimen o que les digan que tienen cáncer; pudor; piensan que las van a «manosear» o a criticar
Derechos sexuales	ODM - 14 mencionan que no es fácil ejercer sus derechos sexuales, hay pleitos y tienen que ceder
Los sujetos secundarios (ss)	ss - 53 son sus parejas masculinas y las madres que no hablan con sus hijas sobre sexualidad Los ss + 35 de mujeres que las aconsejan realizarse el Pap

Cincuenta y un por ciento de las mujeres que participaron en este estudio cursó sólo la primaria o son analfabetas, lo que concuerda con lo que Sanfilippo y cols. describen en una investigación que mostró que 84% de las mujeres que fallecieron por CaCu tenían escolaridad de primaria o eran iletradas.³ Por otra parte, en diversos trabajos se ha mencionado que mujeres con bajo nivel educativo tienen mayor probabilidad (1.6 veces más) de desarrollar CaCu.¹⁶ Esta enfermedad está relacionada con la pobreza y la baja educación,⁸ ya que esto conforma una especie de barrera para el acceso a la realización del Pap y para el apego a los tratamientos.¹³

Doscientas tres (67.89%) mujeres participantes iniciaron su vida sexual a los 18 años de edad o antes. Según la literatura 23% de las mujeres inicia su vida sexual en la etapa de la adolescencia (entre 15 y 19 años)¹⁷ y sin protección. Esto las predispone a infecciones de transmisión sexual (ITS) y a embarazos no deseados y las coloca en una situación de pobreza que a su vez perpetúa su mala salud al anular la oportunidad de estudiar, de obtener un empleo y de tener acceso a mejores condiciones de vida.¹⁸

Noventa y tres por ciento de las encuestadas no utilizó preservativo. Siendo el VPH el principal FR de desarrollar CaCu, el uso del preservativo podría haber evitado su contagio. Cabe mencionar que algunos de los argumentos

de las mujeres entrevistadas sobre la razón de no utilizar el preservativo fueron: «no, porque es para no embarazarse», «se negaba a usarlo (su pareja)», «se siente diferente», «no lo quiere usar, por su machismo», «confío en él», «como es mi esposo, pues una bien confiada, la verdad no». De lo anterior podemos concluir que esto ocurre porque al vivir en una cultura de patriarcado se favorece la dominación masculina y la sumisión femenina.¹⁹ Así entonces, para lograr mejorar la salud deben mejorarse las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.²⁰

Sobre el número de parejas sexuales 135 (45%) mujeres tuvieron una pareja sexual y se dice en la literatura que las prácticas de poligamia son ejercidas principalmente por los hombres²¹ y que ellos corren más riesgo de contraer alguna ITS y contagiar a su pareja.⁵

En cuanto al Pap, 42 (14%) de las mujeres nunca se lo habían realizado. Algunas de las razones por las que no se hacen las pruebas de cribado son por vergüenza de ser atendidas por personal médico masculino, que puede hacer sentir incómodas a las mujeres o por falta de tiempo.⁶ Las mujeres entrevistadas mencionan «en muchos lugares el médico es hombre y da pena», «no nos gusta (a las mujeres) la postura en que nos colocan». Lo anterior debe tomarse en cuenta en los programas pre-



ventivos, pues para su mejoramiento debe considerarse el entorno social y cultural de la población a la que van dirigidos y es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en la atención a la salud.⁶ Otros motivos son porque «les prohíbe (el marido) realizarse el Pap», por «miedo porque son celos y posesivos, machistas (sus parejas)», «depende de la pareja (realizarse el Pap), por eso hay peleas, golpes», «mi mamá me decía que dolía». Cabe señalar que las mujeres no se realizan la prueba del Pap por la estigmatización de las enfermedades del aparato reproductor.⁸ Las entrevistadas relacionan la enfermedad con «tener varias parejas sexuales», «andar de locas», «empiezan a decirle a uno, no pues tú que andas de loca». Otro factor que influye, según las entrevistadas, es que «los doctores no se fijan si va a doler o no (cuando les hacen la prueba del Pap)», ellas «quieren que las atiendan bien, así sin morbosidad». Por lo que los servicios de salud que se ofrecen a la población deben ser de calidad, confiables, culturalmente adecuados y con perspectiva de género.

Ciento noventa y siete (66%) mujeres en este estudio pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, por lo que cuentan con ingresos económicos precarios. De acuerdo con la literatura se confirma que el CaCu está relacionado con la pobreza y con las carencias materiales,⁸ en virtud de que las personas y grupos sociales con bajos ingresos son los que tienen que sacrificar su salud para poder satisfacer sus necesidades básicas.²²

Ciento noventa y cinco (65%) mujeres mostraron LIEAG y 104 (35%) fueron diagnosticadas con LIEBG. Al inicio de esta enfermedad no se presenta ningún síntoma,⁵ ni molestias y el hecho de que se conciba la salud como la ausencia de síntomas,²³ ocasiona que sólo si hay síntomas o dolor acudan al servicio médico, lo que hace más difícil tratar dicha enfermedad. Además debido a los roles impuestos socialmente las mujeres, éstas no anteponen el cuidado de su salud frente la de los demás.²⁴ Ellas dicen: «siempre lo deja uno para después (atenderse)», «siempre he dicho, una se preocupa por los demás y una siempre se deja hasta el último». Un plan efectivo de prevención de CaCu debería ofrecer exámenes de calidad y asegurar el diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos. Para que los servicios de salud sean de calidad debe incluirse la prueba de detección del VPH junto con la de Pap o la prueba de VPH que puede efectuarse por medio de la autotoma vaginal (que consiste en que la mujer sea quien se realice la toma de células del cérvix que son recogidas con un hisopo que se coloca en un medio líquido que no requiere refrigeración para su traslado). Esto de alguna manera podría ayudar a incrementar la detección oportu-

na de CaCu.⁶ De manera general puede decirse que los factores de riesgo analizados en este estudio corresponden a los establecidos en la Norma Oficial Mexicana²⁵ y que para la muestra de mujeres del HJM y la CIM se conservan o mantienen factores de riesgo similares a los que la bibliografía reporta para esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Algunas de las conclusiones en cuanto a factores de riesgo son:

Ochenta y un por ciento de las mujeres de este estudio se encuentran en el rango de edad de 25 a 64 años, 14% de ellas nunca antes se habían realizado la prueba del Pap y 203 (67.89%) mujeres iniciaron su vida sexual a los 18 años de edad o menos.

En cuanto a las determinantes sociales de la salud de las mujeres de este estudio se observó que 51% sólo cuentan con educación primaria o son analfabetas. Según con lo indicado por las encuestadas se infiere que 66% de las mujeres pertenece a un nivel socioeconómico bajo.

En cuanto a género las mujeres refieren que el machismo de sus parejas influye de manera negativa en el uso de preservativo y en la realización del Pap.

Las mujeres de este estudio refirieron sufrir violencia de género por el machismo de sus parejas y esto las lleva a vivir procesos destructivos que se manifiestan como enfermedades en el cuerpo, en este caso como lesiones cervicales que pueden conducirlas a un CaCu.

Agradecimientos

Al director de la CIM el Dr. Ignacio Jaime Bárcenas Trejo y a la Médico Cirujano Verónica Alejandra Rendón Medina de esta misma institución, al personal de la Unidad de Displasias de Ginecología y al Archivo Médico del HJM por el apoyo brindado en el manejo de expedientes y la colecta de datos, pero sobre todo a todas las mujeres que aceptaron ser parte de este estudio y que nos compartieron sus vivencias. Este trabajo fue financiado con recursos del proyecto CONACyT CB-2012-01-176983.

REFERENCIAS

- OMS. Nueva guía de la OMS para prevenir y controlar el cáncer del cuello del útero. 2014. [Consultado 22 de noviembre de 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>.
- Torres-Lobatón A, Bustamante-Iglesias JL, Torres-Rojo A, Oliva-Posada JC, Morales-Palomares MA, Román-Bassau E. Cáncer

- cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular. Ginecol Obstet Mex 2013; 81(2): 71-6.
3. Sanfilippo BJ, Ramírez-Cruz D, Larios-Mendoza H, Moreno-Hernández MI. Cáncer cérvico uterino. Facultad de Medicina, UNAM. 2014; 1-9. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam/2k1/2007/sep_01_ponencia.html
 4. González-López S, Martínez-Silva MG, Hernández-Hernández DM, Aguilar-Lemarroy A, Jave-Suárez LF. Frecuencia de lesiones epiteliales cervicales reportadas en el Laboratorio Regional de Citolología Exfoliativa de Jalisco. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015; 53 Supl 2: S132-9.
 5. OMS. Control integral del cáncer, integración de la atención sanitaria de la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas. 2007. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=4X4qDiEG61MC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Control+integral+del+c%C3%A1ncer,+integraci%C3%B3n+de+la+atenci%C3%B3n+sanitaria+de+la+salud+sexual+y+reproductiva+y+las+enfermedades+cr%C3%B3nicas&source=bl&ots=Oyzu-YaMlx&sig=stOxbDNmvTqaw2v-dnojVjYbw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjaxY68ga_UAhVQzWMKH&e6fBEUQ6AEIIjAA#v=onepage&q=Control%20integral%20de%20c%C3%A1ncer%20integraci%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20sanitaria%20de%20la%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20y%20las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas&f=false
 6. Cáncer Cervicouterino. Programa de Acción Específico 2007-2012. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2008; 1-56. [Consultado 7 de diciembre de 2015]; Disponible en: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/pae_cacu.pdf
 7. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saúde Pública 2003; 37(1): 100-6.
 8. López-Saavedra A, Lizano-Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Cancerología 2006; 1: 31-55.
 9. Castro-Vásquez M del C, Arellano-Gálvez M del C. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical *in situ*. Salud Pública Méx 2010; 52(3): 207-12.
 10. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Rev Latinoamericana de Salud 1981; 2(1): 7-25.
 11. García-Rodríguez JF, Rodríguez-León GA. Holística y pensamiento complejo. Nuevas perspectivas metodológicas para el abordaje de la salud. Rev Salud en Tabasco 2009; 5(2-3): 887-92.
 12. Villar-Aguirre M. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. Acta Med Peruana 2011; 28(4): 237-41.
 13. Benites-Zapata VA, Rodríguez-Tanta Y, Mezones-Holguín EMA. Determinante sociales para el cáncer cervicouterino. Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud del Perú. 2013; 1-40. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/2013/notas/14.Determinantes%20sociales%20para%20cáncer%20de%20cuello%20uterino.pdf>
 14. Galván M. Análisis para entrevistar. Método Galviz y ejemplo. México: Editorial Yecolti; 2012.
 15. De Sanjóse-Lloguera S, García-García AM. Compiladores. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. Prevención de cáncer de cuello uterino en España. Sociedad Española de Epidemiología. 4a Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Editorial EMISA; 2006. Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
 16. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx 2005; 47(5): 342-50.
 17. Evidencia para la Política en Salud. Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance. ENSANUT 2012. [Consultado 22 de diciembre de 2015]; Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>.
 18. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Programa de Acción Específico 2007-2012. Secretaría de Salud. 2008. [Consultado 11 de noviembre de 2015]; Disponible en: http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Saludsexualyreproductiva/110801_pae_adolescentes.pdf.
 19. Serret-Bravo E. El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina. Oaxaca: Instituto de la Mujer Oaxaqueña; 2006. pp. 1-172.
 20. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, 2013-2018. Programa de acción específica. Programa Sectorial de Salud. Secretaría de Salud. 2013. [Consultado 15 de diciembre de 2015]; Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf.
 21. Illades-Aguilar B, Cortés-Malagón EM, Antonio-Véjar V, Zamudio-López N, Alarcón-Romero Ldel C, Fernández-Tilapa G, et al. Cervical carcinoma in Southern Mexico: Human papillomavirus and cofactors. Cancer Detect Prev 2009; 32(4): 300-7.
 22. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá (Colombia) 2009; 8(17): 69-79.
 23. Martínez-Hernández J. Nociones de salud pública. 2a edición. Editorial Díaz de Santos, S.A.; 2003.
 24. Hernández-Catalán R. Feminismo para no feministas. La vane contra Patrix. Madrid: Federación Mujeres Jóvenes; 2011. pp. 1-104.
 25. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino. México: Secretaría de Salud; 2007. pp. 10-4. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>

Solicitud de sobretiros:

Dr. Israel López-Reyes
Avenida La Corona Núm. 320,
Col. Loma La Palma, C.P. 07160,
Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
Tel.: 55 57677038; Cel.: 044 5531251772.
Correo electrónico: israel.lopez.reyes@uacm.edu.mx