



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANIDADES**

ÁREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL

**PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE
ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO
UTERINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA HIDALGO**

MONOGRAFIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

GEORGINA LAZCANO GONZALEZ

ASESORA:

MATRA. GRACIELA AMIRA MEDÉCIGO SHEJ

Octubre, 2007.

Agradecimientos:

A Dios, por darme la fortaleza, de la vida y salud para alcanzar mi meta en este camino.

A mis Padres, por ser los mejores consejeros y guías, en mi vida, por confiar en mí, por darme su comprensión, cariño y ser ejemplo de vida.

A mí hijo por ser el patrón de mí superación profesional y personal, y por que gracias a él me he realizado como madre.

A mi esposo y compañero de vida por su apoyo y comprensión
Quiero agradecer a todas aquellas personas que me impulsaron y brindaron su ayuda para facilitar la realización de este trabajo.

Al Área Académica de Trabajo Social que se preocupa por la formación académica de sus Profesionistas y por darnos una vez más la oportunidad de terminar lo que comenzamos.

Mi gratitud a la Trabajadora Social Irma Muños por su apoyo invaluable.

A la encargada del área de computo Alba Avalos Hernández por su apoyo.

Al jurado revisor por sus aportaciones para enriquecer el contenido de la monografía.

A la directora de esta monografía por su dedicación y empeño para la elaboración. Maestra Amira mi gratitud y respeto.

Dedicatoria:

A todas aquellas personas que siempre han estado a mi lado y nunca han dejado de creer en mí, ni en mis capacidades.

INDICE	Página
--------	--------

Capitulo I Aspectos Teóricos Metodológicos

Introducción	1
a) Planteamiento del problema	3
b) Objetivo General	5
c) Objetivos específicos	5
d) Preguntas de investigación	6
e) Justificación. Relevancia social	7
f) Metodología	9

Capitulo II MARCO LEGAL

10

Capitulo III Marco teórico Conceptual. Cáncer cervico uterino conceptos y tratamiento

3.1 Cáncer cervico uterino	13
3.2.1 Situación demográfica	15
3.2.2 Mortalidad	16
3.2.3 Factores de riesgo	17
3.2.4 Morbilidad	18
3.2.5 Infraestructura y Recursos Humanos	19
3.2.6 Historia natural de las lesiones	20
3.3 Concepto de cáncer	21
3.3.1 Cáncer	21
3.3.2 Cáncer Cervico Uterino	21
3.3.3 Displasia	21
3.3.4 Biopsia	21
3.3.5 Láser	22
3.3.6 Morbilidad	22
3.3.7 Mortalidad	22
3.3.8 Hibridación	22
3.4 Tratamiento	22

3.4.1 Carcinoma in situ	23
3.4.2 Cáncer cervicouterino - etapa I	25
3.4.3 Cáncer cervicouterino - etapa II	26
3.4.4 Cáncer cervicouterino - etapa III	27
3.4.5 Cáncer cervicouterino - etapa IV	27
3.4.5Cáncer cervicouterino recurrente	27
3.5 Infección por virus papiloma y cáncer cervicouterino	28
3.6 Screening citológico	30
3.7 Investigación actual y futura	30
3.8 Citología vaginal (papanicolau)	33
3.8.1 Los exámenes de detección previenen el cáncer de cuello uterino y salvan vidas	33
3.8.2 ¿Qué es un examen de citología vaginal (prueba de papanicolau)?	34
3.8.3 ¿Quién debería practicarse una citología vaginal?	34
3.8.4 ¿Quiénes no necesitan practicarse el examen?	34
3.8.5 ¿Cómo me preparo para una citología vaginal?	35

CAPITULO IV Intervención del Trabajador Social en el Programa de Cáncer Cervico Uterino en el estado de Hidalgo

4.1 Antecedentes históricos del Trabajador social	36
4.2 Definiciones de Trabajo Social	40
4.3 Niveles de intervención de Trabajo social	45
4.4 Etapas del proceso metodológico de trabajo social	45
4.5 Métodos de Trabajo Social	47
4.5.1 Individual	47
4.5.2 Grupo	47
4.5.3 Comunitario	48
4.6. Finalidades de trabajado social	49
4.7 Ámbitos de actuación de trabajo social	51
4.8 El hospital General de Pachuca	54

CAPITULO V Resultados de la investigación

Conclusiones	57
Propuesta	59
Bibliografía	60
Anexos	
a) Encuesta de Cáncer Cervico Uterino	63

Introducción

La mujer en la actualidad asume una serie de roles como pareja, madre esposa, empresaria, ejecutiva, ama de casa, consejera, política; lo que la hace una persona vulnerable, olvidándose de su auto-cuidado sobre todo en aspectos de salud.

De acuerdo a las cifras actuales existen evidencias que un alto porcentaje de mujeres entre 25 a 60 años padecen de cáncer cérvico uterino lo que conlleva a que la tasa de morbilidad y mortalidad se incremente de manera alarmante.

Es por ello que en el Estado de Hidalgo el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino ha incrementado sus esfuerzos para combatir con este mal.

Cabe resaltar la importancia de éste programa tan trascendental para las mujeres y familias en general, genera al profesionista de trabajo social un enfoque en su quehacer para coadyuvar de mejor manera los resultados y proyectar sus beneficios al facilitar el acceso a mujeres provenientes de todo el estado utilizando sus recursos y técnicas metodológicas.

El presente trabajo es una monografía, sobre El Programa de Acción para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino en el hospital general de Pachuca Hidalgo ya que el Cáncer Cervico Uterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. Que en lugar de tener que observar las células mediante rayos X o biopsia, el ginecólogo puede frotar el interior del cuello uterino y analizar las células utilizando un microscopio.

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino. Esto representa desafíos importantes para las mujeres especialmente las pobres.

Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.

Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.

El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cervicouterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.

En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuando, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.

Entonces, el objetivo general que guió del trabajo fue el analizar y demostrar la importancia que tiene el trabajador social su labor en la participación del Programa de Acción y Control del Cáncer Cervicouterino, en el estado de Hidalgo.

Capítulo I Aspectos Teóricos Metodológicos

a) Planteamiento del Problema

El cáncer es una enfermedad del milenio, la cual no respeta estatus social ni raza el programa de cáncer cívico uterino lo denomina como “una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal de células que al desarrollarse en forma incontrolada avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alternándose así al funcionamiento del organismo este aparece en la unión cervical”

El Cáncer Cervico Uterino es concebido como un padecimiento que ataca a las mujeres casi de manera azarosa. Aunque se conoce rasgos premorbidos a partir de factores hereditarios, se considera que quienes están en condiciones de riesgo por antecedentes familiares y en general todas las mujeres, deben acudir a realizarse la prueba de detección que permita detectarlo y atenderlo oportunamente. Sin embargo cuando las mujeres no atienden esta recomendación, se piensa que se debe al descuido, para cuidar su salud o bien que carecen de información.

En este sentido se a destacado la importancia de Programa de Cáncer Cervico Uterino para disminuir los altos índices de esta enfermedad en las mujeres hidalguenses, de ahí su importancia de dicho programa ya que este nos ofrece la oportunidad de mejorar la salud de un importante grupo de mujeres ya que este tipo de tumor su incidencia aumenta con la edad, lo cierto es que el 60% de los casos se diagnostica entre los 35 y 60 años; es decir cuando las mujeres están sumamente activas y aportando a la sociedad.

De acuerdo con lo anterior el problema consiste en que las mujeres en edad fértil desconocen la gravedad del problema al no realizarse la prueba del papanicolaou esto causa una serie de problemas tanto en su familia como en la sociedad ya que recurren a la atención medica cuando el problema ya a avanzado, generando así una serie de gastos tanto para su familia como para el gobierno.

Por otra parte el desconocimiento de la existencia de la Clínica de Displasias que se halla en el hospital General de Pachuca Hidalgo; así como la importancia que tiene el Trabajador Social dentro del Programa ya que en muchas ocasiones es el vinculo entre las pacientes.

b) Objetivo General

Dar a conocer la importancia del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino en Hidalgo a si como la participación del trabajador Social en esté.

c) Objetivos Específicos

Conocer hasta donde interviene el Trabajador social en el seguimiento de Casos.

Dar propuestas que den alternativas de solución para el mejoramiento de programa

Dar a conocer las funciones del Trabajador Social a nivel hospitalario y jurisdiccional

d) Preguntas de investigación

1. ¿Qué es el Cáncer Cervico Uterino?
2. ¿Cómo afecta a las mujeres de 25 a 60 años de edad?
3. ¿Cuál es la intervención del Trabajador Social dentro del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino?

Justificación

Las mujeres atravesamos diferentes etapas a lo largo de nuestra vida: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

En cada una de estas etapas; tenemos que conocer y practicar los cuidados necesarios para prevenir las enfermedades.

Estos hábitos, aprendidos desde la juventud, conducen a estilos de vida saludables, a lo largo de la línea de vida.

El cáncer cérvico uterino es una de esas enfermedades que se presentan con más frecuencia en la edad adulta, pero que se puede prevenir a través de acciones de detección oportuna a lo largo de toda la vida reproductiva.

Recordemos que cada dos horas en México mueren una mujer por Cáncer Cérvico Uterino.

También es importante señalar que una de las principales causas de muerte en las mujeres es por cáncer en el cuello de la matriz.

Todas las mujeres están en riesgo, pero este aumenta cuando se tiene entre 25 y 64 años de edad, si se ha iniciado una vida sexual antes de los 18 años o se ha tenido mas de un compañero sexual, si se tiene flujo o escurrimiento muy seguido, si se comen pocas frutas o verduras o nunca sea practicado un examen vaginal (Papanicolaou).

El cáncer del cuello de la matriz es el más frecuente en la mujer mexicana; las posibilidades de tenerlo aumentan con la edad.

Es una enfermedad silenciosa que se puede descubrir en sus inicios y es curable, si se trata a tiempo.

En nuestro país hay unidades de salud como Centros de salud urbanos y rurales, clínicas de displasias, en el Hospital General de Pachuca Hidalgo en donde se realiza el Papanicolaou gratuitamente.

La siguiente monografía esta enfocada a resaltar la importancia que tiene el Trabajador Social en el Programa de Acción para la Prevención del cáncer cervico uterino en Hidalgo con la finalidad de profundizar en este estudio y dar a conocer sus funciones esperando sea de apoyo tanto a las mujeres en edad fértil como a la carrera de trabajo social.

Investigar sobre el Programa de Acción del Cáncer Cérvico Uterino surge como una inquietud, primero por el lado de ser mujer ya que este problema afecta a mujeres de 25 a 60 años que es cuando la población es más activa económicamente y aporta más a la sociedad; en segundo por que el cáncer cérvico uterino es uno de los problemas de salud publica de mayor preocupación en nuestro país es por ello que Hidalgo se a interesado en dar a conocer dicho programa para así disminuir la tasa de mortalidad apoyándose en los diferentes profesionistas médicos, enfermeras auxiliares, técnicos sin olvidarnos de trabajadores sociales.

Por ultimo la necesidad de realizar esta investigación surge porque en el país el trabajador social es conocido como un profesionista institucional que se encarga de labores administrativas pudiendo elaborar y desempeñar programas que contribuyan al desarrollo social.

e) Metodología

Esta investigación es de tipo documental, a nivel descriptivo; utilizando las siguientes técnicas:

-Análisis documental

-Entrevistas estructuradas que se realizaron a diferentes trabajadoras sociales del HOSPITAL General de Pachuca Hidalgo (HGP), Centro de Salud Corona del Rosal de Pachuca Hidalgo y al Depto. De Atención Integral de la SSA en Hidalgo

-Observación

Para un primer reconocimiento al tema de estudio se realizó la técnica de investigación documental, con la finalidad de recopilar información sobre el tema.

Entrevista Estructurada consiste en una serie de preguntas formuladas de manera anticipada que se realizara a la trabajadora Social que maneja el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino.

Observación se trata de una técnica de recolección de datos que tiene por objetivo explorar, describir y comprender los ambientes, contextos, relaciones interpersonales, etc. que permite identificar problemas.

Capítulo II Marco Legal

Con la Norma Oficial Mexicana num.-014-ssa2-1994, para la prevención, tratamiento y control de Cáncer del Cuello del Útero y de la mama en la atención primaria, es posible en su cabal cumplimiento poder apoyar a un número considerable de mujeres en control de Cáncer.

Así mismo y por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción XV, 13 apartado A) fracciones I y III, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud; los artículos 38 fracción II, 46 fracción XI, 41, 43 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y en artículo 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Los organismos interesados en el tema corresponden a la:

Subsecretaría de Servicios de Salud

Dirección General de Medicina Preventiva a través de la Subdirección de Cáncer

En la elaboración de la Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes instituciones:

Secretaría de salud

Dirección General de Medicina Preventiva

Dirección General de Materno Infantil

Dirección General de Regulación De Servicios De Salud

Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Fomento Para La Salud

Dirección General de Servicios De Salud Publica En El D.F.

Hospital General de México

Instituto Nacional de Diagnostico Y Referencia Epidemiológicos

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Perinatología

Secretaría de La Defensa Nacional

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Mexicana de Cirugía

Asociación Mexicana de Ginecología Y Obstetricia

Asociación Mexicana de Patología

Asociación Mexicana de Citología Exfoliativa

Federación Mexicana de Asociaciones de Sinecología y Obstetricia

Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos

Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer

Grupo Reto

La prevención, control y tratamiento del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario constituye una prioridad en nuestro país. En países en desarrollo como México, los cambios de estilo de vida producidos en los últimos 50 años han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto para los servicios de salud.

Por tal razón, los sistemas de salud deberán responder a este cambio y adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales como el cáncer, no sólo para atender la creciente demanda de los servicios por padecimientos neoplásicos, sino cambiar el enfoque en la prestación de los servicios a través del fortalecimiento en la prevención de estas enfermedades.

El Sistema Nacional de Salud en México, debe adecuarse al incremento que el cáncer del cuello del útero y mamario han tenido en los últimos años. Estos cánceres ocupan para 1992, el 1o. y 2o. lugar, respectivamente, como causa de mortalidad en la mujer de 25 años y más, con tasas de 23.7 para cáncer del cuello del útero y 13.9 para cáncer mamario, que comparadas con las de 19.7 para cáncer del cuello del útero y 9.5 para cáncer mamario en 1980, representan aumentos de 20% y 46%, respectivamente.

Ante la magnitud del problema, es necesario fortalecer, como estrategia principal, la coordinación de los sectores públicos y privados para afrontar estos padecimientos con mayor eficiencia y efectividad. Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de estas enfermedades.

Los beneficios que se esperan obtener de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario son una reducción de la mortalidad y morbilidad, así como de las complicaciones que estos padecimientos generan.

Capitulo III.- Marco Teórico Conceptual: Cáncer Cervico Uterino Conceptos y Tratamientos

3.1. Cáncer Cervico Uterino

El estilo de vida de la época moderna es cada vez más, un factor determinante de la salud en la población. El aumento en el consumo de tabaco, alcohol, la dieta rica en grasas, el sedentarismo y el estrés se combinan para formar una nueva y compleja gama de riesgos para la salud.

Con la disminución de enfermedades infecciosas, los padecimientos crónicos degenerativos y las lesiones, han empezado a ocupar los primeros lugares entre las causas de mortalidad en México. El cáncer es, sin duda, una de las enfermedades que han irrumpido con mayor ímpetu en el panorama epidemiológico del país a finales del último siglo.

El Cáncer no es contagioso, es una enfermedad crónica no transmisible (demora varios años en aparecer), es silenciosa, sus síntomas o molestias aparecen generalmente, cuando la enfermedad está avanzada. Habitualmente los cánceres no duelen, sin embargo puede presentarse dolor, el que aumenta en un 80%.

Afecta a todas las personas sin discriminación de edad, sexo o condición social. De algunos cánceres (33,0%), hoy en día se conocen sus causas. En otras palabras podemos evitar enfermar por ellos.

En otros casos (33,0%), existen las medidas necesarias para detectarlos oportunamente (cuando la enfermedad está en etapas iniciales) y se realiza el tratamiento oportuno y adecuado; así se logra curar (sanar) de cáncer, en el 80% de las etapas precoces.

Para las personas en que el Diagnóstico o el Tratamiento del cáncer ha sido tardío (etapas muy avanzadas, o bien en aquellos en que el tratamiento no ha sido efectivo), 33,9% a 60%, se puede aliviar el dolor y los síntomas molestos, en otras palabras mejorar su calidad de vida.

Se estima que el Cáncer Cérvico Uterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000.

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, lograda principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV (Virus del Papiloma Humano) y cervicografía. También podría estar afectada por un aumento en la frecuencia de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública.(APCC)2007

El cáncer es una enfermedad del milenio, la cual no respeta estatus social ni raza ya que según la norma oficial mexicana la caracteriza como: “un tumor maligno, es el crecimiento anormal de células que al desarrollarse en forma incontrolada avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así al funcionamiento del organismo, esté aparece en la unión del canal cervical.(NOM-014-SSA-1994)

Actualmente el Cáncer Cérvico Uterino constituye la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más en nuestro país. El Programa de Cáncer Cérvico Uterino en Hidalgo, coadyuva a

reducir las rezagas en salud que afectan a los pobres, así como a reducir la inequidad entre hombres y mujeres. Tiene como propósito fundamental brindar información y servicios de calidad técnica e interpersonal que contribuyan a prolongar la vida saludable de las mujeres hidalguenses.(PAPaPCCaCu)

Para detectar estas lesiones en la población femenina es necesario la realización del papanicolaou; que es la toma de la muestra de las células del endocervix, esta prueba se toma en los centros de salud, en los hospitales como HGP, en los consultorios de ginecología, planificación familiar y detección de cáncer.

3.2.1 Situación Demográfica

A continuación se comentan los datos identificados con la población femenina y los grupos de edad de acuerdo con el Consejo Nacional de Población.

Los datos son los siguientes, la población femenina de 25 años o más según grupos de edad entre 25 y 64 años del primer trimestre 2007¹

Grupo de edad	Población femenina
25-29	65,673
30-34	62,173
35-39	55,360
40-44	47,323
45-49	38,342
50-54	30,348
55-59	23,514
60-64	18,321
Total	341,056

¹ Fuente Estimaciones de la CONAPO 2007

3.2.2. Mortalidad

El Cáncer Cérvico Uterino es uno de los problemas de salud pública de mayor preocupación ya que la mortalidad, así como su incidencia afectan a un número muy importante de mujeres en nuestro país, como resultado se tienen las siguientes estadísticas.

En México de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mueren más de 4500 mujeres, siendo la tercera causa de muerte en grupo de edades hasta los 64 años, otro dato que puede resaltar es que, el rango de tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, muestra una tendencia descendente de 25.0 por 100,000 mujeres de 25 años y más en 2002, para el 2003 hubo una tendencia a la alza con una tasa de 12.11

Siendo la edad promedio en la que se detecta mayormente las displacías es: entre los 25 a 30 años (leve), de 30 a 35 años (moderada) y entre los 35 a 45 años, la detección de la mujer que arrojan resultados al cáncer micro invasor son más frecuentes entre los 45 y 50 años y al invasor de los 50 en adelante. Siendo estas últimas en las que se presenta el mayor número de defunciones. (SSA 2003, INEGI 2000-2001)

Se puede decir por lo anterior que el riesgo de adquirir el cáncer se incrementa a medida que aumenta la edad.

En la actualidad se considera que el Cáncer Cervico Uterino es una de las neoplasias potencialmente curables. La posibilidad de diagnóstico temprano y de tratamiento certero, secundarias al desarrollo tecnológico, y a la mejoría en los accesos de servicios de salud, han hecho vulnerable al paciente y han fortalecido la premisa de que el Cáncer Cérvico Uterino es curable. (www.paho.org2007)

3.2.3 Factores de Riesgo

Se han identificado diversos factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino, la posibilidad de desarrollar esta neoplasia se incrementa con forme aumenta la edad.

La etiología del Cáncer Cérvico Uterino esta bien establecida, numerosos estudios clínico epidemiológicos y de biología molecular han demostrado que el factor riesgo más importante para el desarrollo de este tumor es la infección persistente para algunos tipos de virus como el de Papiloma Humano (más de 99% de las lesiones cervicales contienen genes oncológicos del VPH de alto riesgo) así como también:

Edad: Se han realizado estudios que demuestran que a partir de los 25 años y mas es cuando se presenta con mas frecuencia el Cáncer Cervico Uterino.

Edad al primer coito 15-17 años

Cuadros frecuentes de infecciones de transmisión sexual

Paridad más de 5 partos

Edad al primer embarazo después de los 30 años

Número de parejas sexuales 5–6

Antecedentes de manipulación cervical

Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son:

No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente.

Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana.

Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.

Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.

Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.

Grupo de edad (mujeres de 30 a 60 años de edad) aumenta la enfermedad y aún mas probable si estas fuman.

Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento). (CLINICAS DE DISPLASIAS SSA 2002)

Se han descrito los factores de riesgo para Cáncer Cervico Uterino y es necesario que se tengan presentes para identificar a las mujeres con mayor probabilidad de presentar esta patología, esto permitirá un diagnóstico y tratamiento temprano para disminuir las altas tasas de mortalidad asociadas a este tumor.

3.2.4 Morbilidad

La muerte por Cáncer Cérvico Uterino en nuestro país hoy en día es inaceptable, pues los conocimientos científicos y tecnológicos actuales permiten no solo detección temprana de lesiones precancerosas sino además, el tratamiento oportuno y curativo; sin embargo, hay que reconocer que disminuir la mortalidad y mejorar la oportunidad de la atención no están determinadas únicamente por el avance tecnológico y científico, sino que inciden además factores sociales, culturales económicos, institucionales y conductuales que pueden favorecer u obstaculizar esta tarea.

Durante el 2006 el número de detecciones realizadas en el sector salud en Hidalgo es de 115,304 citologías y se espera 5401 casos de lesiones premalignas de Cáncer Cérvico Uterino.(METAS POR MUNICIPIO SSA 2006)

Es importante considerar que el examen citológico se realiza cada año, con la infraestructura y los recursos existentes, se obtendría un nivel de cobertura satisfactorio. Por otra parte, se debe insistir en focalizar la detección en los grupos de edad con mayor riesgo (40-64 años) y entre las mujeres que nunca

se han realizado una citología, pues en estos grupos se presenta el mayor número de defunciones.

3.2.5 Infra Estructura y Recursos Humanos

En Hidalgo se cuenta con la infraestructura y recursos humanos del sector salud que se muestran a continuación.

Infraestructura y recursos humanos disponibles en el sector salud para el programa en Hidalgo.

Concepto	número
Unidad de Salud	463
Laboratorio Estatal	1
Hospitales	11
Clínicas de Colposcopia	3
Laboratorio de Patología	1

Cada Clínica de Colposcopia cuenta con:

- 1 medico Colposcopista
- 1 Medico Oncólogo
- 1 Enfermera
- 1 Capturista
- 1 Trabajador Social
- 1 Secretaria

El Programa de Acción para la Prevención de Cáncer Cérvico Uterino en Hidalgo es importante ya que sirve para disminuir la mortalidad y morbilidad; con los recursos existentes y la infraestructura instalada, todo depende de su uso adecuado y racional, de la disposición y apoyo de las autoridades nacionales y estatales, de la capacidad técnicas del personal y de la participación de sectores públicos.

3.2.6 Historia natural de las lesiones precursoras del Cáncer Cervico Uterino

Es difícil estudiar la historia de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino, ya que al ser usualmente tratadas se interfiere en su evolución.

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma *in situ* -CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%, explicándole la amplitud de este rango por las condiciones de diferentes países, distintas estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, diferentes medios socioculturales y distintos estándares de atención sanitaria.

Según distintos estudios, la NIE I se puede presentar nuevamente en un 70% de los casos, mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a carcinoma invasor (CaCu) de hasta 70% y una tasa de regresión de 32%. La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5. Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como NIE de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado.

La etiopatogenia de esta enfermedad ha podido ser investigada en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunología. Estos avances han permitido conocer el rol del Virus Papiloma Humano en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino y han tenido importantes implicancias en la metodología de screening, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

3.3 Conceptos

3.3.1 Cáncer

Es una enfermedad caracterizada por el crecimiento desordenado de células que puede invadir y destruir estructuras adjuntas, propagarse a sitios alejados y causar la muerte. Puede ocurrir en cualquier parte de nuestro cuerpo.

Tumor maligno en general, es la pérdida del control del crecimiento y división de las células dando como resultado la formación de un tumor.

3.3.2 Cáncer Cérvico Uterino

Es el crecimiento anormal de células que al desarrollarse en forma incontrolada avanzando entre los tejidos normales y los destruyen alterándose así el funcionamiento del organismo, esté aparece en la unión del canal cervical.

3.3.3 Displasia

Anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Es una lesión precursora del cáncer cervical caracterizada por cambios en la forma de las células, que pueden ser observadas al microscopio por personal rehabilitado.

A la displasia también se le denomina Neoplasia Cervical (NIC), lesión premaligna, lesión precancerosa, lesión preneoplásica o lesión precursora.

3.3.4 Biopsia

Extracción y examen microscópico, de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo, con fines diagnósticos.

3.3.5 Láser

Tipo de generador que se aplica en cirugía y biología (destrucción de elementos celulares).

3.3.6 Morbilidad

Numero de personas que enferman en una población y tiempo determinados

3.3.7 Mortalidad

Numero de muertes en una población y tiempo determinados.

3.3.8 Hibridación

Prueba diagnostica basada en el reconocimiento e identificación de la estructura homóloga del DNA de un organismo celular. (no solamente se utiliza para virus, sino para cualquier estructura en la cual haya DNA o RNA).(idem pag.18)

3.4 Tratamiento

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se puede recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos

secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada.

3.4.1 El carcinoma in situ también es conocido como Cáncer Cérvico uterino en etapa 0.

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de escisión electro quirúrgica (LEEP)
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Existen tratamientos para todas las pacientes con Cáncer Cervico Uterino.

Se emplea tres clases de tratamiento:

- cirugía (extracción del cáncer en una operación)
- radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas)
- quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

El médico puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:

- La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones: la conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro Escisión electro quirúrgica de alambre delgado que sirve como cuchilla.

También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

El tratamiento rehabilitatorio consiste en terapias ocupacionales o psicológicas a la paciente y a su familia y también pláticas de como sobre llevar su problema.

Histerectomía

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingoforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se

encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

3.4.2 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA I

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la

Para la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal: cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.

2. Conización.

3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).

4. Radioterapia interna.

Para el cáncer en etapa IB:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

3.4.3 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IIA:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

3.4.4 CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

3.4.5 CÁNCER CERVICO UTERINO - ETAPA IV

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IVB:

1. Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.
2. Quimioterapia.

3.4.6 CÁNCER CERVICO UTERINO - RECURRENTE

Si el cáncer ha vuelto (reaparecido) en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia combinada con quimioterapia.
2. Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

Si el cáncer ha regresado fuera de la pelvis, el paciente puede decidir ingresar a un ensayo clínico de quimioterapia sistémica.

3.5 Infección por virus papiloma humano (HPV) y Cáncer Cérvico Uterino

Los virus papiloma son un género de virus agrupados juntos por su tumorigenicidad y homogeneidad de DNA, que afectan a vertebrados. Actualmente se conocen más de 70 tipos de virus papiloma humanos (HPV), mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. La International Agency for Research on Cancer (IARC) de la OMS los clasifica como "carcinogénicos" (tipos 16 y 18), "probablemente carcinogénicos" (tipos 31 y 33), y "posiblemente carcinogénicos" (otros excepto 6 y 11).

Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección anogenital por HPV y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervicouterino invasor. En 2.600 frotis cervicales se encontró DNA del tipo virus altamente oncogénico 16 en el 47% de las NIE de alto grado y en el 47% de los cánceres cervicouterinos invasores. En un estudio prospectivo en más de 18.000 mujeres se encontró, mediante técnicas de inmunología molecular, que la presencia de anticuerpos contra HPV16 confiere un riesgo 12 veces mayor que el resto de la población de desarrollar cáncer cervicouterino o carcinoma *in situ*, encontrándose además que el riesgo es más alto para las neoplasias desarrolladas 5 años o más después de la toma de muestra sanguínea para el estudio de anticuerpos, lo que apoya fuertemente al concepto de que la infección persistente por HPV16 (y probablemente por cualquier HPV oncogénico) está implicada casualmente en la etiología del cáncer cervicouterino.

Desde el punto de vista genómico, el DNA del HPV se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada. En los cánceres cervicouterinos asociados

con HPV frecuentemente se encuentra una pérdida o disminución de la expresión alélica de las críticas moléculas clase I del complejo mayor de histocompatibilidad, que están íntimamente involucradas en el reconocimiento y presentación de antígenos de superficie. Su downregulation causada por el HPV podría explicar por qué algunos cánceres escapan a la vigilancia inmunológica mediada por células.

La infección por HPV clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva. La infección por HPV es un fenómeno transitorio o intermitente; sólo a una pequeña proporción de mujeres positivas para un determinado tipo de HPV se le encuentra el mismo en especímenes posteriores. El riesgo de NIE subsecuente es proporcional al número de especímenes positivos para HPV, lo que sugiere que el desarrollo carcinogénico resulta de infecciones persistentes. Actualmente está bien establecido que el principal factor causa de cáncer cervicouterino es la infección por HPV. La mayoría de la investigación epidemiológica de los años recientes se ha focalizado en la comprensión del rol de factores de riesgo que influirán en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos de HPV, o el de factores coexistentes que mediarían la progresión en el continuo de los grados de lesión. Entre éstos tenemos: tabaquismo, polimorfismo del HLA o del gen p53, uso de anticonceptivos orales, paridad, otras ETS, y déficit nutricionales.

El riesgo relativo de la asociación entre infección por HPV y neoplasia cervicouterina es de alta magnitud, en el rango de 20 a 70. Este rango es mayor que para la asociación entre tabaquismo y cáncer pulmonar y es comparable solamente al de la asociación entre hepatitis B crónica y cáncer hepático, relaciones causales que son indiscutibles. Evidencia reciente usando meticulosos test con reacción de cadena de polimerasa en una gran colección de especímenes de cáncer cervicouterino ha mostrado que el DNA del HPV está presente en el 99,7% de los casos. Este hallazgo indica que la infección por HPV podría constituir una causa necesaria de neoplasia cervicouterina, evidencia con obvias implicancias para la prevención primaria y secundaria.

3.6 Screening citológico

Pese a su éxito, la citología tiene limitaciones importantes, siendo los falsos negativos la principal (cerca de la mitad de los frotis son falsos negativos); cerca de un tercio de ellos atribuibles a errores en su interpretación y dos tercios a la toma de muestra y preparación de la placa. En nuestro país aparentemente estos problemas serían de baja magnitud, existiendo una citología de buena calidad, siendo su problema principalmente la cobertura (ideal: 80% de la población susceptible, real: 64%).

La terminología recomendada actualmente para reportar los resultados de la citología cervical -el sistema de Bethesda- considera la información referente a HPV como parte de los criterios citológicos para definir los grados de lesión. Además, se ha creado una nueva categoría de lesiones borderline: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estos cambios han resultado en un aumento proporcional de lesiones de bajo grado (LSIL), las que, combinadas con ASCUS dan cuenta de hasta el 30% de los frotis. En el seguimiento, la mayoría de estas anomalías regresan a normal, y en algunos casos constituyen lesiones de bajo grado persistentes o lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) oculta (20% de las de bajo grado y 10% de las ASCUS). Existe gran debate sobre si el manejo de LSIL debiera ser conservador o intervencionista. El NIH está coordinando una serie grande para determinar si el test de HPV podría mejorar la detección de HSIL oculta entre mujeres con diagnóstico inicial de ASCUS o HSIL.

3.7 Investigación actual y futura

El reconocimiento de que la infección por HPV es la causa central de neoplasia cervicouterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Mediante la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por HPV se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las ETS de significado en salud pública.

La vacunación contra HPV podría tener gran valor en países en desarrollo, en los cuales ocurre el 80% de los nuevos casos de cáncer cervicouterino mundiales anuales, y donde los programas de screening con PAP han sido inefectivos por largo tiempo. Actualmente están en desarrollo dos principales tipos de vacunas: profilácticas para prevenir la infección por HPV y consecuentemente los diversos tipos de enfermedades asociadas al virus, y terapéuticas para inducir la regresión de lesiones precancerosas o la remisión de cáncer cervical avanzado.

Se ha encontrado que partículas virus-like libres de DNA sintetizadas por autoensamblaje de proteínas de fusión del antígeno mayor de cápside viral L1 inducen una fuerte respuesta inmune humoral con anticuerpos neutralizantes. Así, estas partículas virus-like son los mejores inmunógenos candidatos para estudios de vacunas para HPV. La protección parece ser tipo específica, lo que requeriría desarrollar partículas virus-like para varios tipos oncogénicos. Se están evaluando tales vacunas en estudios fase I y II en diferentes poblaciones. Se ha reportado también que la inyección de fragmentos peptídicos de genes tempranos en ratas inducen respuesta inmune celular protectora contra la formación de tumores. La estimulación de la respuesta inmune mediada por células es una estrategia terapéutica atractiva para inducir rechazo tumoral y regresión tumoral.

También se ha encontrado utilidad de la determinación de RNAm y DNA de HPV en pacientes con cáncer cervicouterino por su asociación con el pronóstico de la enfermedad, y de la determinación de anticuerpos contra HPV en pacientes con cáncer cervicouterino como predictores de sobrevida.

Con la progresiva revelación de los mecanismos celulares y moleculares responsables de la carcinogénesis y su relación con la infección por virus papiloma humano, se harán realidad estrategias dirigidas a prevención y tratamiento de la enfermedad basadas en regulación génica o de expresión proteica o modificación de la respuesta inmune humoral o celular para conseguir prevención de la enfermedad, y rechazo de tumores.

Los programas organizados de screening citológico, si bien han tenido efecto benéfico en países desarrollados, en países en desarrollo han carecido de cobertura, accesibilidad, efectividad y aceptabilidad. Es difícil que esta situación pueda cambiar en el corto plazo debido a las prioridades de salud pública de estos países. La mejoría global del estatus socioeconómico y nivel educacional de la población tiende a tener un efecto positivo en el riesgo de cáncer cervicouterino alterando algunos de los factores de riesgo conocidos como edad del matrimonio, paridad, y comportamiento de búsqueda de cuidados sanitarios. Se necesita determinar el costo-beneficio de otras estrategias tales como screening citológico de baja intensidad (por ej. un PAP cada 10 años en mujeres mayores de 35) e inspección visual, en estudios controlados.

En los años recientes se han desarrollado 3 nuevos tests de laboratorio para screening primario y secundario de cáncer cervicouterino y sus precursores. Estos son citología en capa líquida fina, test de DNA de HPV y citología automatizada asistida por computador. Todas aprobadas por la FDA para uso clínico.

Estudios en curso de la epidemiología de la persistencia viral podrán ayudar a establecer la utilidad del test de HPV como herramienta de screening para cáncer cervicouterino. Las prioridades en la investigación en HPV debieran relacionarse con: refinamiento de los métodos diagnósticos; definición precisa de la incidencia de HPV en la población; estudio de los riesgos asociados con ciertos genotipos de HPV para progresión de cáncer; identificación de factores coexistentes que influirán en la transmisión de HPV y en su rol carcinogénico; tratamiento de la infección por HPV; desarrollo de vacunas y estudio de eficacia y costo-efectividad del screening de infección por HPV. (<http://www.cancernet.nci.nih.gov>)

3.8 Citología vaginal (papanicolau)

El cáncer es una enfermedad caracterizada por un crecimiento anormal de las células del cuerpo. Cuando estas células anormales se encuentran en el cuello uterino, reciben el nombre de cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix.

Como muestra el diagrama, la cérvix es la parte más baja y estrecha del útero. El útero también se conoce con el nombre de vientre o matriz. Cuando una mujer está embarazada, el feto se desarrolla en la parte superior del útero. El cuello del útero conecta la parte superior del mismo con la vagina (canal de nacimiento).

3.8.1 Los exámenes de detección previenen el cáncer de cuello uterino y salvan vidas

La citología vaginal puede detectar la presencia de células anormales en el cuello uterino. Con el correr del tiempo estas células pueden transformarse en cáncer. Este proceso puede tomar varios años.

Si los resultados de la citología vaginal revelan la presencia de células anormales que pudieran transformarse en cáncer, la paciente puede recibir tratamiento. En la mayoría de los casos, el tratamiento puede prevenir el desarrollo de las células cancerosas.

La citología vaginal también puede detectar el cáncer de cuello uterino en una fase temprana. Cuando se diagnostica tempranamente, las probabilidades de combatir el cáncer de cuello uterino con éxito son muy elevadas. (CIIC)2007

Lo más importante que usted puede hacer para prevenir el cáncer de cuello uterino es practicarse exámenes de citología vaginal con regularidad.

3.8.2 ¿Qué es un examen de citología vaginal (prueba de papanicolau)?

La citología vaginal, también denominada frotis vaginal o prueba de papanicolau, es un examen de detección del cáncer de cuello uterino. No se utiliza para detectar otros tipos de cáncer. Se realiza en un consultorio médico o en una clínica. Este examen puede detectar la presencia de células anormales en el cuello uterino que, de no ser tratadas, podrían transformarse en cáncer.

Durante el examen el médico o enfermera utiliza un instrumento de plástico o metal denominado espéculo para ensanchar la vagina. Éste ayuda al médico o enfermera a examinar la vagina y el cuello uterino y a tomar una muestra de células y moco del cuello uterino y la zona circundante. Estas células se colocan en un portaobjetos y se envían al laboratorio a fin de examinarlas y detectar la presencia de células anormales.

El médico o enfermera también efectúa un examen pélvico y chequea el útero, ovarios y otros órganos para descartar cualquier problema. En algunas oportunidades el médico podría llevar a cabo un reconocimiento pélvico sin practicar una citología vaginal. En caso de tener alguna duda es recomendable, preguntarle al médico o enfermera cuáles exámenes se le están practicando.

3.8.3 ¿Quién debería practicarse una citología vaginal?

Los médicos recomiendan que las mujeres empiecen a practicarse exámenes pélvicos y citologías vaginales a intervalos regulares a partir de los 21 años de edad, o tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales, lo que ocurra primero. Las directrices nacionales recomiendan realizar citologías vaginales una vez al año durante tres años consecutivos, si los resultados indican que no hay problema alguno, se puede continuar realizando una citología cada dos o tres años.

3.8.4 ¿Quiénes no necesitan practicarse el examen?

No necesitan practicarse citologías vaginales a intervalos regulares

Las mujeres de más de 65 años de edad que se han practicado citologías vaginales con regularidad y han tenido resultados normales, y a las cuales los médicos han indicado que ya no necesitan practicarse la prueba.

Las mujeres que no tienen cuello uterino. Es decir aquellas mujeres cuyo cuello uterino ha sido extirpado en el curso de una intervención quirúrgica para retirar el útero. (Esta cirugía se conoce como histerectomía.) Sin embargo, un grupo reducido de mujeres a las que se ha practicado esta operación todavía tienen cuello uterino y deben continuar practicándose citologías vaginales regularmente. Si usted no está segura de si tiene cuello uterino, consulte a su médico al respecto.

3.8.5 ¿Cómo prepararse para una citología vaginal?

Los médicos recomiendan que durante los dos días anteriores a la citología las pacientes deben abstenerse de:

- Utilizar duchas vaginales
- Usar tampones
- Tener relaciones sexuales
- Utilizar espumas, cremas o jaleas espermicidas, así como medicamentos o ungüentos vaginales

Los médicos también recomiendan programar la citología vaginal para un momento en el que no tenga su período menstrual. **(APCC 2007)**

CAPITULO V Quehacer del Trabajador Social en el programa de Cáncer Cervico Uterino en Hidalgo

4.1 Antecedentes históricos del Trabajador social

El Trabajo social, como disciplina académica, hunde sus raíces en la Revolución Industrial (siglo XIX) y en el surgimiento del Estado de bienestar que se dio en Europa en el Siglo XX. En esta época se pasa de la asistencia social o caridad al reconocimiento del compromiso público y universal de que la cobertura de necesidades sociales de los individuos, familias, grupos y comunidades deben ser reconocidos como derechos. Este reconocimiento tiene como consecuencia el surgimiento de las Políticas Sociales y los Servicios Sociales como instrumento público para la resolución de problemas sociales.

En el Asistencialismo identificamos las primeras características de Trabajo Social, en 1922

En área de salud y en el área jurídica se practicaban técnicas de trabajo social. Con una filosofía basada en la Inspección o visitas domiciliarias.

En 1929 el 28 de julio se funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia institución a nivel nacional para atender a los niños necesitados. Son nombradas como inspectoras de beneficencia pública para investigar solicitudes de ayuda. Se perfila el Trabajo Social.

A nivel internacional encontramos como antecedentes que la primera trabajadora social que desarrollo un programa específico en el área medico-social, fue probablemente porque en el año 1905, el Massachussets General Hospital de Boston, a iniciativa del doctor Richard C. solicito la cooperación de una trabajadora social en dicha institución.(MANUAL DE T.S. CASTELLANOS MA. 1981)

En México la Secretaria de asistencia fue creada en 1937. a través de la escuela de salubridad del departamento de salubridad Pública donde se impartió un curso para auxiliares de trabajo social, señalado en el artículo 28 de los principios del mismo departamento que: “Es deber del estado mexicano crear un tipo de visitadora social, eficaz, activa y honorable, capaz de ser maestra de salubridad y de recoger con fidelidad los elementos de información social demográfica”.

En 1937 el Lic. Silvestre Guerrero, secretario de Asistencia Pública solicitó de la secretaria de Hacienda y crédito Público la inclusión de la clase de “Trabajadoras Sociales” dentro del grupo de especialistas. Las Trabajadoras Sociales fue un elemento clave de la oficina de Cooperación Privada y Acción Social de la Dirección de Asistencia Infantil de la Secretaria de asistencia Pública por su labor de investigación, promoción, coordinación y seguimiento del caso hasta su mejoría o resolución positiva.

El departamento de Asistencia Social contaba en 1937 con 35 investigadoras sociales en calidad, aumentaron a 60 en 1939. Por otro lado la Secretaria de salubridad y Asistencia, desde 1943, ha tenido significativa intervención de trabajadoras sociales algunas empíricas y otras egresadas de las escuelas de esa época.

En el hospital infantil de México, en 1943, se funda el servicio de trabajo social la señora M Urquidi, por breve lapso y después por la trabajadora social Maria Elena Rincón, con Master en Trabajo Social de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, distinguida por su capacidad, amor al servicio y vocación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943 incorpora Trabajadoras Sociales a la Oficina de Estudios Económicos y Sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de trámites en la atención médica extemporaneidad de los servicios, más tarde dependieron del departamento jurídico con actividades polifacéticas, después de la subdirección General Médica, su finalidad era establecer un nexo entre el usuario y la institución.

En 1905, es inaugurado el Hospital general de México, desde su inicio se conto con personas empíricas que se encargaban de fijar las cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social, trabajo desarrollado en la oficina de admisión de enfermos. Entre los años de 1948 y 1949 se incorporan 2 Trabajadoras Sociales, para atender los servicios de Admisión, Consulta Externa, Urgencias medicas, Medicina Preventiva, Ontología y Relaciones Públicas, que con el tiempo se fue ampliando el número de trabajadoras sociales, que eran capacitadas por 2 meses en el Hospital Juárez de México.

En salud mental en 1948, la intervención del trabajo social se hizo presente por 2 trabajadoras sociales impulsadas por la doctora Matilde Rodríguez. En los hospitales de de Urgencias Médico Quirúrgicas del Distrito Federal, desde el régimen del General Porfirio Díaz, iniciaron funciones de asistencia de las damas Voluntarias y substituidas por Trabajadoras Sociales, a iniciativa del Dr. Montes de Oca.

En el Instituto Nacional de Nutrición, hoy Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición, trabajo Social por iniciativa del Dr. Salvador Zubirán empezó a existir, por personal empírico que establecían las cuotas de recuperación mediante la clasificación socio económica de los pacientes.

El Instituto de Comunicación Humana, en 1955, se inicia el trabajo social por dos señoras voluntarias y una trabajadora social.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE en 1959 al surgir la subdirección General Medica, se crea un departamento de Trabajo Social, integrado por la trabajadora Social Lidia Cárdenas, cuyas funciones eran visitas domiciliarias, estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios, orientación a derechohabientes, fomento de actividades sociales y culturales.

En el Instituto Nacional de Cardiología desde 1994, el servicio de Trabajo Social estuvo de personal empírico que realizaba visitas a enfermos y daba ayuda “espiritual” y asignaba cuotas de recuperación, hasta 1964 contó

formalmente con trabajadoras sociales, que investigaban la situación social y económica de los pacientes para integrar diagnóstico médico social.

En el estado de Hidalgo fue en el hospital Psiquiátrico Campestre hoy conocido como Villa "Ocaranza" donde se dio origen al departamento de Trabajo Social en el año de 1968 conformado por 7 trabajadoras sociales egresadas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Así mismo en el Hospital Civil de Pachuca, Hospital Infantil de Pachuca, actualmente Hospital del niño D.I.F. se conforma con los departamentos con las primeras Trabajadoras Sociales egresados de la escuela de Trabajo Social U.A.E.H.

Dentro de las funciones y actividades eran: la elaboración de estudios socio-económicos, para determinar la capacidad de pago, instrumentos realizados por los mismos Trabajadores Sociales, Historias Sociales, Visitas domiciliarias Localización de familiares, notas de evolución, manejo de casos y de grupos, Asistencia y participación en sesiones.

En las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del ISSSTE, se cuenta con trabajo social desde la fundación de dichas instituciones. Y en el hospital General de Pachuca, desde su inauguración en el año de 1978 se forma el departamento de Trabajo Social con trabajadoras sociales, y hasta el momento existen 6 jefes en el departamento con incremento de personal y funciones específicas distribuidas en todos los turnos matutino, vespertino, nocturno y especial para cubrir las veinticuatro horas los 365 días del año en los servicios de Consulta externa, Hospitalización y Urgencias.

La metodología empleada por trabajadoras Sociales, en estas instituciones es Trabajo social de Casos, como se observa en la década de los 70s se incorpora el trabajo Social de Grupos, donde se vinculas las corrientes del Humanismo, Socialismo, Positivismo, Funcionalismo, Liberalismo.

4.2 Definición de Trabajo Social

A continuación se presentan algunas definiciones sobre trabajo social de diferentes autores para distinguir la relación que existe en el campo medico social.

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la soberanía del pueblo para incrementar el bienestar Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo Social. (WWW.def.de t.s. Montreal 2007)

El Trabajo Social en el campo de la salud es la actividad que se ocupa, mediante el estudio, diagnostico y tratamiento de los aspectos psico-sociales, de la persona ingresada, de sus familiares y sus redes sociales más próximas, que la enfermedad no sea motivo de la calidad de vida, discriminación o marginación social de la medicina.

EZEQUIEL ANDER EGG. (1981) define Trabajo Social “se apoya en conocimientos teóricos que proporcionan las diferentes ciencias sociales, y se vale igualmente en técnicas de investigación, programación, intervención y evaluación comunes a esta disciplina y la originalidad de la profesión radica en la capacidad y la creatividad para lograr la integración de todos los elementos desde la propia perspectiva operativa”.

En consecuencia Trabajo Social se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes, para que las personas desarrollen

plenamente sus potenciales. Basándose en el respeto a la igualdad, el valor y la dignidad de todas las personas, la honestidad, lucha por mitigar la pobreza y

redimir a los grupos vulnerables, excluidos y oprimidos, promoviendo su inclusión social, enfocada a la solución de problemas sociales, como agente de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades, basada su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la practica es por ello que:

TRABAJO SOCIAL

ES: Una filosofía de la acción y un arte científico que mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación.

QUE: Promueve, Articula y desarrolla Procesos de Investigación, Diagnostico, Planeación, Gestión, Ejecución, Evaluación, Sistematización y comunicación de Políticas, Modelos, Programas y Proyectos sociales.

PARA: Transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sociales.

Es decir que Trabajo Social como Filosofía de la acción es un arte que mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social genera, promueve y realiza procesos de investigación, diagnostico, planeación, gestión, desarrollo, evaluación y sistematización y comunicación de políticas, modelos, planes programas y proyectos sociales, indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sentidos de la población, cuya relación entre el objeto – Sujeto, se representa de manera siguiente:

RELACION Objeto – SUJETO EN TRABAJO SOCIAL

Sujeto de trabajo Social

objeto de trabajo social

Situación Social

Intervención social metodología

Transformación positiva de desigualdades y mecanismos de dominación

Entre obrero y patrón Proletariado y burgués Pobre y rico gobierno y
ciudadanos entre instituciones entre Familia Hombre y Mujer.

Esto significa que Trabajo Social debe identificar su objetivo de intervención que comprende los problemas y necesidades sociales, por otra parte debe de ubicar al sujeto de acción, como son los sectores, grupos que se articulan a partir de las necesidades y problemas sociales ante esta situación social es necesario que exista un puente o vinculación que la da un rango al trabajo social de quehacer profesional que se denomina metodología y son todos los procedimientos y técnicas, recursos sociales, insumos, instrumentos, que esta profesión utiliza para dar capacidad de respuesta a las necesidades y problemas sociales de los colectivos humanos para construir la equidad e igualdad social, para acortar distancias coyunturales como estructurales entre el pobre y el rico, entre el obrero y el patrón, entre el hombre y la mujer, entre minorías étnicas y entre el gobierno y la ciudadanía, sobre todo entre las familias y las instituciones, con posturas religiosas, entre regiones la ciudad y el campo, la producción y la ecología y entre otros.

Así también trabajo Social, tiene una estructura Social la cual tiene una Articulación de servicios Sociales con las:

Estructuras estatales

Estructura de Mercado

Estructuras de Naturaleza Social: Familia Barrio

Estructuras Socio-Civiles, Organizaciones Civiles, Organizaciones de base, etc.

Por ello la actuación profesional de Trabajo Social se canaliza e interrelaciona mediante métodos y técnicas propias para las que las personas, grupos y comunidades obtengan una atención de acuerdo a cada tipo de problema contribuyendo a generar la organización y participación social, en el caso específico de salud la familia es el grupo más importante. Al acompañar en los procesos sociales encamina la construcción de sujetos sociales que les permite tener autonomía, esto implica la posibilidad de identificar y dar capacidad de respuesta a los problemas y necesidades de los usuarios.

Es preciso establecer que el quehacer profesional de Trabajo Social, se sitúa en una estructura social, entendida como “un conjunto de métodos en los que las practicas de grupos e individuos están organizados (instituciones) y relacionados entre sí (procesos sociales), en consecuencia se crean ejes de desigualdad que conforman la identificación de esos individuos y grupos, de igual forma los cursos de acción social (individual y colectiva).

En este sentido se emana de la estructura social, que se configura de instituciones, reglas y recursos, es decir integra el sistema de posiciones jerarquizado y no solo desde el punto de vista en la función de la división la sociedad socio-economiza sin en funciona de todos los ejes de desigualdad y dominación social y cultural. Para Trabajo social la estructura Social a que se ha hecho referencia tiene 4 componentes que son:

Estructuras estatales

Estructuras de mercado

De Sociedad Civil

Estructura Familiar. (BIENESTAR SOCIAL MARTINEZ ELI UAEH 2004)

También, la importancia que reviste a esta profesión es que ninguna profesión puede estar ausente de su entorno social, pero mucho menos el Trabajo Social por cuanto hace en su trayectoria de discusión. El Trabajo Social se define (TELLO: 2000), como la única profesión que desde sus orígenes tiene como objeto de trabajo las necesidades y problemas sociales, y que esta orientada a intervenir en ellos integrando, en los modelos de intervención, los saberes de otras disciplinas y de las sociedades concretas.

El avance de las investigaciones sociales, así como la mayor preocupación por los problemas del hombre y de la sociedad, ha detallado la especificidad profesional del trabajador social de tal manera que las principales funciones que realiza son las siguientes: investigación social, orientación y gestoría, administración, educación social, organización y promoción social.

Partiendo de que el trabajador social tiene como objeto de estudio los problemas y necesidades sociales y como objetivo el propiciar el bienestar y desarrollo social, también tiene una diversidad de espacios donde puede desempeñarse que van desde los organismos públicos como pueden ser las instituciones de salud, educación y asistenciales u organismos privados como clínicas, escuelas, centros de rehabilitación o en instituciones gubernamentales, entre otros los cuales surgen o desaparecen de acuerdo con el contexto político, económico y social imperante de cada momento histórico.

Entonces, la profesión de Trabajo Social "promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y su liberación y la mejora de la sociedad. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social, interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son esenciales para el Trabajo Social". (Definición de la

Federación Internacional de Trabajadores Sociales FITS), en su Asamblea General celebrada en Montreal en julio del 2000).

4.3 Niveles de intervención de Trabajo social

Es importante precisar desde cuando y por que a sido necesaria la intervención de Trabajadores Sociales en el campo de la Salud, en las primeras unidades medicas y darnos cuenta que este escenario es uno de los más desarrollados por Trabajadores Sociales, implicando también a las instituciones educativas para procurar una mejor formación académica hacia los profesionistas de esta rama.

El **trabajo social** se refiere al ámbito de acción de profesionales que contribuyen a investigar, diagnosticar, asesorar, orientar, capacitar, e intervenir en favor de personas o comunidades en su acceso a los servicios de asistencia social o políticas sociales. Su principal tarea es gestionar, rehabilitar, coordinar y reinsertar a las personas o comunidades que presentan carencias o problemas en su calidad de vida. Estas carencias pueden ser de carácter sectorial en el acceso o prestaciones de salud, pensiones, educación, vivienda, económicas, etc. o más generales que los ponen en una situación de riesgo social. Para ello reciben una formación del campo de conocimiento de las ciencias sociales.

4.4 Etapas del proceso metodológico de trabajo social

Norberto Alayón, considera cinco etapas que caracterizan al proceso metodológico básico de trabajo Social.

Este proceso es la dimensión operativa de la estrategia y estructura a la intervención como un proceso compuesto de un campo de etapas. Cada etapa supone el desarrollo de un conjunto de actividades apoyadas en variadas técnicas.

Estas etapas son:

La investigación social, la cual consiste en la Investigación social se incorpora como una etapa del proceso de intervención, con el objeto de conocer el problema en el que se pretende intervenir. La forma de orientar la investigación depende de la corriente de pensamiento en la que se inscribe cada propuesta.

El diagnóstico social: etapa que se estructura en base a definiciones y procedimientos derivados de la medicina, de la sociología, y de la psicología y consiste en el tratamiento de la información, recabada en el estudio y se realiza para identificar las características particulares del problema y valorar que tipo de situación debe enfrentar la intervención profesional y cual es la forma de intervención adecuada al problema.

La planeación: etapa que se encuentra en base a los lineamientos típicos de la administración y de la planeación su objetivo es ordenar y organizar el tratamiento del problema, estableciendo estrategias de acción, seleccionando objetivos, actividades, recursos y tiempos, que se consideren adecuados para el problema.

La ejecución esta etapa es cuando se pone en practica los proyectos elaborados en la etapa anterior.

La evaluación, es la etapa terminal y también un proceso permanente a lo largo del proceso de intervención. Su objetivo es valorar el proceso y generalmente se reduce a la conformación de objetivos planteados y los productos logrados.

4.5 Métodos de Trabajo Social

RICARDO HILL..2005. hace referencia sobre los tres niveles de atención del Trabajo social.

También conocidos como niveles de intervención de trabajo social los que se describen a continuación.

4.5.1 Trabajo Social Individual

“Es la serie de procesos que desarrolla la personalidad de cada individuo a través de ajustes efectuados concientemente y realizados en las relaciones sociales de los hombres con el medio en que viven” (MARY RICHOMOND 1998)

“Ayuda social que se presenta a nivel individual, utilizando una serie de procedimientos. (ANDER EGG 1992.)

En el proceso para el estudio social de casos comprende las etapas siguientes:

- ❖ La Investigación, que constituye el aspecto fundamental del estudio social.
- ❖ El diagnóstico social abarca además de la apreciación de los signos y síntomas producidos por los problemas, un juicio sobre sus posibles significados de los factores que determinan las causas.
- ❖ El plan, es un enlace entre el diagnóstico social, plan y tratamiento para convertirse en acción que produzcan resultados inmediatos y.
- ❖ El tratamiento social, que es un proceso de integración del individuo a su medio. (ESTUDIOS SOCIALES DE CASOS 1998)

4.5.2 Trabajo Social de Grupos.

Un grupo es un proceso, reunión, actividad grupal, etc. El “para qué se reúnen los miembros. Siempre debe ser considerado como el medio para lograr los objetivos profesionales. (NATALIO Kisnerman et.all. HVMANITAS 1997)

Trabajo social de grupos es un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social, además es un instrumento esencial en la motivación y educación social para el cambio de estructuras siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.

Las etapas de un grupo son: formación, Integración y declinación o muerte del grupo.

Para la formación de un grupo se requiere contar con un diagnóstico inicial, el que se obtiene de un estudio o investigación previa, lo que permitirá formular metas y la planeación que se realiza en esta etapa.

La organización es el desarrollo del grupo algunas de sus propiedades equivalen a que exista una asistencia regular, el trabajo se divida de una manera justa y eficiente, surja un líder natural, todos los miembros asuman su responsabilidad exista aceptación y sentido de pertenencia al grupo.

La Integración, viene siendo la maduración del grupo ya que expresa la estabilización del grupo, se logra dirección en relación a objetivos, se logra una mayor participación, el desarrollo favorece el cambio.

Un grupo declina o muere cuando las metas se han alcanzado, en un periodo de tiempo se concluyen las actividades planeadas, o cuando falta integración o cuando hubo una mala adaptación de los integrantes.

(T.S. CONTRERAS YOLANDA. LAMER 2000)

4.5.3 Trabajo Social Comunitario

El desarrollo comunitario es un proceso de actuación, dentro de un sector delimitado y determinado de la realidad social, para lograr un objetivo.

El método de desarrollo de comunidades es, en última instancia, un método emergente que depende de 4 etapas:

- a) Marco de referencia que esta más allá de la ciencia y del método lógico que condicionan un abordaje y sistema de ideas que explican de la sociedad, del hombre, del mundo, y que apuntan a lo que debe ser.
- b) Los condicionamientos contextuales, históricos sociales y culturales en los que surge y en la que se explica. Según el campo de actuación y circunstancias en las que se aplica.
- c) La coherencia y competencial (en lo Humano, lo Profesional, lo metodológico y lo ideológico) de quien o de quienes aplican este método.
- d) La recreación de los factores sociales implicados: la aplicación correcta de los métodos y técnicas, de cómo expresan sus problemas, necesidades, preocupaciones, etc., ante esto se debe tener en cuenta que ningún procedimiento, método o técnica se debe hacer “al pie de la letra”.

Este método se aplica en comunidades que están esperando colaboración y ayuda para resolver sus problemas; en comunidades marginadas y excluidas. (MET. Y PRAC. DE COMUNIDAD. ANDER. EGG.HVMANITAS 2000)

4.6 Finalidades de trabajo social

Respecto a las finalidades en las que se hace referencia en relación a la intervención de Trabajo Social, en lo que respecta al campo de la salud donde existen problemas de tipo social derivados de los daños de la salud se retoman las finalidades siguientes.

La generación del bienestar social, ubicada a la política social, como una serie de mecanismos y procedimientos que buscan la generación de un bienestar social en la población para disminuir o eliminar esas diferencias socio económicas entre los grupos mas vulnerables para enfrentar la desigualdad social.

El combate a la pobreza, desde este aspecto trabajo social es visto como el conjunto de elementos de acción necesarios para disminuir los efectos sociales del desarrollo. En este caso la política social se restringe en dar apoyos o ayuda concreta y puntual en situaciones emergentes como es el caso de la salud; por lo que esta finalidad se traduce al desarrollo de programas asistenciales, compensatorios, emergentes, y desarticulados focalizados a sectores en situación de necesidad extrema.

La equidad social, para definir esta finalidad nos permite reconocer que en este mundo social las desigualdades no solo son el plano económico y la labor de Trabajo Social, es lograr esa equidad, porque se ha complejizado, pues la equidad se debe buscar socio-cotidiana sobre todo entre el hombre y la mujer, entre las minorías étnicas, entre las instituciones y los sujetos sociales, entre el gobierno y la sociedad, entre la ciudad y el campo y no solo entre el obrero y el patrón, entre el pobre y el rico.

El control social, tiene que ver con lograr ambientes de gobernabilidad, de construir circuitos o dispositivos estatales indispensables para asegurar la cohesión el consenso y la estabilidad social.

Las funciones del Trabajador Social Según F.I.T.S (Federación Internacional de Trabajo Social) consisten en:

- Ayudar a las personas a desarrollar las capacidades que les permitan resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos.
- Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.
- Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.
- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes).

- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de las ciencias que pueden estar en contacto con sus potenciales usuarios.

4.7 Ámbitos de actuación de trabajo social

Comprende gran diversidad de ámbitos de actuación (todos aquellos sectores poblacionales que precisan de una atención especial): tercera edad, discapacitados, personas maltratadas (en especial, mujeres, menores y ancianos), reclusos, inmigración, menores en situación de riesgo, exclusión social, gente sin hogar, drogodependientes, entre otros temas.

Una herramienta de su trabajo es el informe social, la historia social, la ficha, diagnóstico social, el proyecto de intervención, las hojas de seguimiento, etc.

En la actualidad el trabajo social también desarrolla su acción en el llamado tercer sector (asociaciones, fundaciones, colectivos y ONGs) y en menor medida en la empresa privada. Actualmente, se suman como herramientas los informes periciales, propios del sistema oral de justicia

También en los contextos escolares, son mediadores de conflictos entre integrantes de la comunidad educativa, realizan terapia de tratamiento con familias, grupos, individuos, para buscar la resolución de sus problemas de interrelaciones sociales y que son causantes de sufrimiento

El Trabajo Social basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica, incluidos los contextos locales e indios. Reconoce la complejidad de las interacciones entre los seres humanos y su entorno social.

El Trabajo Social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es la de

facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y la prevención de las disfunciones. El trabajo Social profesional esta enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los Trabajadores Sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El Trabajo Social es un sistema de valores, teoría y práctica interrelacionados entre sí. (COLEGIO OFICIAL ESPAÑA 2002)

El Trabajo Social a crecido con ideales humanitarios y democráticos, y sus valores se basan en el respeto y la igualdad, la dignidad de todas las personas, la honestidad; desde su comienzo hace mas de un siglo, la practica del Trabajo Social se ha sentado en hacer frente a las necesidades humanas y desarrollar el potencial humano. Los derechos humanos y la justicia social constituye la motivación y la justificación de la acción del Trabajo Social, en solidaridad con quienes están en desventaja, la profesión lucha por mitigar la pobreza y liberar a los vulnerables, excluidos y oprimidos, promoviendo el fortalecimiento de estos y su inclusión social, en este sentido los valores del Trabajo Social estas expresados en los códigos de ética profesional, nacionales e internacionales.

El Trabajador Social en el campo de la salud, debe ser una persona equilibrada y amable, saludable física y mentalmente, poco aprensiva y libre de temores exagerados respecto al contagio de enfermedades, ya que tiene que luchar con enfermos afectados no solo física sino psíquica o emocionalmente, pues son pocas las enfermedades que no van acompañadas por estos trastornos que alteran su conducta. Por ello se devén tomar medidas de precaución en cumplimiento a postulados de medicina preventiva, no reflejar en su rostro ni en sus actos hacia el paciente que refleje repugnancia, temor o lastima.

La situación emocional y la económica pueden ser en la mayoría de los casos un obstáculo para su tratamiento. Además de las enfermedades no solo alteran su nivel económico, sino también sus hábitos y costumbres, sus intereses, las relaciones familiares y sexuales, la vida profesional, sus ocupaciones, sus dietas y hasta sus vicios, todas estas razones suelen cambiar la esfera física, la psíquica la social de las personas. Son tan pocas las enfermedades que no van

acompañadas por estos trastornos, pues los males crónicos, sobre todo originan notables y variadas modificaciones en la conducta de los pacientes y además en los familiares.

Mucho pacientes con padecimientos crónicos deambulan por si mismos, algunos no son peligro de contagio, pero si de generar conflictos en el hogar o en la misma institución cuando se supone que son rechazados o mal atendidos, lo mismo teme a la muerte el paciente ambulatorio que el hospitalizado sobre todo cuando esta expuesto a una operación, el Trabajo Social en este ámbito obtiene o puede lograr que comprendan los problemas que generan el estar o tener algún enfermo en casa.

Es por ello que en las unidades de salud, la Trabajadora Social es parte fundamental del equilibrio interdisciplinario y multidisciplinario para poder lograr una atención de manera integral de la población, por lo que en sus principales funciones es la de llevar acabo investigaciones sociales sobre todo en este campo tan antiguo como es el de la salud, su intervención en casos y grupos coadyuvar al desarrollo de la comunidad de los grupos vulnerables con daños de salud, para contribuir al bienestar social, cambiar estilos de vida de los pacientes, facilitar el acceso al servicio tener una información mas aplicada a la realidad sobre las aplicaciones socioeconómicas y culturales que determinan la morbilidad y mortalidad de los hidalgenses, sobre todo cuando se trata de salvar una vida y una atención oportuna sin importar la procedencia, raza, credo, sexo, nacionalidad escolaridad, religión estado civil, estatus social y nivel socio-económico al que pertenezcan.

Propiamente las actividades del Trabajador Social en la clínica de Displacías son:

Otorgar pláticas diariamente sobre la atención en la clínica de displacías para las mujeres en la sala de espera y colaborar con una platica semanal para la sala de espera del hospital. Orientar e informar a las pacientes y familiares sobre todo el tipo de lesión por el cual fueron referidas. Orientar a las pacientes atendidas y sus familiares sobre los procedimientos de atención y tratamiento en la clínica de displacías.

Facilitar la referencia y la contra referencia de las pacientes a las unidades oncológicas y unidades de primer nivel según sea el caso.

Coordinarse con la jurisdicción sanitaria para que las unidades del primer nivel vigilen la asistencia de las pacientes a la clínica de displacias.

Coordinarse con la jurisdicción sanitaria para dar seguimiento a las pacientes que interrumpen o no cumplen con el tratamiento.

Coordinarse con el tercer nivel de atención para el seguimiento de las pacientes referidas a oncología.

Vigilar la gratuidad de la atención en la clínica de displacias.

Si la paciente se le diagnostica por estudio histopatológico cáncer micro-invasor o invasor se le referida a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente en forma urgente y avisar al epidemiología quien tiene la cédula de seguimiento. (MOP CLINICASDE DISPLASIAS SSA 2002)

4.8 El Hospital General Pachuca

El Hospital General Pachuca se crea como una respuesta a las necesidades de la población hidalguense, de contar con un centro de atención de segundo nivel con diversas especialidades básicas, se inaugura el día 1 de marzo de 1978 fue inaugurado como "Hospital General A" de Pachuca de los Servicios de salud de Hidalgo fungiendo como director el Dr. Nicolás Licona Spinola.

Se funda unidad médica de segundo nivel, con 144 camas censables, y por necesidades del servicio del servicio actualmente se ha incrementado a 167 camas censables y 58 camas no censables. Los servicios básicos con los que cuenta son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Las especialidades y subespecialidades se han incrementado a más de 30, siendo las siguientes: Anestesia, Cardiología, Cardiología Pediátrica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Oncológica, Clínica del Dolor, Clínica de Displasias (Patología Cervical), Clínica de Osteoporosis, Clínica de Gastroenterología, Ginecología, Planificación Familiar, Hematología, Coloproctología, Dietología, Estomatología, Inmunología, Medicina Interna,

Nefrología, Neurocirugía, Neurología, Neumología, Oftalmología, Odontología, Otorrinolaringología, Optometría, Pediatría, Psicología, Rehabilitación, Reumatología, Tanatología, Traumatología y Ortopedia, Traumatología Pediátrica, Urología, Rehabilitación, Medicina Preventiva (inmunizaciones), los servicios de apoyo y gabinete de Laboratorio, Rayos X Ultrasonido y patología.

Existen dos naves y una torre hospitalaria y, los “trabajadores de salud” (Enfermería) se desplazan diariamente durante los 6 turnos para realizar su

Función:

Matutino,

Vespertino,

Nocturno A,

Nocturno B,

Especial Diurno y Especial Nocturno.

En este hospital, la labor del trabajador social consiste en la participación del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, en el estado de Hidalgo.

Objetivo

Proporcionar atención medica asistencial a la población hidalguense de forma integral con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.

Programas

Los programas Prioritarios del Hospital son Enseñanza e investigación, existe la residencia para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Traumatología y ortopedia, Ginecología y Obstetricia, Anestesia. Se lleva a cabo Diplomado de Tanatología, Oncología, Ultrasonido, y otros cursos de capacitación y actualización de las demás áreas médicas, paramédicas y ramas afines, incluyendo al personal de trabajo social.

Otro de los programas prioritarios son: Arranque parejo en la vida; Hospital amigo del niño y de la madre, que a su vez se desprenden de este como son: Lactancia materna, Detección de Hipotiroidismo congénito, Planificación Familiar, inmunizaciones, Cáncer Cerviño Uterino y Mamario. Detección y Tratamiento de la Osteoporosis. Detección y Tratamiento de Diabetes, entre otros.

Trabajo social participa activamente en algunos de los programas que el hospital lleva a cabo, desde la planeación, ejecución coordinación y evaluación de resultados junto con el equipo Inter. y Multidisciplinario que los conforman, es decir con profesionales de las distintas disciplinas como son: Médicos, Enfermeras Psicólogas, Nutricionistas, entre otros. (EDTO. T.S HGPH 2005)

CAPITULO VI Resultados de la investigación

Conclusiones

- El Cáncer Cérvico Uterino, es un problema de salud pública, en el que nuestro país, al igual que en otras naciones se le está dando frente
- El Cáncer Cérvico Uterino ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad en las mujeres en edad de 25-45 años.
- El Cáncer Cérvico Uterino es una enfermedad silenciosa que se puede descubrir en sus inicios y es curable, Si se trata a tiempo.
- El cáncer de cuello uterino generalmente se puede prevenir si la mujer se somete a un examen denominado citología vaginal o prueba de papanicolau.
- Se calcula que alrededor de 12,200 mujeres recibirán un diagnóstico de cáncer de cuello uterino, y unas 4,100 fallecerán a consecuencia de la enfermedad.
- Cualquier mujer que tenga un cuello uterino puede contraer cáncer en el mismo, especialmente si ella o su compañero sexual han tenido relaciones sexuales con otras personas.
- En la mayoría de los casos el cáncer de cuello uterino se presenta en mujeres a partir de los 40 años.
- Las células anormales del cuello uterino, así como el cáncer en esta zona, no siempre causan síntoma alguno, sobre todo al principio. Es por esta razón que resulta tan importante practicarse un examen de detección del cáncer de cuello uterino, incluso si no se observan síntomas.
- El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que puede combatirse con éxito, especialmente si se detecta y trata de forma temprana.
- La mayor parte de las muertes debidas al cáncer de cuello uterino podrían haberse evitado si las pacientes se hubieran practicado exámenes de citología vaginal a intervalos regulares.
- El Trabajador Social como colaborador en el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino tiene un papel importante

ya que es el vinculo entre el doctor y las usuarias, así como también lleva un control de citas, asistencias, inasistencias y bajas.

- El Trabajador Social juega un papel muy importante dentro de la sociedad ya que ayuda a los miembros a conocer y a utilizar los recursos disponibles, así mismo ayuda a que no haya desintegración familiar motivando y orientando a sus integrantes cuando alguno de sus miembros sea atacado por el gran enigma que constituye esta enfermedad que es el Cáncer Cérvico Uterino.

Propuestas

Para mejorar la vida de los hidalgenses en materia de salud, es necesario que las instituciones que existen en el estado fortalezcan sus esfuerzos, es decir tanto las de primer nivel como las de segundo, atendiendo en forma oportuna la demanda de atención

Crear redes de apoyo con todas las instituciones de salud públicas y privadas incluyendo a gobierno municipal y estatal, esto con la finalidad de apoyar a las usuarias en su tratamiento y transporte.

Que el Trabajador Social establezca canales de comunicación claros y concisos considerando el tipo de lengua, de la población su religión escolaridad, y cultura mejorando así la relación Trabajo Social- usuaria.

Que el Trabajador Social se involucre más en las acciones del Programa y así obtener una participación mas activa de la comunidad, lo cual se lograra mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de dicha enfermedad.

Que el Trabajador Social realice seguimiento de casos mediante visitas domiciliarias.

Realizar reuniones periódicas con la totalidad del equipo ínter y multidisciplinario para la exposición de casos que tengan como finalidad buscar o proponer alternativas de solución.

-Crear un grupo de apoyo con mujeres que estén pasando por esta situación de esta manera apoyen en la difusión y prevención de dicho problema

Bibliografía

Metodología Práctica del desarrollo de la Comunidad Ander Egg, ED. Lumen Hvmanitas Buenos Aires 2000

Manual de Trabajo Social la Prensa Medica Castellanos Maria.(1981).

Trabajo Social de Grupos Contreras De wilhem, Yolanda. Argentina, (2000)

Metodología para estudios Sociales de Casos. Etme Ediciones,Colección de trabajo Social 6ta. Edición, México (1998).

Sistematización practica con grupos. Natalio Kisnerman, David Mustieles Muñoz Colección Política, servicios y trabajo social. Editorial Lumen-Hvmanitas. Argentina (1997)

Bienestar Social y Políticas Evangelistas, Martínez Elí, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo (2004).

Hernández Sampieri. . Metodología de la Investigación. Mcgraw-hill México.(2003)

Norma Oficial Mexicana nom-014-ssa2-1994

Programa de Acción Para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino SSA 2005

Defunciones por CaCu en mujeres de 25 años y mas. 2000-2002 INEGI SSA 2003

Metas por municipio Servicios de Saluden Hidalgo Atención a la Salud de la Mujer SSA 2006

Manual de Organización y Procedimientos para Clínicas de Displasias. Secretaria de Salud (2002)

Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino SSA (2001-2006).

El programa de detección del cáncer cérvico uterino de la Organización Mundial de la Salud 1993

Manual de Normas y Procedimientos 1985-1988 de la Organización Panamericana de la Salud

Manuales de Métodos y Procedimientos para la prevención, control y tratamiento del cáncer del cuello del útero y mamario. **(2005)**

Programa de Trabajo Social del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Pachuca de Pachuca Hidalgo. (2005).

Defunciones por Cáncer Cérvico Uterino en Mujeres de 25 años y mas 2000-2002 INEGI SSA 2003

Trabajo Social Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y de Asistentes Sociales de las Islas Balcares 2002

Modelos de Actuación e Interpretación Profesional Antología de la Asignatura Modulo 4 UAEH México 2005

Viscarret, Juan Jesús: *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid: Alianza Editorial, 2007.

Zamanillo María Teresa.(1990).Lo viejo se renueva: un perfil del trabajador social de hoy. ISSN 04178106 No. 79, pags. 21-34

Paginas electrónicas:

www.alliance-cxca.org

La Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino (APCC):

Organizaciones asociadas a la APCC:2007

[www//dgel.insp.mx/salud.gog](http://www.dgel.insp.mx/salud.gog) 2007

www.iarc.fr

Centro internacional de investigaciones sobre el cáncer (CIIC) 2007

EngenderHealth

<http://www.engenderhealth.org>

www.jhpiego.org

JHPIEGO Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007

Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica Montreal

<http://www.t.s.ucr.ac/declara-006.htm.def.t.s> Montreal 2007-12-04

Departamento de Trabajo Social Universidad de Guadalajara (2007)

<http://7fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsu.htm>.

Anexos

Encuesta de Cáncer Cérvico Uterino

1.- ¿Cuál es su nombre? T.s Irma Muñoz Sánchez

2.- ¿Que cargo desempeña? Responsable estatal del programa de Cáncer Cerviño Uterino.

3.- ¿En que Turno que labora? Matutino.

4.- ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en el programa? 10 años.

5.- ¿Que opina sobre el programa?

Considerando que el cáncer cérvico uterino es una de las primeras causas de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres del grupo de 25 a 64 años de edad, a nivel nacional y estatal representando un problema de salud publica en el país que demanda una intervención prioritaria , que permitan disminuir las incidencias de mortalidad por esta patología, en el estado de hidalgo, en la secretaria de salud se implemento un programa de acción emanado del nivel nacional, desarrollando una serie de actividades en toda unidad de salud de los diferentes niveles de atención , enfocadas en materia de detección, diagnostico, tratamiento, control y seguimiento de las lesiones premalignas y malignas de cáncer del cuello cervical .las que han contribuido a detectar oportunamente los casos en la población femenina mas vulnerable de padecer esta patología.

6.- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del programa?

Las fortalezas que se tienen en el programa son:

- reforzamiento de la infraestructura citología y colposcopia.
- capacitación de recursos humanos.
- normatividad oficial.
- abasto de insumos para la detección y tratamiento.
- equipo.
- supervisión nacional.
- certificación de personal.
- sistema de información

Las debilidades son:

- inadecuado manejo del sistema de referencia y contrarreferencia.
- carecer de equipo de cómputo y línea de internet para la captura, procesamiento de la información registrada de las actividades realizadas de cáncer cérvico uterino.
- desabasto de insumos.

7.- ¿Crees que el programa es bueno? Si por que las acciones que se han emprendido se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección oportuna de las lesiones premalignas y malignas o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de recibir tratamiento y este sea exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

8.- ¿Si pudieras cambiar el programa que le cambiarías? Nada por lo contrario se fortalecerían las acciones ya planteadas así como las debilidades que se tienen para lograr el objetivo del programa.

9.- ¿Algunas propuestas? Lograr la participación del personal de trabajo social e involucrarlo en las acciones del programa, y a través del mismo lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se lograra mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la enfermedad por esta patología.

9.- ¿Cual es tu función en el programa? Planear, programar, evaluar, capacitar y supervisar

10.- ¿Cual es la intervención del trabajador social en el seguimiento de los casos con lesiones premalignas y malignas de cáncer cérvico uterino? El trabajador social debe mantener continuo y permanente contacto con el personal de las jurisdicciones sanitarias o de los centros de salud, con la finalidad de otorgar citas, notificar las pacientes inasistentes o desertoras del servicio, conocer la situación socio económica de cada paciente ¡y que esto no sea una limitante para recibir su tratamiento, dar platicas sobre la patología del cáncer, los factores de riesgo, de la atención que se proporciona en las clínicas de colposcopia así como orientarlas e informarlas en caso de que sean referidas a otro nivel de atención y mantener coordinación con otras instituciones de salud con servicios de oncología.